Здоров'я нації — добробут держави

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

www.health-ua.com

ISSN 2412-4451

№ 13-14 (386-387) липень 2016 р.

33 000 примірників*

Доктор медицинских наук, профессор ***Юрий Степанов***

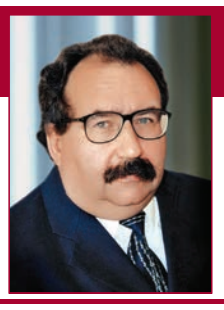
Новейшие технологии в теоретической и практической гастроэнтерологии

Читайте на сторінці **20**

Доктор медицинских наук, профессор ***Владислав Поворознюк***

Терапия остеопороза и заболеваний костно-мышечной системы: обсуждение с участием ведущих мировых экспертов

Читайте на сторінці **30**



Доктор медицинских наук, профессор ***Валерий Васильев***

Современные технологии в диагностике и лечении заболеваний ЛОР-органов

Читайте на сторінці **10**

ГЛЕНСПРЕЙ З АЗЕЛАСТИНОМ

СТАРТОВА ПЛАТФОРМА ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ

glenmark
A new way for a new world

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГЛЕНСПРЕЙ З АЗЕЛАСТИНОМ (GLENSPRAY WITH AZELASTINE)

Склад: *діючі речовини:* мометазону фуроат і азеластину гідрохлорид; 1 доза містить мометазону фуроату 50 мкг та азеластину гідрохлориду 140 мкг; *допоміжні речовини:* целюлоза мікрокристалічна та натрію карбоксиметилцелюлоза; натрію кармелоза; глюкоза безводна; полісорбат 80; бензалконію хлорид; динатрію едетат; неотам; кислота лимонна, моногідрат; натрію цитрат; вода для ін'єкцій. **Лікарська форма.** Спрей назальний, дозований, суспензія. *Основні фізико-хімічні властивості:* біла або майже біла суспензія. **Фармакотерапевтична група.** Протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа. Кортикостероїди. Код АТХ R01A D. ***Фармакологічні властивості.*** *Фармакодинаміка.* Комбінований протинабряковий засіб для місцевого застосування, який містить мометазону фуроат та азеластину гідрохлорид. Азеластину гідрохлорид – похідне фталазинону. Виявляє пролонговану антиалергічну дію. Має виражені селективні властивості антагоніста гістамінових H_1-рецепторів. Азеластин пригнічує синтез або вивільнення хімічних медіаторів, що беруть участь на ранніх і пізніх стадіях алергічних реакцій, таких як лейкотрієни, гістамін, інгібітори PAF і серотонін. Основний метаболіт азеластину – десметилазеластин, який також є антагоністом гістамінових H_1-рецепторів. Мометазону фуроат – синтетичний кортикостероїд для місцевого застосування, який чинить виражену протизапальну дію. Точний механізм дії кортикостероїдів при алергічному риніті поки що невідомий. Кортикостероїди демонструють широкий діапазон дії на різні клітини, а саме на гепариноцити, еозинофіли, нейтрофіли, макрофаги, лімфоцити, а також на медіатори запалення (гістамін, ейкозаноїди, лейкотрієни та цитокіни). Механізм протизапальної та протиалергічної дії мометазону фуроату в основному пов'язаний з його здатністю пригнічувати вивільнення медіаторів алергічних реакцій. Дослідження показали, що мометазону фуроат у вигляді назального спрею 50 мкг/дозу при місцевому застосуванні знижує рівень деяких медіаторів ранньої та пізньої фази алергічної реакції, зменшує (порівняно з плацебо) рівень гістаміну та еозинофільного катіонного протеїну і знижує (порівняно з базовим значенням) кількість еозинофілів, нейтрофілів та адгезивних протеїнів епітеліальних клітин. **Клінічні характеристики.** ***Показання.*** Сезонний алергічний риніт. ***Протипоказання.*** Гіперчутливість до азеластину гідрохлориду, мометазону фуроату або до інших компонентів препарату. Нелікована локальна інфекція слизової оболонки носа. Травма носа або нещодавно перенесена операція на носі. Застосування назального спрею. Перед кожним застосуванням флакон необхідно обережно струснути протягом 5 секунд. Після цього зняти захисний ковпачок. Перед першим використанням флакона слід натиснути на дозуючий пристрій 6 разів поспіль. Якщо назальний спрей не використовувався більше 7 днів, перед використанням потрібно повторно натиснути на дозуючий насос-розпилювач 6 разів поспіль. Перед кожним застосуванням слід ретельно очистити ніс від слизу. Після очищення носа суспензію впорскують в кожну ніздрю, при цьому голову слід утримувати трохи нахиленою вниз. Після застосування наконечник розпилювача треба протерти і накрити захисним ковпачком. *Діти.* Немає достатнього клінічного досвіду щодо застосування препарату дітям віком до 12 років, тому його не слід застосовувати пацієнтам цієї вікової категорії. ***Побічні реакції.*** У ході клінічного дослідження побічні ефекти, пов'язані із застосуванням назального спрею із вмістом азеластину гідрохлориду та мометазону фуроату, були зареєстровані у 11 пацієнтів із 282, які брали участь у дослідженні. Всього було зареєстровано 18 випадків небажаних реакцій, пов'язаних з лікуванням комбінацією азеластину і мометазону. Найбільш поширеними побічними реакціями були головний біль і дисгевзія. Іншими побічними реакціями були сонливість, млявість, нудота, диспепсія і чхання. Більшість побічних ефектів були легкого ступеня тяжкості, і в ході дослідження не було повідомлень про серйозні небажані реакції. Нижче наведено побічні реакції, які спостерігалися при застосуванні окремих компонентів препарату. Назальний спрей азеластину гідрохлориду. Часто (1-10 %): специфічний гіркий смак може з'явитися після застосування спрею (найчастіше через неправильний спосіб застосування, а саме коли голова занадто відхилена назад під час впорскування препарату), що в окремих випадках може призвести до нудоти. Нечасто (0,1-1 %): тимчасове подразнення запаленої слизової оболонки носа може виникнути разом з такими симптомами, як печіння, свербіж, чхання і носові кровотечі. У дуже рідких випадках (< 0,01 %) повідомлялося про реакції гіперчутливості (висипання, свербіж, кропив'янка). Досвід післяреєстраційного застосування. Побічні реакції, виявлені під час постмаркетингового застосування назального спрею азеластину: біль у животі, печіння в носі, нудота, солодкий присмак, подразнення горла, анафілактоїдні реакції, подразнення в місці застосування, фібриляція передсердь, порушення зору, біль у грудях, сплутаність свідомості, запаморочення, задишка, набряк обличчя, гіпертензія, мимовільні скорочення м'язів, нервозність, прискорене серцебиття, парестезії, паросмія, пароксизмальне чхання, свербіж, висипання, порушення або втрата нюху і/або смаку, тахікардія, імунологічна толерантність, затримка сечі, ксерофтальмія. Оскільки вказані реакції стосуються популяції невизначеного розміру, не завжди можна достовірно оцінити їх частоту або встановити причинно-наслідковий зв'язок із застосуванням препарату. Назальний спрей мометазону фуроату. Респіраторні, торакальні та медіастинальні розлади: носові кровотечі, фарингіт, печіння або подразнення в носі, носові виразки – часто (1-10 %). Загальні порушення та місцеві реакції: головний біль – часто (1-10 %). Носові кровотечі були в основному легкого ступеня вираженості і не потребували втручання лікаря. У дітей найчастіше спостерігалися носові кровотечі, головний біль, подразнення слизової оболонки носа, чхання. Системні побічні ефекти під час лікування назальними кортикостероїдами можуть виникати при застосуванні високих доз протягом тривалого часу. Досвід післяреєстраційного застосування. Побічні реакції, виявлені під час постмаркетингового застосування назального спрею мометазону фуроату: печіння і подразнення в носі, анафілаксія та ангіоневротичний набряк, порушення смаку та нюху і перфорація носової перегородки. ***Термін придатності.*** 2 роки. **Умови зберігання.** Зберігати в захищеному від світла місці при температурі не вище 25 °С. Не заморожувати. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 150 доз у поліетиленовому флаконі. По 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалз Лтд. / Glenmark Pharmaceuticals Ltd. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Блок III, село Кішанпура, Бадді-Налагарх Роуд, техсіл Бадді, р-н Солан, Х.П. 173 205, Індія / Unit III, Village Kishanpura, Baddi-Nalagarh Road, Tehsil Baddi, Distt. Solan (H.P.) 173 205, India.

Дата останнього перегляду. Наказ МОЗ України № 65 від 04.02.2016 р.

Реєстраційне посвідчення: UA/14550/01/01, Наказ МОЗ №65 від 04.02.2016. Термін дії реєстраційного посвідчення: з 21.09.2015 по 21.09.2020. Затверджено до друку 25.04.2016 р.

Матеріал призначений для спеціалістів сфери охорони здоров'я і тільки для розповсюдження на спеціалізованих медичних заходах або для публікації в спеціалізованих виданнях. Повна інформація про лікарський засіб знаходиться в інструкції для медичного застосування.

* Наклад із 15.08.2014 р. і 8700 електронних адрес (дата держреєстрації від 02.01.2012 р.).

АКТОВЕГИН

Takeda

Мощный универсальный антигипоксант

ЭНЕРГИЯ ЖИЗНИ

- **Для лечения сосудистых и метаболических заболеваний головного мозга***
- **Для патогенетической терапии диабетической полинейропатии***
- **Для лечения патологии сосудов нижних конечностей***

Победитель ежегодного конкурса профессионалов фармацевтической отрасли Украины «Панацея» 2006, 2010, 2011, 2012, 2014, 2015 годов

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Актовегин. Действующее вещество. Депротеинизированный гемодериват из крови телят. **Лекарственная форма.** Раствор для инъекций, таблетки, покрытые оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа.** Средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы. Код АТС А16АХ10. **Показания.** Заболевания головного мозга сосудистого и метаболического генеза (в том числе деменция). Нарушения периферического (артериального, венозного) кровообращения и их осложнения (артериальная ангиопатия, венозная трофическая язва). Диабетическая полинейропатия. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к компонентам препарата. **Фармакологические свойства.** На молекулярном уровне Актовегин способствует ускорению процессов утилизации кислорода (повышает устойчивость к гипоксии) и глюкозы, тем самым способствует повышению энергетического метаболизма. У пациентов с сахарным диабетом и диабетической полинейропатией объективно уменьшаются расстройства чувствительности, улучшается психическое самочувствие. **Побочные реакции.** Препарат обычно хорошо переносится. В редких случаях могут возникать анафилактические (аллергические) реакции, анафилактический шок. **Категория отпуска.** По рецепту. **Р. с. МЗ Украины:** №UA/11232/01/01, №UA/11232/02/01. **Производитель:** ООО «Кусум Фарм», Украина (упаковка из формы in bulk фирмы-производителя «Такеда Австрия ГмбХ», Австрия). Полная информация о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для публикации в специализированных изданиях, для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике. * Инструкция по медицинскому применению препарата Актовегин.

ACTO-FPA-102015-141

ООО «Такеда Украина»: 03150, г. Киев, ул. Красноармейская, 55-Г, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua

Основные проблемы терапии постинсультных когнитивных нарушений

10-11 марта в Буковеле состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Современные аспекты клинической неврологии». Организаторами конференции выступили ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», департамент здравоохранения Ивано-Франковской областной государственной администрации, ОО «Армед» и «Днепровские гуманитарные инициативы». В рамках мероприятия были затронуты новые подходы к лечению таких распространенных неврологических патологий, как деменция, болезнь Альцгеймера (БА), рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, инсульт, а также освещались особенности постинсультной реабилитации.

С докладом «Нерешенные проблемы в терапии постинсультных когнитивных нарушений» выступил **профессор клинической неврологии, руководитель отделения неврологии Университетской клиники Барселоны Джерзи Крупински (Dr. Jerzy Krupinski, Universitar Mutua Terrassa)**.

Он указал, что, по данным Всемирной организации по борьбе с инсультом (WSO), в 2015 г. сохранялась тенденция к росту частоты постинсультной деменции, хотя разработка новых подходов к реабилитации позволяет надеяться на то, что ситуация будет изменена в лучшую сторону в ближайшее десятилетие.

По данным Wiesmann и соавт. (2013), постинсультные когнитивные нарушения (ПИКН) обнаруживаются у 1,6% населения Европы в возрасте >65 лет, в возрастной категории >90 лет они встречаются с частотой 3,6% среди мужчин и 5,8% среди женщин. Прогнозы экспертов свидетельствуют об увеличении количества больных постинсультной деменцией в категории «80+». Также, по имеющимся данным, у 50% пациентов с ПИКН в течение 5 лет развивается деменция.

Профессор Д. Крупински обратил особое внимание на т. н. «немые инфаркты» (чаще всего обнаруживаются только при использовании нейровизуализационных исследований) и транзиторные ишемические атаки (ТИА), способные маскировать первичные нейродегенеративные процессы в головном мозге при проведении магнито-резонансной томографии и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Сосудистые факторы риска значительно увеличивают вероятность возникновения инсульта, а вслед за ним и деменции (почти в 5 раз) у пациентов пожилого возраста. По данным Senda и соавт. (2016), «немые» инфаркты, локализующиеся перивентрикулярно, вызывают нарушения моторной функции, а очаги поражения, расположенные глубоко в белом веществе, связаны с когнитивной дисфункцией.

Профессор Д. Крупински привел данные наблюдения 465 пациентов через 1 мес после инсульта. Среди когнитивных нарушений преобладали снижение скорости движений и обработки информации (63,9%), внимания и исполнительных функций (48,7%), памяти (44,1%), речи (43,2%), визуального восприятия и зрительно-пространственной ориентации (36,0%), а также ориентации во времени (33,1%).

Для идентификации постинсультных проблем докладчик предложил использовать т. н. постинсультный чек-лист (PSC), разработанный консультативной группой экспертов Глобального общества инсульта (Global Stroke Community Advisory Panel, GSCAP) и включающий вопросы, направленные на выявление курабельных постинсультных нарушений.

Чек-лист включает в себя вопросы по следующим 11 параметрам:

- ✓ вторичная профилактика инсульта;
- ✓ ежедневная активность;
- ✓ мобильность;
- ✓ спастичность;
- ✓ боль;
- ✓ недержание мочи;
- ✓ коммуникабельность;
- ✓ настроение;
- ✓ когнитивные функции (по словам докладчика, наиболее важный аспект);
- ✓ жизнь после инсульта;
- ✓ отношения с семьей.

К ключевым факторам риска ПИКН относятся:

- артериальная гипертензия;
- гиперлипидемия (прежде всего за счет повышения уровня триглицеридов и липопротеинов низкой плотности);
- сахарный диабет 2 типа, инсулинорезистентность;
- синдром обструктивного апноэ во сне;
- курение (вследствие увеличения содержания в крови гомоцистеина);
- алкоголизм (за счет снижения концентрации в крови тиамина (витамина B_1), развития синдрома Корсакова);
- недостаток витаминов B_6, B_{12}, фолиевой кислоты в рационе;
- поражение сосудов головного мозга, печени, почек, периферических артерий.

Для описания гемодинамических изменений и ПИКН удобно использовать следующие понятия:

➢ *«нейроваскулярная единица»* – периваскулярные нейроны, астроциты, эндотелиальные клетки, перициты и гладкие миоциты стенок сосудов;

➢ *«гематоэнцефалический барьер (ГЭБ)»* – эндотелиоциты, перициты и эндотелиальные отростки астроцитов;

➢ *«активность церебрального кровотока (CBF – cerebral blood flow)»*, определяющая структурную и функциональную целостность головного мозга, влияя, таким образом, на когнитивные функции.

Саморегуляция поддерживает CBF, транспорт глюкозы и прочих питательных веществ на постоянном уровне. При инсульте эти процессы нарушаются.

Наиболее частые цереброваскулярные поражения при ПИКН:

- билатеральный стеноз внутренней сонной артерии и/или ее бассейна;
- нарушения в бассейне Виллизиева круга;
- артеросклероз и предшествующие ему изменения;
- образование микротромбов в артериях головного мозга.

Среди патофизиологических механизмов повреждения сосудов мозга наиболее значимыми являются повреждение стенок сосудов свободными радикалами; гипоксия и ишемия; воспалительные процессы в стенках сосудов. В результате нарушается функция эндотелия, нейроваскулярных единиц, ухудшается саморегуляция обменных процессов.

Профессор Д. Крупински уделил внимание схожести факторов риска и их взаимодействию при ПИКН и БА. Так, по данным нескольких исследований (the Honolulu-Asia Aging Study, Rotterdam Study, EURODEM, Kungsholmen Project), сосудистые факторы риска, связанные с деменцией при БА, обусловливают уменьшение церебральной перфузии, приводящей к ПИКН.

При аутопсии 4629 пациентов с БА, установленной на основании нейропатологических признаков, сосудистая патология была обнаружена в 79,9% препаратах головного мозга. Также в исследовании Stroke (2015) у пациентов с ПИКН наблюдали повышение β-амилоида и тау-белка по данным ПЭТ.

WSO в 2015 г. озвучила стратегии для предотвращения постинсультной деменции, среди которых основное место занимают:

- обучение специалистов здравоохранения с помощью базовой образовательной программы на всех уровнях;
- создание онлайн-материалов;
- разработка технологий дистанционного обучения;
- обеспечение возможностей обучения в условиях клинической практики;
- рассмотрение профилактики постинсультной деменции как части лечебной программы при инсульте.

Что касается фармакотерапии в постинсультном периоде, на сегодняшний день нет убедительных данных относительно эффективности в предотвращении деменции и/или восстановлении когнитивных функций ни одного из лекарственных средств.

Данные многочисленных исследований последних лет показывают, что препараты, ранее считавшиеся нейропротекторами (нестероидные противовоспалительные средства, эстрогены, антиоксиданты) не подтвердили свою эффективность в лечении либо предупреждении когнитивной дисфункции и, следовательно, не рекомендуются специалистами в качестве постинсультной терапии.

Как показало исследование N.L. van der Zwaluw и соавт. (2014), дополнительное употребление витамина B_{12} и фолиевой кислоты, недостаток которых является одним из факторов, провоцирующих появление ПИКН, пациентами с гипергомоцистеинемией в постинсультном периоде также не улучшало их когнитивные способности.

Некоторые исследования (Morley J.E., 2014) свидетельствуют о связи когнитивных нарушений и снижении концентрации в крови 25-гидроксикальциферола (формы витамина D) <50 нмоль/л. Однако, по словам докладчика, данных об эффективности приема витамина D с целью устранения когнитивной дисфункции на сегодняшний день недостаточно.

На возможную роль диеты как одного из методов предотвращения ПИКН указывает N. Bray (2014). Обнаружено возникновение когнитивных нарушений у мышей, которым была пересажена жировая ткань от собратьев с ожирением. Предположительно диета со сниженным потреблением жиров и легкоусвояемых углеводов может предотвратить когнитивные дисфункции.

В испытании R. Estruch и соавт. (2013) показана целесообразность соблюдения средиземноморской диеты с добавлением оливкового масла или орехов. Так, среди 7447 пациентов 55-80 лет с высоким риском данная диета значительно снижала частоту сердечно-сосудистых событий.

В работе H. van Praag и соавт. (2014) обнаружено положительное влияние ежедневной физической активности и лечебного голодания на когнитивные функции мозга. Физические упражнения и периодическое голодание предотвращают нейродегенеративные и метаболические расстройства за счет повышения синаптической пластичности и усиления нейрогенеза.

Реабилитация, образ жизни, фармакотерапия и клеточная терапия являются основными способами профилактики и лечения, направленными на репарацию нейронов и восстановление когнитивных функций.

В течение последних 10 лет в фармакологической отрасли не было представлено новых препаратов для лечения постинсультной деменции. Максимальный потенциал в лечении сосудистой деменции показали плейотропные препараты с мультимодальным механизмом действия. К ним относятся средства, произведенные из крови молодых животных. Согласно недавнему исследованию (Villeda S.A. et al., 2014), введение крови молодых животных «престарелым» мышам устраняет возрастные когнитивные нарушения и восстанавливает синаптическую пластичность.

Эффективным представителем этого класса средств, содержащим депротеинизированный дериват крови телят и обладающим выраженным ангиопротекторным действием, является Актовегин.

Актовегин – хорошо известный клиницистам препарат, показавший свою эффективность и хороший профиль безопасности. Согласно исследованию, проведенному S. Meilin, F. Machikao и M. Elmlinger в 2014 г., Актовегин способствует увеличению числа нейронов в зоне CA1 гиппокампа.

Кроме того, S. Meilin, D.F. Muresanu, M. Elmlinger и G. Puras были исследованы нейропротекторные эффекты Актовегина на модели глобальной церебральной ишемии. В работе были получены следующие результаты:

- назначение Актовегина через 6 ч после глобальной ишемии 1 р/сут в течение 35 дней in vivo (внутрь) сопровождалось нейропротекторным влиянием и повышением когнитивных способностей (пространственного обучения и памяти);
- оптимизация когнитивных функций обеспечивалась, прежде всего, значительно лучшим сохранением целостности нейронов в зоне CA1 гиппокампа;
- на фоне использования Актовегина существенно повышалась выживаемость подопытных животных после глобальной ишемии мозга.

В ряде работ (Jansen W., Beck E., 1987; Ziegler D. et al., 2009; Machicao F. et al., 2012) доказаны как значительные нейропротекторные (снижение апоптозоподобных процессов и подавление повреждения клеток свободными радикалами), так и метаболические (улучшение утилизации глюкозы, кислорода и оптимизации энергетического метаболизма) эффекты Актовегина.

Основную роль в предотвращении и лечении ПИКН играют реабилитация, диетотерапия, клеточная терапия, коррекция образа жизни и фармакотерапия лекарственными средствами, улучшающими работу сосудов и нейронов головного мозга, например препаратом Актовегин.

Подготовил ***Роман Долинский***

UA/AVG/0716/0073

Сучасні тенденції у постінсультній реабілітації в Україні

Останні досягнення в терапії хвороби Паркінсона, деменції, розсіяного склерозу, хвороби Альцгеймера, інсульту, а також новітні стратегії постінсультної реабілітації були в центрі уваги учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти клінічної неврології» (10-11 березня, Буковель). Захід проведено зусиллями ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації, а також ГО «Армед» і «Дніпровські гуманітарні ініціативи».

Сучасні методи і тенденції у реабілітації після інсульту проаналізував у доповіді «Перспективи і можливості постінсультної реабілітації в Україні» **завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор Михайло Михайлович Орос**.

Свій виступ доповідач розпочав зі статистичного огляду можливих наслідків мозкових інсультів. За наведеними даними, найбільш частим (78-80% випадків) наслідком інсульту є інвалідизація пацієнта; лише близько 20% хворих здатні знову повернутися до праці. Також до поширених негативних наслідків відносять потребу у сторонній допомозі при самообслуговуванні (53%), стійкий моторний дефіцит (48%) та психоорганічний синдром (30%).

У США в структурі витрат на дослідження і лікування неврологічних захворювань значна частка припадає на хворобу Альцгеймера – це близько $366 млрд щорічно. На інсульт та реабілітацію після даного захворювання держава витрачає дещо менше – $57 млрд на рік, проте цей показник є одним із найвищих для неврологічних хвороб (інсульт входить у топ-10 найбільш вагомих фінансових тягарів, асоційованих з неврологічною патологією). Щорічно у світі реєструється близько 15 млн нових випадків інсульту. З огляду на наведені дані, необхідність привернення уваги світової спільноти до проблеми інсульту та попередження його наслідків є безсумнівною.

До основних причин інвалідизації внаслідок інсульту відносять наступний «квартет»:

- моторний дефіцит;
- дисфазії;
- когнітивні та емоційні розлади;
- больовий синдром.

На сьогоднішній день в арсеналі фахівців наявні різні засоби постінсультної реабілітації:

- природні (фізичні вправи, лікувальна гімнастика);
- фармакотерапевтичні;
- нейроінжиніринг (нова галузь, що активно розвивається).

До засобів нейроінжинірингу відносять новітні методики з регенерації нервових клітин, використання стовбурових клітин, прилади для стимуляції мозкових центрів, порушених унаслідок інсульту, та роботів, що стимулюють відновлення рухів у пацієнта.

На сьогодні основним методом, що застосовується для корекції постінсультних рухових порушень, є *кінезитерапія* – індивідуально підібрані методики лікувальної гімнастики, активно-пасивні техніки, рефлекторні вправи.

Прикладами таких методик можуть служити:

- вправи за системами Войта, Castillo Morales;
- методика PNF;
- різні види масажу (класичний лікувальний, масаж з елементами мануальної терапії, масаж в електростатичному полі);
- роботизована механотерапія, що спрямована на відновлення ходьби;
- тренажери різної спрямованості (циклічні, силові, інерційні, ротаційні тощо), що мають вбудовану систему контролю симетрії з біологічним зворотним зв'язком.

Використання *роботизованих комплексів*, що мають широкі можливості моделювання рухової участі хворого в реальному часі, є новим провідним напрямком у галузі моторної реабілітації. Сучасні роботизовані системи Erigo і Lokomat® (Hocoma, Швейцарія) дозволяють проводити пролонговані тренування пацієнтів після інсульту.

Унікальність роботизованих комплексів полягає у можливості їх використання навіть на етапі, коли пацієнт може знаходитись лише в горизонтальному положенні (рання мобілізація); збільшення навантаження на хворого відбувається одночасно з його вертикалізацією.

Метод має численні переваги. Завдяки застосуванню роботизованих комплексів вдається забезпечити:

- ранню фізичну реабілітацію хворих з руховими порушеннями;
- профілактику вторинних ускладнень, зумовлених гіпокінезією;
- відновлення пропріоцептивної чутливості за рахунок стимуляції опорних зон та поперечних суглобів стопи.

Також дієвим і більш доступним методом моторної реабілітації є *селективна вібростимуляція*, що полягає у стимуляційному впливі вібрації в багатьох точках на опорні зони стоп у режимі нормальної ходи у випадку відсутності або обмеження рухової функції (відбувається т. зв. моделювання сенсорного образу ходи). Даний метод вже продемонстрував ефективність у гострому періоді інсульту, також його застосування сприяє вертикалізації пацієнта.

Нейростимуляція застосовувалася ще з часів Стародавнього Риму. На даний час вона спрямована на відновлення синапатичного спрутингу та утворення нових нейронних зв'язків (при постінсультних станах спостерігається протилежне явище – синаптичний прунінг, що полягає у втраті діючих синапсів). Ефективний спрутинг, що забезпечує подолання моторних порушень, найчастіше зумовлений стимуляцією аферентних волокон (оскільки переважна кількість моторних дисфункцій пов'язана саме з порушенням аферентної ланки). Стимуляція сенсорних волокон, як правило, супроводжується не тільки відновленням синаптичних зв'язків, а й підвищенням метаболічної активності та синаптичної пластичності.

Серед основних методик стимуляції виділяють:

- транскраніальну стимуляцію;
- стимуляцію ретикулярної формації;
- стимуляцію стовбура мозку (Deep Brain Stimulation – DBS);
- вагусну стимуляцію (Vagus Nerve Stimulation – VNS).

Наразі найбільш ефективною в корекції моторних постінсультних порушень є VNS. Причому у 80% досягти успіху дозволяє стимуляція саме аферентних волокон блукаючого нерву.

Для сенсорної стимуляції вагусу та стовбура мозку найбільш сприятливою є стимуляція язика. Вона лежить в основі технології BrainPort і забезпечує високу ефективність насамперед завдяки наявності великої кількості нервових закінчень на язику, електролітним властивостям слини, відносній постійності pH і температури в області даного органу, неінвазивності та безболісності процедури. Ефективність сенсорної стимуляції язика короткотривала: позитивний ефект у пацієнтів, яким припинили проводити процедуру, надалі не зберігався.

Нові перспективи у постінсультній реабілітації відкриває клітинна терапія. Вона полягає у вживленні стовбурових клітин з метою регенерації пошкоджених при інсульті нейронів і відбувається у 3 етапи (проліферація, міграція та диференціювання, інтеграція).

Ефективність використання стовбурових клітин продемонстровано в ряді робіт. У дослідженні Max Plank було виявлено, що вже через 24 тиж після вживлення стовбурових клітин відбувається регенерація нейронів у відповідній ділянці головного мозку.

Проте при використанні цього методу виникають і проблеми, які поки що неможливо оминути, наприклад, труднощі зупинки проліферації клітин. Адже механізми, що сприяють цьому, ще недостатньо вивчені, а наслідки надмірної проліферації, як відомо, становлять загрозу для організму.

Професор М.М. Орос зупинився на особливостях та складнощах, пов'язаних із реабілітацією постінсультних хворих:

- відсутність відділень відновлювального лікування у багатьох медичних установах;
- питання відновлювального лікування не включено в програму роботи поліклініки (за влучним висловом професора, «гострий інсульт лікують Господь Бог та реаніматолог», а головною задачею лікаря-невролога є саме реабілітація пацієнта після інсульту);
- висока вартість препаратів та необхідність приймати їх тривало/пожиттєво;
- виникнення постінсультної деменції, що ускладнює реабілітацію, внаслідок порушення взаємодії лікаря і пацієнта.

За даними дослідження M. Edwardson і співавт., найбільш розповсюдженими наслідками ішемічного інсульту у пацієнтів >65 років, що реєструвалися через 6 міс, є геміпарез (50%) та постінсультні когнітивні порушення, що виявляють у 46% хворих.

Тяжкість когнітивних порушень чітко корелює з віком. Різноманітні дослідження (Brainin M. et al.; Ballard C., Rowan E., Stephens S., Kalaria R., Kenny R.) дозволили зробити наступні висновки:

✓ більш сприятливий прогноз стосовно відновлення когнітивних функцій мають пацієнти <50 років;

✓ помірні когнітивні порушення через 3 міс після інсульту зустрічалися майже у $^2/_3$ пацієнтів віком >75 років;

✓ покращення когнітивних функцій в період від 12 до 18 міс після інсульту досягнуто більш ніж у 30% пацієнтів >60 років; у підгрупі хворих віком >70 років позитивна динаміка спостерігалася лише у 10%;

✓ у 5-11% пацієнтів віком >75 років протягом 11 міс після появи когнітивних порушень виникала деменція.

Дослідження Y. Beot, C. Aboa-Eboule, J. Durier та співавт. (2011) також показали зростання частоти розвитку постінсультних когнітивних порушень з віком: серед пацієнтів 50-60 років – 4,4%, 60-70 років – 13,9%, 70-80 років – 33,4%, сягаючи 46,4% у популяції хворих віком >80 років.

На ймовірність розвитку когнітивних порушень, за даними S.T. Pendlebury та P.M. Rothwell, впливають такі фактори, як наявність інсультів в анамнезі, афазія, тяжкість інсульту, геморагічний тип інсульту, об'єм вогнища інфаркту при ішемічному інсульті, розташування вогнища ураження (ризик зростає при змінах в лівій півкулі, дещо зменшується – при їх локалізації в стовбурі мозку). З більшою імовірністю появи постінсультних когнітивних порушень та хвороби Альцгеймера асоціюються похилий вік, низький рівень освіти, жіноча стать, расові особливості, миготлива аритмія, лейкоареоз.

На даний момент немає чітких критеріїв, за якими можна передбачити ризик розвитку деменції. Однак дослідження S.T. Pendlebury та P.M. Rothwell виявило певні закономірності розвитку деменції при інсульті, на які слід звернути увагу фахівцям:

- в 10% пацієнтів деменція спостерігалася ще до інсульту;
- в 10% хворих вона розвивалася після 1-го інсульту;
- приблизно в 30% учасників деменція виникала після повторного інсульту.

У останні десятиліття простежується тенденція до старіння населення. За даними Міжнародної асоціації по боротьбі з деменцією, станом на 2015 р. у світі нараховувалося 900 млн осіб віком >60 років. Як прогнозують експерти, протягом наступних 35 років кількість людей похилого віку в державах з низьким рівнем доходів населення збільшиться на 185%. До 2050 р. кількість хворих, що страждають на деменцію, збільшиться майже втричі: з 47 до 132 млн.

Європейським агентством з лікарських препаратів (European Medicines Agency – EMA) висунуто наступні вимоги до препаратів для лікування деменції:

- симптоматичне покращення;
- сповільнення або припинення прогресування деменції (хворобомодифікувальний ефект);
- первинна профілактика на стадії появи симптомів шляхом впливу на патогенетичні механізми.

У дослідженні АРТЕМІДА, результати якого були нещодавно представлені на конгресі Європейської академії неврології в Берліні (EAN, 2015), вивчалась ефективність препарату Актовегін у літніх людей (віком понад 65 років) саме при когнітивних порушеннях, що стали наслідком ішемічного інсульту. Було доведено, що Актовегін статистично значуще покращує стан таких пацієнтів і цей ефект із часом не втрачається. Саме тому застосування Актовегіну може стати корисним доповненням до стандартної схеми терапії ішемічного інсульту в пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку когнітивних порушень і деменції.

Підбиваючи підсумки, професор М.М. Орос наголосив, що одними із найбільш ефективних методів відновлення в разі рухових розладів під час постінсультної реабілітації є різні види кінезитерапії та способів стимуляції. Єдиною стратегією, за якої можливе повне відновлення нейронів, на сьогодні залишається клітинна терапія (проте її застосування лімітується небезпечними побічними ефектами). Що стосується фармакотерапії, доцільним є застосування препарату Актовегін як такого, що в низці клінічних досліджень довів свою ефективність у пацієнтів із постінсультними когнітивними порушеннями.

Підготував ***Роман Долинський***

UA/AVG/0616/0072

Готується до друку перший в Україні «Довідник еквівалентності лікарських засобів Rx index®»

За роки незалежності у вітчизняній фармацевтичній галузі відбулися суттєві зміни, і стосувалися вони не тільки створення та випробування лікарських засобів (ЛЗ), а і їх виробництва. Якщо на початку 1990-х трансформація галузі здійснювалася на основі радянських стандартів, то з 2002 р. розпочався процес гармонізації ліцензійних вимог до виробництва ліків із відповідними положеннями європейського законодавства – перехід на критерії Good Manufacturing Practice (GMP), впроваджені у Європейському союзі (ЄС). Наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України № 426 від 26.08.2005 р. було визначено вимоги до реєстрації ЛЗ, що відповідали таким у ЄС, але для втілення задумів і досягнення відчутних результатів знадобився досить тривалий проміжок часу. Наказом МОЗ № 190 від 17.04.2007 р. було затверджено основні вимоги до оцінки біоеквівалентності (у тому числі методами in vitro) на основі Біофармацевтичної системи класифікації. Таким чином, регламентовано докорінні зміни підходів щодо створення і випробування (доклінічних і клінічних досліджень) ЛЗ, у першу чергу генериків.

Унаслідок повільного впровадження у реальну практику положень, затверджених наказами МОЗ України, протягом останніх років вітчизняний ринок поповнювався препаратами, створення, випробування та допуск до використання яких відбувалися за різними стандартами – і згідно з застарілими радянськими нормами, і відповідно до найсучасніших критеріїв, схвалених у світі.

Слід зазначити, що це свідчить про існування різних стандартів підтвердження якості ЛЗ. У цей період в Україні розвивалася система фармаконагляду, що отримала визнання Всесвітньої організації охорони здоров'я. За допомогою системи фармаконагляду відстежувалися безпека та ефективність ЛЗ, наявних в арсеналі клініцистів, а препарати, щодо яких надходили офіційні підтверджені скарги, вилучалися з продажу.

Провідні держави світу інформували професійну громадськість про стандарти створення і випробування ЛЗ у різний спосіб. Позитивний досвід у цій сфері мають США.

Як відомо, використання у медичній практиці якісних генериків дозволяє відчутно здешевити лікування, при цьому гарантуючи ефективність та переносимість ЛЗ, аналогічні таким брендового препарату.

У США обіг генериків регулюється положеннями т. зв. Orange Book (список схвалених лікарських засобів з оцінкою терапевтичної еквівалентності Управління з контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів США (Food and Drug Administration, FDA – Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations). Зміни у документ вносяться щомісяця, щороку FDA презентує його оновлену повну версію. Сьогодні Orange Book – взірець кращої світової практики щодо ведення реєстру затверджених регуляторними органами препаратів, спосіб переконатися в тому, що конкретний засіб має доведену ефективність та сприятливий профіль безпеки, та отримати дані щодо терапевтичної еквівалентності генериків.

Цей перелік містить публічну інформацію та корисні поради. Він не є остаточним вердиктом стосовно ЛЗ, які можна придбати, продати або замінити іншими. Крім цього, у переліку немає відомостей щодо того, яких ЛЗ слід уникати. Orange Book містить додаткову інформацію та рекомендації FDA для населення, практикуючих лікарів та фармацевтів щодо вибору ЛЗ. Ці рекомендації не стосуються порушень правил розробки, виробництва, виведення на ринок та використання препарату, вони не містять порад відносно того, чим один ЛЗ є кращим за інший. Оцінки терапевтичної еквівалентності являють собою наукові судження та базуються на фактах та доказах. У той же час генерична заміна може мати переваги з урахуванням соціального та економічного аспектів, зокрема можливості зниження вартості лікування.

Оригінальні препарати, затверджені за процедурою NDA, маркуються символом «N». Підтверджена терапевтична еквівалентність позначається затвердженим маркуванням – символом «А», що може доповнюватися додатковими позначеннями, які вказують на певну специфіку як ЛЗ, так і процесу порівняння. Якщо препарат не є терапевтично еквівалентним референтному, використовується символ «В» (частіше це свідчить про специфічні особливості лікарської форми, а не про відмінності діючої речовини).

Таким чином, можна стверджувати, що «не всі генерики однаково корисні».

Еквівалентність: особливості термінології

ЛЗ вважаються *фармацевтичними еквівалентами*, якщо містять однакову з оригінальним препаратом діючу речовину (речовини), представлені в однаковій лікарській формі, мають однаковий спосіб застосування та ідентичні за дозуванням чи концентрацією (наприклад, таблетований диклофенак натрію 50 мг). Фармацевтичні еквіваленти містять однакову кількість однієї й тієї ж діючої речовини в однаковій лікарській формі, відповідають певним стандартам (доза, якість, чистота, ідентичність), проте можуть відрізнятися за формою, конфігурацією, допоміжними компонентами (консерванти та ін.), терміном придатності та (певною мірою) маркуванням.

Якщо ЛЗ містять діючі речовини у формі різних солей (наприклад, глюкозаміну гідрохлорид та глюкозаміну сульфат) або відрізняються формами чи дозуванням, їх класифікують як *фармацевтичні альтернативи*. При цьому докази біоеквівалентності таблеток та капсул, як правило, відсутні. Також до фармацевтичних альтернатив відносяться препарати на основі однакових діючих речовин з пролонгованим та стандартним вивільненням.

Як *терапевтичні еквіваленти* розглядаються лише ЛЗ, що є фармацевтичними еквівалентами, відносно яких передбачаються однакові профілі ефективності й безпеки під час застосування пацієнтами за дотримання умов, вказаних у маркуванні. Згідно з критеріями FDA терапевтичні еквіваленти повинні бути:

- схваленими як безпечні та ефективні;
- фармацевтичними еквівалентами;
- біоеквівалентними;
- адекватно промаркованими;
- виготовленими за стандартами GMP.

Концепція терапевтичної еквівалентності застосовується щодо ЛЗ, які містять однакові діючі речовини, і не передбачає порівняння різних терапевтичних агентів, що використовуються з метою лікування однакових патологічних станів (мелоксикам vs кеторолак для усунення больового синдрому).

При цьому терапевтичні еквіваленти можуть дещо відрізнятися за такими характеристиками, як форма, конфігурація насічок, механізм вивільнення, упаковка, допоміжні речовини (барвники, консерванти і т. п.), а також за терміном придатності та особливостями маркування (зокрема, наявність специфічної інформації з приводу фармакокінетики). Якщо вказані відмінності принципові для конкретного пацієнта, лікар може призначити брендовий препарат як медичну необхідність. У той же час, на думку експертів FDA, терапевтичні еквіваленти можуть вважатися взаємозамінними і такими, що забезпечують аналогічні клінічний ефект та профіль безпеки.

Біоеквівалентні лікарські препарати – фармацевтичні еквіваленти або фармацевтичні альтернативи, що демонструють зіставну біодоступність при дослідженні в однакових експериментальних умовах.

Підтвердження біоеквівалентності потребує проведення дослідження за участю людей, адже критерії відповідності досліджуваного та референтного препарату не повинні відрізнятися у біологічних рідинах організму. Іноді вказаний параметр можна довести при використанні стандарту біоеквівалентності in vitro (особливо коли ці тести корелюють з даними біоеквівалентності на людях). Оцінку даного показника здійснюють шляхом проведення порівняльних клінічних випробувань або фармакодинамічних досліджень.

Принципове значення в підтвердженні біоеквівалентності є ретельна статистична обробка результатів дослідження та кількісні докази відносно того, що зміна у часі концентрацій діючої речовини у біологічних рідинах організму двох досліджуваних препаратів однакова у рамках визначених статистичних критеріїв.

Слід зазначити, що деякі українські виробники, зокрема ПАТ «Фармак», за власної ініціативи провели дослідження біо- та терапевтичної еквівалентності препаратів діючої номенклатури (у т. ч. засобів, під час реєстрації яких подібні вимоги ще не були впроваджені). З моменту старту проекту минуло вже 10 років. Протягом цього періоду успішно проведено 15 досліджень біоеквівалентності молекул, серед яких ЛЗ, призначені для терапії соціально значущих захворювань – цукрового діабету 2 типу, артеріальної гіпертензії та неврологічних порушень. Згідно з результатами роботи, яку продовжують і сьогодні, портфель продуктів компанії «Фармак» укомплектований терапевтично еквівалентними копіями інноваційних засобів. Ліки від українського виробника вдало поєднують високу якість та доступну ціну.

Унікальність як перевага. Український аналог Orange Book

Однак дотепер на вітчизняних фармацевтичних теренах не існувало змістовного та надійного інструменту, аналогу Orange Book, який став би орієнтиром для клініцистів при виборі генеричних версій оригінальних препаратів. Зараз над його створенням працюють найбільш досвідчені у сфері медицини та фармації експерти. Анонсується, що на полицях книгарень «Довідник еквівалентності лікарських засобів Rx index®», аналогів якому у нашій державі немає, з'явиться наприкінці липня 2016 р.

До кожної міжнародної назви діючої речовини або комбінації діючих речовин у Довіднику буде наведено повний список ЛЗ, зареєстрованих в Україні на момент його видання згідно з наказами ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Довідник, без сумнівів, стане надійним помічником для лікарів усіх спеціальностей, провізорів, фармацевтів, студентів медичних та фармацевтичних навчальних закладів у пошуку ліків і їх аналогів, виписуванні рецептів, уточненні інформації щодо особливостей дозування препаратів і т. п. Якщо, наприклад, відома лише діюча речовина чи торгова назва, за допомогою наведеної у Довіднику порівняльної таблиці можна буде швидко підібрати аналог у необхідній дозі та формі випуску з повного переліку наявних ЛЗ. Ця опція стане у нагоді і працівникам аптек: у разі відсутності необхідного препарату працівник зможе швидко відшукати оптимальну заміну.

«Довідник еквівалентності лікарських засобів Rx index®» дозволить спеціалістам обирати препарати з кращим співвідношенням ціна/якість, призначати терапію згідно з етичними принципами та переконливими даними доказової медицини.

Підготувала ***Ольга Радучич***

НОВИНИ МОЗ

Двері реанімацій відкрито: Віктор Шафранський подякував представникам громадськості за спільне досягнення

Виконуючий обов'язки міністра охорони здоров'я України Віктор Шафранський взяв участь у брифінгу «Відкриті двері реанімації: наступні кроки». Він подякував громадським організаціям за участь у розробці наказу № 592 «Про затвердження Порядку допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії», що набув чинності 29 червня. Відтепер передбачається вільний доступ родичів до реанімацій.

«Ми разом зробили дуже хорошу справу. Перш за все хочу наголосити, що, на моє особисте переконання, коли батьки і родичі знаходяться поруч із хворим, процес одужання набагато пришвидшується. Спільно з медиками вони піклуються про здоров'я хворого. Хочу подякувати представникам громадськості. Вважаю, це була дуже хороша робота, гарний приклад співпраці громадськості і центрального органу виконавчої влади. Відбулося декілька робочих нарад, у ході яких всі сторони процесу висловлювали свої думки, радилися. Тож у підсумку маємо дійсно хороший документ, який вирішить дуже важливу соціальну проблему», – повідомив В. Шафранський.

За словами співініціатора наказу про допуск в реанімацію Анастасії Леухіної, участь у розробці цього документа взяли понад 50 громадських організацій і народні депутати.

МОЗ напрацьовує єдину методику розрахунку вартості медичних послуг

У МОЗ України за участю В. Шафранського відбулося перше засідання міжвідомчої робочої групи для підготовки методики розрахунку вартості медичних послуг у нашій країні. До опрацювання цього важливого питання були залучені фахівці МОЗ України, співробітники структурних підрозділів з питань охорони здоров'я в областях, провідних наукових установ, медичних закладів; представники експертної спільноти та громадськості. Склад робочої групи затверджено наказом МОЗ України від 08.06.2016 № 538.

Учасниками засідання визначено основні підходи до розрахунку вартості медичних послуг з урахуванням авторських методик, що вже напрацьовані в Україні, а також світового досвіду і чинного законодавства.

Члени робочої групи дійшли згоди, що на основі найкращих практик розрахунків слід створити єдину уніфіковану методику, яка буде максимально простою, коректною в межах цільових державних видатків на охорону здоров'я, враховуватиме як гарантований державою пакет медичних послуг, так і право медичних закладів самостійно визначати та коригувати вартість наданих послуг залежно, наприклад, від статусу закладу, собівартості послуги, складності пролікованого випадку тощо.

За словами В. Шафранського, доопрацювання потребують питання власне економічного розрахунку, що буде покладено в основу цієї методики, а також контролю за якістю та ефективністю її впровадження. На його думку, необхідно заслухати авторів щодо практичного застосування та економічної доцільності кожної з методик.

Очікується, що розроблена МОЗ України єдина методика розрахунку вартості медичних послуг дозволить закладам охорони здоров'я встановлювати економічно обґрунтовані тарифи, дотримуватися державної дисципліни цін та дасть можливість місцевим органам виконавчої влади проводити розрахунок вартості платних медичних послуг у єдиному порядку.

За інформацією прес-служби МОЗ України

діє 24 години

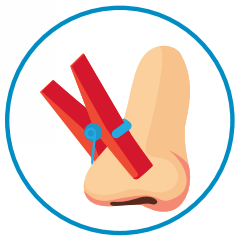
від 6 місяців

Desloratadine

Алердез

СПРАВЖНЄ ЖИТТЯ БЕЗ АЛЕРГІЇ

УСУВАЄ:



Закладеність носа, чхання

Почервоніння очей, сльозотечу

Свербіж та висипання

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Алердез сироп. **Р. П. МОЗ України № UA/14492/01/01 від 24.07.2015 Склад:** 1 мл сиропу містить 0,5 мг дезлоратадину. **Фармакотерапевтична група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. **Код АТХ** R06A X27. **Показання.** Для усунення симптомів, пов'язаних з алергічним ринітом та кропив'янкою. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до дезлоратадину або до будь-якого допоміжного компонента препарату, вагітність, годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** Препарат приймати внутрішньо незалежно від прийому їжі. *Діти віком: 6-11 місяців:* по 2 мл сиропу (1 мг дезлоратадину) один раз на добу; *1-5 років:* по 2,5 мл сиропу (1,25 мг дезлоратадину) один раз на добу; *6-11 років:* по 5 мл сиропу (2,5 мг дезлоратадину) один раз на добу. *Дорослі та підлітки віком від 12 років:* 10 мл сиропу (5 мг дезлоратадину) один раз на добу. **Побічні реакції.** Зазвичай дезлоратадин добре переноситься, але іноді можливе виникнення побічних ефектів, запаморочення, сонливість, безсоння, психомоторна гіперактивність, судоми, головний біль, відчуття серцебиття, сухість у роті, діарея, біль у животі, нудота, підвищення активності печінкових ферментів, рівня білірубіну в плазмі крові, гепатит, міальгія, реакції гіперчутливості (включаючи анафілаксію, набряк Квінке, задишку, свербіж, висипання, кропив'янка, підвищена втомлюваність, пропасниця. **Умови зберігання.** В оригінальній упаковці при температурі не вище 25°С. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Упаковка.** По 50 мл у флаконах, по 100 мл у флаконах разом з дозувальним пристроєм в пачці. **Виробник.** ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», 03680, Київ-134, вул. Миру, 17. Тел.: (044) 205-41-23 (консультація).

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

БХФЗ bcpp
www.bcpp.com.ua

ЗМІСТ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Новини МОЗ **5, 19**

До 2020 р. компанія Sandoz планує вивести на світовий ринок 5 основних біоаналогів **8**

Оперативно про головне **27**

ДО ОБГОВОРЕННЯ МЕДИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ

Урядовий вісник: про проблеми та шляхи їх вирішення

О.В. Богомолець, І.В. Сисоєнко, О.С. Мусій та ін. **44-45**

За підсумками засідання Комітету ВР з питань охорони здоров'я, 1 червня, м. Київ

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Обновленное клиническое руководство Американской академии отоларингологии, хирургии головы и шеи по лечению экссудативного среднего отита **16-17**

КОНФЕРЕНЦІЯ

Украинский медицинский клуб: традиции углубляются

С.М. Гордиенко **12**

По итогам заседания УМК, 3 июня, г. Киев

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

Досвід застосування альтернативних джерел енергії в лікувальних закладах України

В.М. Коваленко, С.В. Шевчук **28**

Комбинированная терапия в лечении артериальной гипертензии

Т.В. Колесник **29**

По итогам научно-практической конференции, 25-27 мая, г. Днепр

Терапия остеопороза и заболеваний костно-мышечной системы: обсуждение с участием ведущих мировых экспертов

В.В. Поворознюк, J.A. Kanis, J.-Y. Reginster и др. **30-33**

По итогам II Международного симпозиума, 9-11 марта, г. Львов

Кардіологія. Дайджест **35**

НЕВРОЛОГІЯ

Основные проблемы терапии постинсультных когнитивных нарушений

Д. Крупински **3**

По итогам научно-практической конференции с международным участием, 10-11 марта, Буковель

Сучасні тенденції у постінсультній реабілітації в Україні

М.М. Орос **4**

За підсумками науково-практичної конференції з міжнародною участю, 10-11 березня, Буковель

СУДИННА ХІРУРГІЯ

Применение чистого диосмина 600 мг в лечении хронических заболеваний вен: обзор литературы

M. Steinbruch, M. Geller, R. Kaufman и др. **34-35**

ЛЕФЛОК
-Дарниця

Розчин для інфузій.
1 мл розчину містить левофлоксацину гемігідрат в перерахуванні на левофлоксацин 5 мг

✓ **ШИРОКИЙ** АНТИМІКРОБНИЙ СПЕКТР[1,2]
✓ **ЗРУЧНА** СТУПІНЧАСТА ТЕРАПІЯ**
✓ **ПРОГРЕСИВНЕ** ВИРОБНИЦТВО ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ У ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ ФЛАКОНАХ З ЄВРО-КОВПАЧКОМ[3]

ЛЕФЛОК-Дарниця. Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/14011/01/01 від 31.10.2014. **Діюча речовина.** Levofloxacin. **Лікарська форма.** Розчин для інфузій. **Фармакотерапевтична група.** Антибактеріальні засоби групи хінолонів. Фторхінолони. **Код АТХ.** J01M A12. **Показання.** Запальні захворювання, спричинені чутливими до левофлоксацину бактеріями: пневмонії, інфекції сечовивідних шляхів, інфекції шкіри та м'яких тканин, хронічний бактеріальний простатит. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до левофлоксацину, інших хінолонів до будь-якого компонента препарату. Епілепсія. Побічні реакції з боку сухожиль після попереднього застосування хінолонів. **Фармакологічні властивості.** Левофлоксацин – синтетичний антибактеріальний засіб із групи фторхінолонів, є S-енантіомером рацемічної суміші лікарського засобу офлоксацину. Діє на комплекс ДНК-гірази та топоізомерази IV. **Побічні реакції.** Грибкові інфекції, включаючи зумовлені грибами роду Candida, розмноження інших резистентних мікроорганізмів. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Не заморожувати. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.
Інформація для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

** Немає суттєвої різниці щодо фармакокінетики левофлоксацину після внутрішньовенного та перорального введення, що свідчить про те, що ці шляхи є взаємозамінними[1].

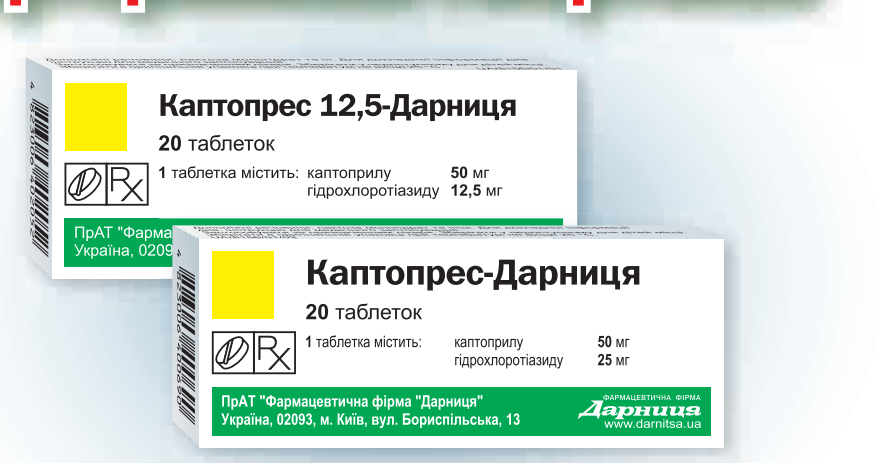
Джерело інформації:
1. Інструкція для медичного застосування препарату Лефлок -Дарниця.
2. www.urgent.com.ua/ru-issue-article-328
3. www.darnitsa.ua/press-center/media/105-progresivne-virobnitstvo-infuziinikh-rozchiniv-u-polipropilenovikh-flakonakh-z-evro-kovpachkom

ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»
Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13. www.darnitsa.ua

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

Каптопрес-Дарниця

для лікування
артеріальної гіпертензії



Показання. Артеріальна гіпертензія.

Каптопрес-Дарниця таблетки № 20
Склад: *діючі речовини:* captopril, hydrochlorothiazide; **1** таблетка містить каптоприлу **50** мг, гідрохлоротіазиду **25** мг; *допоміжні речовини:* крохмаль картопляний, лактоза моногідрат, кремнію діоксид колоїдний безводний, повідон, магнію стеарат.

Каптопрес 12,5-Дарниця таблетки № 20
Склад: *діючі речовини:* captopril, hydrochlorothiazide; **1** таблетка містить каптоприлу **50** мг, гідрохлоротіазиду **12,5** мг; *допоміжні речовини:* целюлоза мікрокристалічна, лактоза моногідрат, кремнію діоксид колоїдний безводний, крохмаль картопляний, кислота стеаринова.

Протипоказання. Підвищена чутливість до каптоприлу, інших інгібіторів АПФ, до гідрохлоротіазиду, інших препаратів, похідних сульфонаміду, або до інших компонентів препарату. Наявність в анамнезі ангіоневротичного набряку під час лікування іншими інгібіторами АПФ. Вроджений (ідіопатичний) ангіоневротичний набряк. Виражені порушення функції нирок (концентрація креатиніну у плазмі крові більше 1,8 мг/100 мл або кліренс креатиніну менше 30 мл/хв). Двосторонній стеноз ниркових артерій або стеноз артерії єдиної нирки з прогресуючою азотемією. Стан після трансплантації нирки. Анурія. Стеноз устя аорти та інші обструктивні порушення, що утруднюють викид крові з лівого шлуночка. Тяжкі порушення функції печінки (прекоматозний стан, печінкова кома). Первинний гіперальдостеронізм. Порфірія. Гіпокаліємія, гіпонатріємія при гіповолемії, гіперкальціємія, подагра. Вагітні або жінки, які планують завагітніти (див. в інструкції для медичного застосування препарату «Застосування у період вагітності або годування груддю»). Р.П. № UA/8156/01/01, UA/8156/01/02
Препарати можуть викликати побічні реакції, більш детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату.
Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.
ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, Київ, вул. Бориспільська, 13
www.darnitsa.ua

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

ПРЕС-РЕЛІЗ

До 2020 р. компанія Sandoz планує вивести на світовий ринок 5 основних біоаналогів

Хольцкірхен, Німеччина. Компанія Sandoz, підрозділ у складі Novartis та світовий лідер у галузі виробництва біоаналогів, планує до 2020 р. вивести на ринок 5 біоаналогів основних онкологічних та імунологічних біопрепаратів на ключових територіях з метою розширення доступу до лікування більшої кількості пацієнтів. Біоаналоги, клінічно відповідні оригінальним біопрепаратам, що впроваджуються після втрати ними патентного захисту, дають можливість значно зекономити кошти в галузі охорони здоров'я в усьому світі.

Виведення на ринок 5 біоаналогів забезпечується завдяки стратегії інтенсивної подачі 11 заявок на державну реєстрацію протягом 3-річного періоду (2015-2017). Крім того, очікується, що інвестування >1 млрд доларів США у 2010-2020 рр. на найсучасніших біотехнологічних виробничих дільницях в м. Шафтенау та м. Кундль (Австрія) гарантуватиме доступність біоаналогів Sandoz для пацієнтів та фахівців у галузі охорони здоров'я.

«Незважаючи на вражаючі успіхи медицини минулого століття, доступ до лікарських засобів залишається найбільш незадоволеною потребою охорони здоров'я в розвинених країнах та в країнах, що розвиваються», – зазначив Річард Френсіс (Richard Francis), керівник підрозділу та генеральний директор компанії Sandoz, звертаючись до журналістів під час заходу «Інновації для пацієнтів. День біоаналогів Sandoz» в м. Шафтенау, Австрія. Пан Френсіс також продовжив: «Біоаналоги радикально змінили лікування багатьох захворювань, що призводять до інвалідності та становлять загрозу для життя, проте багато людей, які потребують таких ліків, не в змозі отримати до них доступ. Компанія Sandoz має намір значно розширити доступ пацієнтів до біопрепаратів шляхом виведення на ринок основних біоаналогів протягом наступних декількох років».

Відповідно до регуляторних вимог та схвалень компанія Sandoz найближчим часом виводить на ринок такі біоаналоги: Enbrel® (етанерцепт), Humira® (адалімумаб), Neulasta® (пегфілграстим), Remicade® (інфліксимаб) та Rituxan® (ритуксимаб). У 2015 р. загальна сума світових продажів вищеназваних біопрепаратів становила приблизно 43,6 млрд доларів. Компанія Sandoz вже оголосила про подачу на державну реєстрацію 6 з 11 запланованих препаратів упродовж останніх 12 міс. Останнім біоаналогом, прийнятим Європейською агенцією медичних препаратів (ЕМА), є ритуксимаб (травень, 2016 р.). Портфель препаратів Sandoz, що знаходяться на ранній стадії, має додаткові ресурси в онкології, а також в інших спеціалізованих терапевтичних галузях з планами щорічного запуску нових програм.

Створення біоаналогів на основі десятилітнього досвіду

Компанія Sandoz має переваги новатора, вивівши на ринок перший біоаналог у світі (Omnitrope®, ЄС, 2006 р.), перший біоаналог у Японії (Соматропін BS S.C., 2009 р.) та перший біоаналог за новою процедурою реєстрації лікарських засобів у США (Zarxio®, 2015 р.). Компанія демонструє суттєве зростання продажів З присутніх на ринку лікарських засобів, що виражається двозначними числами. Біоаналоги складають значну частину портфеля біофармацевтичних препаратів компанії Sandoz, продажі яких сягнули 772 млн доларів у 2015 р. Очікується, що в майбутньому компанія Sandoz запропонує біоаналоги для подальшого розширення свого портфеля в онкології та імунології – двох напрямах, завдяки яким препарати Sandoz мають стати частиною більш широкого портфеля Novartis.

Виділено 1 млрд доларів США на програму збільшення потужностей в Австрії

Компанією Sandoz, що почала розробку та виробництво біопрепаратів у 1980 р., побудовано передові у її галузі виробничі потужності для розробки та випуску біофармацевтичної продукції. За 2010-2020 рр. виділено 1 млрд доларів на капітальні витрати для збільшення кількості найсучасніших заводів з випуску біоаналогів, необхідних для забезпечення зростаючої кількості пацієнтів, які отримують лікування за допомогою біоаналогів Sandoz та нових біоаналогів Novartis. У складі Novartis Group компанія Sandoz має широкий доступ до можливостей терапевтичної галузі стосовно клінічної розробки, виведення на ринок, а також виробничих ноу-хау, сприяючи таким чином розвитку новаторських ресурсів усієї Групи.

Обмеження відповідальності

Викладений прес-реліз містить низку прогностичних заяв, переданих такими термінами, як «планує», «заплановано», «позиціонує», «допомагаючи», «можливість», «буде», «очікується», «має намір», «розробка», «встановлено», «виділено» та ін. Зазначені прогностичні заяви відображають поточну точку зору Групи стосовно майбутніх подій. На ці заяви поширюється дія багатьох відомих і невідомих ризиків і невизначеностей. У разі матеріалізації одного або декількох ризиків і факторів невизначеності або в разі неправильності пов'язаних з ними припущень, фактичні результати можуть значно відрізнятись від результатів, описаних у прогностичних заявах. Надання гарантій з приводу того, що на будь-який розроблюваний біоаналог компанії Sandoz будуть подані заявки або буде отримано схвалення для продажу на будь-якому ринку в конкретний момент часу, неможливе.

Компанія Sandoz – світовий лідер з виробництва генеричних лікарських засобів та біоаналогів. Наша мета, як підрозділу групи компаній Novartis, полягає в пошуку нових шляхів покращення та продовження тривалості життя людей. Ми підтримуємо зростаючі потреби в галузі охорони здоров'я, створюємо новітні підходи, щоб допомогти людям у всьому світі отримати доступ до високоякісної медицини. Портфель компанії налічує >1 тис. молекул, що охоплює всі основні терапевтичні напрями, обсяг продажів яких за 2015 р. становить 10,1 млрд доларів. За результатами 2015 р. препарати компанії отримували >500 млн пацієнтів. Наша мета – досягнути мільярдної позначки.

4-19-КОРП-СНД-0716

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

Редакционная коллегия

Е.Н. Амосова, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМУ им. А.А. Богомольца

О.Я. Бабак, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета

Г.М. Бутенко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН Украины и РАМН, директор Института генетической и регенеративной медицины НАМН Украины

Б.М. Венцковский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца

Ю.В. Вороненко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика

И.И. Горпинченко, д.м.н., профессор, директор Украинского института сексологии и андрологии, главный сексопатолог МЗ Украины

Ю.И. Губский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой паллиативной и хосписной медицины НМАПО им. П.Л. Шупика

Д.И. Заболотный, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, директор Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины

Д.Д. Иванов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии и почечнозаместительной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный детский нефролог МЗ Украины

В.Н. Коваленко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

В.В. Корпачев, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины

В.Г. Майданник, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 НМУ им. А.А. Богомольца

Б.Н. Маньковский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный эндокринолог МЗ Украины

В.Ф. Москаленко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

В.И. Панькив, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины

А.Н. Пархоменко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, научный руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

Н.В. Пасечникова, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины

В.В. Поворознюк, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза

Л.Г. Розенфельд, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины

И.М. Трахтенберг, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины

Н.Д. Тронько, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, вице-президент НАМН Украины, директор Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины

Ю.И. Фещенко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины

Н.В. Харченко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика

В.И. Цымбалюк, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, президент НАМН Украины, заместитель директора Института нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины

В.П. Черных, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета

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

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»©®
Представлена в базе данных «Научная периодика Украины» и индексируется Google Scholar

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР **Татьяна Черкасова**
ДИРЕКТОР ПО РАЗВИТИЮ **Людмила Жданова**
ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР **Эльвира Сабадаш**
ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР **Лариса Стороженко**
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР **Алексей Терещенко**
МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР **Ольга Радучич**
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ **Галина Теркун**
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА **Лина Арсенюк**
ДИЗАЙНЕРЫ **Наталия Дехтярь**, **Олег Смага**, **Татьяна Зайчук**, **Ирина Лесько**
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА **Наталия Семенова**
ВЕДУЩИЕ МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ **Инна Головко**, **Юлия Башкирова**
МЕНЕДЖЕРЫ **Зоя Маймескул**, **Мирослава Табачук**
АССИСТЕНТЫ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА **Анна Дребот**, **Леся Иванченко**
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА **Ивалин Крайчев**
ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР **Сергей Бадеха**

Свидетельство КВ №15650-4122ПР от 03.09.2009 г.
Индекс издания: 35272
Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов.
За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы.
Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции.
Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

Адрес для писем:
03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактные телефоны:
Редакция **521-86-86**
Отдел маркетинга **521-86-91**
Отдел подписки и распространения **521-86-98**

Газета отпечатана в ООО «Видавничий дім «Аванпост-Прим», г. Киев-35, ул. Сурикова, 3/3.

Подписана в печать 06.07.2016 г.
Заказ 06072016. Тираж **33 000** экз.
Тираж с 15.08.2014 г. и 8700 электронных адресов (дата госрегистрации с 02.01.2012 г.).

ЗМІСТ

ГЕПАТОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Гепатопротекторы: современные возможности и отдаленные перспективы
О.Я. Бабак, А.Э. Дорофеев 18-19
По итогам IV научной сессии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», 16-17 июня, г. Днепр

Новейшие технологии в теоретической и практической гастроэнтерологии
Ю.М. Степанов, М.П. Захараш, И.Н. Скрыпник и др. 20-21
По итогам IV научной сессии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», 16-17 июня, г. Днепр

Терапевтические возможности эссенциальных фосфолипидов в панкреатологии
Н.Б. Губергриц, О.Я. Бабак.....22-23
По материалам Европейского мастер-класса по панкреатологии, 26-27 мая, г. Киев

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Семейная медицина: от вопросов организации к повседневной практике
Л.Ф. Матюха, Л.С. Бабинец, П.О. Колесник..... 38-39
По итогам научно-практической конференции, 12-13 мая, г. Тернополь

Вегетативні дисфункції й інші психосоматичні розлади при хронічному панкреатиті та поєднаних шлунково-кишкових станах
Л.С. Бабінець, З.І. Сабат 41-42

Всемирный день семейного врача в Украине
М.П. Комаров, А.К. Толстанов, О.Г. Шекера и др. 43
По итогам научно-практической конференции с международным участием, 19 мая, г. Киев

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Современные технологии в диагностике и лечении заболеваний ЛОР-органов
В.М. Васильев, И.В. Гогунская, В.В. Кищук и др..... 10-11
По итогам научно-практической конференции, 16-17 мая, г. Одесса

Аллергические и воспалительные заболевания в отоларингологической практике: что нового?
И.В. Гогунская, С.М. Пухлик 13-15
По итогам научно-практической конференции, 16-17 мая, г. Одесса

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Гепатиты, вызванные вирусами простого герпеса
И.А. Зайцев, В.Т. Кириенко.....49-50

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Анатолий Пелещук – тихая звезда киевской медицинской мысли 48

ВІСНИК АКАДЕМІЇ УСПІШНОГО ЛІКАРЯ

Невербальные аспекты в работе врача: как читать жесты и мимику пациента?
П.А. Ковальский..... 46-47

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ

Готується до друку перший в Україні «Довідник еквівалентності лікарських засобів Rx index®» 5

Современные технологии в диагностике и лечении заболеваний ЛОР-органов

16-17 мая в Одессе состоялась традиционная весенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-отоларингологов, являющаяся, пожалуй, наиболее значимым научным событием для отечественной ЛОР-службы. В этом году мероприятие отличалось обширной научной программой (было проведено 5 пленарных заседаний по основным направлениям отоларингологии), рекордным количеством участников из всех регионов страны, а также из дальнего и ближнего зарубежья. Мероприятие проходило в теплой и непринужденной атмосфере, чему способствовали неповторимый одесский колорит и солнечная майская погода.

В ходе конференции был поднят целый ряд актуальных вопросов современной отоларингологии: особое внимание уделялось заболеваниям носа и придаточных пазух, оживленная дискуссия разгорелась вокруг проблем ведения пациентов с воспалительными болезнями ротоглотки, большой интерес вызвала проблематика аллергических состояний. Докладчиками были озвучены результаты использования инновационных оперативных техник и новых лекарственных препаратов, проанализирован опыт внедрения актуальных клинических протоколов в работу ЛОР-отделений и кабинетов; кроме того, рассматривались перспективы и тенденции развития отрасли. Специалисты из Польши, Турции, Болгарии, Казахстана, Белоруссии, Молдовы представили доклады и презентации, отражающие европейский опыт лечения болезней уха, носа и околоносовых пазух и демонстрирующие современные методы оперативных вмешательств на структурах среднего уха и голосовых складках.

Проблеме риногенных орбитальных осложнений, особенностям терапии и оперативной тактики был посвящен доклад **профессора кафедры оториноларингологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктора медицинских наук Валерия Михайловича Васильева**.

– Риногенные орбитальные воспалительные процессы являются одними из наиболее грозных осложнений острых и хронических риносинуситов (РС), занимающих особое место в современной отоларингологии. Широкое использование эндоскопической техники в последние годы позволило поднять оказание помощи пациентам с риногенными орбитальными осложнениями на принципиально новый уровень. При этом дискутабельными остаются вопросы хирургической тактики, в том числе объем удаления патологических тканей, возможность одномоментного проведения нескольких оперативных вмешательств, включая септопластику и/или другие методики коррекции носового дыхания.

Наши наблюдения и опыт лечения больных с риногенными орбитальными осложнениями по праву можно считать уникальными, ведь все представленные данные были получены в Клинике ЛОР-болезней НМУ им. А.А. Богомольца, расположенной на базе Александровской клинической больницы г. Киева, где круглосуточный пункт оказания ургентной отоларингологической помощи работает уже 70 лет. Помимо ургентной помощи высококлассных ЛОР-специалистов, в нашей клинике практически постоянно доступна консультация специалистов неврологического, офтальмологического, нейрохирургического, анестезиологического, радиологического профиля и др. О масштабе деятельности нашей клиники убедительно говорят цифры: только за период с 2011 по 2015 год было госпитализировано 16 312 больных, из этого числа 74% составляют ургентные случаи. В структуре неотложной патологии ЛОР-органов лидируют болезни носа и придаточных пазух (47% случаев), глотки, уха, пищевода и гортани.

Пациенты с риногенными орбитальными осложнениями, по нашим наблюдениям, составляют в среднем 3,3% от общего количества ургентных больных с заболеваниями носа и околоносовых синусов. Наиболее часто приходится иметь дело с отеком век, диффузным негнойным воспалением клетчатки глаза, абсцессом век, субпериостальным и ретробульбарным абсцессами, флегмоной орбиты, тромбозом вен клетчатки орбиты. **Причинами возникновения орбитальных риногенных осложнений являются острые РС (76% случаев) и обострения хронических полипозно-гнойных синуситов (24%). К факторам, предрасполагающим к развитию указанных осложнений, относятся:**

• несвоевременное обращение к отоларингологу;

• неадекватная противовоспалительная терапия острого синусита;

• несвоевременное дренирование пораженного параназального синуса;

• наличие значительных нарушений внутриносовой архитектоники, сопровождающееся перманентным нарушением носового дыхания;

• тяжелые сопутствующие заболевания, ухудшающие общее состояние организма (сахарный диабет, иммунодефициты, заболевания печени и проч.).

Диагностика орбитальных риногенных осложнений в ряде случаев не представляет значительной трудности, однако выбор адекватной тактики лечения предполагает качественное ее проведение. Методы диагностики осложнений РС – общемедицинский и детальный отоларингологический осмотр, эндоскопическое обследование носовой полости, рентгенография придаточных пазух носа, СКТ, МРТ, консультации смежных специалистов (офтальмолога, невропатолога и др.).

Лечение риногенных орбитальных осложнений базируется на двух основных принципах, таких как:

• санация околоносовых пазух – безотлагательное дренирование пораженных синусов, проведение хирургических вмешательств с ревизией содержимого пазух и удалением патологически измененных тканей при гнойно-некротических процессах;

• адекватная интенсивная терапия – противовоспалительная, дегидратационная, дезинтоксикационная, противооотечная, симптоматическая.

В нашей клинике объем оперативных вмешательств при риногенных осложнениях РС сводится к первоочередной санации всех пораженных пазух и хирургической коррекции имеющихся нарушений архитектоники внутриносовых структур (ревизия остиомеатального комплекса, септопластика, кристотомия, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин и др.). Необходимость безотлагательной коррекции анатомических нарушений внутриносовых структур обусловлена высокой распространенностью последних среди пациентов с риногенными орбитальными осложнениями. Так, по нашим данным, у 81% этих пациентов имеют место искривления носовой перегородки различной степени выраженности, явления хронического ринита или патология остиомеатального комплекса; практически в 100% случаев хронического РС выявляется наличие полипозных разрастаний.

Одномоментная коррекция нарушения архитектоники носовых структур проводится большинству пациентов. Так, больным с искривленной перегородкой носа и риногенными внутриорбитальными осложнениями мы проводим септопластику и другие операции, восстанавливающие носовое дыхание более чем в 80% случаев. Этим, на наш взгляд, обусловлена высокая эффективность хирургического лечения в клинике.

Таким образом, в терапии риногенных орбитальных осложнений решающее значение имеет санация пораженного параназального синуса, при этом объем оперативного вмешательства должен зависеть от выраженности патологического процесса в пазухах носа: при незначительных нарушениях необходимо выполнять щадящие органосберегающие операции с применением эндоскопической техники, при наличии гнойно-некротических изменений показано тотальное удаление пораженных тканей. В комплексе с указанными хирургическими техниками большинству пациентов может быть рекомендована одномоментная коррекция нарушений внутриносовой архитектоники.

Заместитель руководителя Центра аллергических заболеваний верхних дыхательных путей и уха ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук Инна Владимировна Гогунская сделала акцент на новых возможностях диагностики аллергических ринитов (АР), отдельно были представлены алгоритмы оказания помощи при острых аллергических состояниях, в частности при анафилаксии.

– Распространенность сезонного АР в мире, по данным Всемирной организации здравоохранения, варьирует в пределах от 1 до 40%, круглогодичного – от 1 до 18%. Среди детей до 18 лет одной из наиболее распространенных болезней является именно АР, в целом в мире около 500 млн людей имеют это заболевание. Патогенетическая основа АР – IgE-опосредованные аллергические реакции, с развитием которых начинается формирование аллергического воспаления, то есть началом такой реакции служит встреча IgE с аллергеном – антигеном, вызывающим у сенсибилизированных людей развитие аллергического каскада. Аллергены подразделяются на эндо- и экзогенные, к последним можно отнести антигены инфекционной (микроорганизмы) и неинфекционной природы (бытовые, промышленные, лекарственные, пылевые). Аллергены также можно разделить на полные и неполные (гаптены). Полный аллерген включает в себя белок-носитель и детерминантную группу, может индуцировать образование антител и взаимодействовать с ними, тогда как гаптен представляет собой белок, не способный вызывать сенсибилизацию у предрасположенного лица, но при этом он может связываться с IgE из-за структурного подобия полному аллергену и уже при первом контакте вызывать клинические симптомы. Иммунологическую стадию аллергической реакции сменяют патохимическая и патофизическая, итогом является высвобождение медиаторов аллергии.

В современные стандарты диагностики аллергии входит аллерготестирование, которое является необходимым условием для специфического лечения аллергии, устранения обстоятельств риска контакта с аллергеном, оценки дальнейшего прогноза, ранней идентификации детей с повышенным риском аллергической патологии. Аллерготестирование следует выполнять у лиц с вероятно аллергической симптоматикой (бронхиальная астма – БА, клиническое подозрение на АР, пищевую аллергию), особенно в случае острой симптоматики, персистирующего или рецидивирующего течения болезни, необходимости в профилактической терапии. Клинический алгоритм аллерготестирования поэтапно выглядит так: изучение анамнеза и истории болезни → кожные тесты → IgE- антитела тесты → провокационные тесты. При этом менять порядок исследований нецелесообразно, а подчас и опасно. Хотелось бы напомнить, что уровень общего IgE давно утратил свое значение в диагностике аллергии: по статистике, почти у 50% пациентов с аллергическими заболеваниями данный показатель в норме при наличии повышенных специфических Ig. Кроме того, высокие концентрации общего IgE отмечаются при ряде других заболеваний (гельминтозах, аутоиммунной патологии и др.), не имеющих отношения к аллергии.

Серьезной медицинской проблемой сегодня является адекватная помощь пациентам с явлениями анафилаксии. Высокая актуальность этой проблемы обусловлена тем, что анафилактическая реакция отличается крайне быстрым прогрессированием: среднее время до наступления остановки дыхания или сердца составляет для пищевых продуктов 30 мин, для ядов насекомых 15 мин, для ятрогенных реакций 5 мин. Исследования британских ученых свидетельствуют об учащении в последние 20 лет госпитализаций по поводу анафилаксии, в европейских популяционных исследованиях распространенность анафилаксии оценивается в 0,3%, при этом летальность составляет всего 0,001%. Эти данные идут вразрез с украинскими показателями, согласно которым смертность в результате анафилаксии

наступает гораздо чаще. Причина такого несоответствия кроется в европейской практике безоговорочного использования современных алгоритмов диагностики и лечения анафилаксии, изложенных в меморандуме Европейской академии аллергии и клинической иммунологии (EAACI). В указанном документе четко определены диагностические критерии анафилаксии. Последняя очень вероятна, если совпадают любые 3 из следующих проявлений: острое начало (от нескольких минут до нескольких часов) заболевания с поражением кожи и/или слизистой оболочки (например, генерализованная крапивница, зуд, отек губ, языка, язычка) в сочетании с как минимум еще одним из таких признаков, как дыхательная недостаточность (одышка, хрипы, бронхоспазм, стридор, снижение максимальной скорости выдоха, гипоксемия), пониженное артериальное давление и/или сопутствующие симптомы дисфункции органов-мишеней (гипотония, обморок, недержание мочи и др.).

Сегодня в качестве первоочередного средства для купирования проявлений анафилаксии признан адреналин. Такая настоятельная рекомендация обусловлена многократным достоверным снижением уровня смертности при использовании адреналина в случаях диагностированной анафилаксии. Ввиду отсутствия противопоказаний к внутримышечному введению адреналина при аллергических реакциях, представляющих угрозу для жизни, это назначение является абсолютно адекватным даже при наличии сомнений у врача в правильности установленного диагноза анафилаксии. Тем не менее в отечественной практике применение адреналина при анафилаксии остается ограниченным. Такая ситуация в большинстве случаев обусловлена недостаточной осведомленностью медицинских работников о проявлениях анафилаксии и жизнеспасающей роли адреналина.

Крайне важно подчеркнуть, что не только анафилактический шок является показанием к назначению адреналина. Любые проявления анафилаксии должны стать поводом для серьезного беспокойства медицинских работников. Это обусловлено крайней непредсказуемостью развития анафилактической реакции. Необходимо помнить, что адреналин – единственный препарат, способный эффективно снижать смертность независимо от тяжести проявлений анафилаксии.

О новых подходах к лечению тонзиллитов рассказал **заведующий кафедрой ЛОР-болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Василий Васильевич Кищук**.

– Проблема острых и хронических заболеваний лимфоглоточного аппарата является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Так, до 20% пациентов, покидающих кабинет отоларинголога, имеют диагноз тонзиллита. Согласно классификации МКБ-10, тонзиллит подразделяется на острый и рекуррентный (рецидивирующий). Проблема рекуррентного тонзиллита является одной из наиболее дискутабельных в современном ЛОР-сообществе. При этом нет четких критериев диагностики и лечения данного заболевания, а проведение тонзиллэктомии зачастую базируется лишь на субъективной оценке врача в отношении состояния небных миндалин на момент обращения пациента за помощью.

Рекуррентный тонзиллит, как правило, обусловлен большим количеством бактериальных возбудителей. Атаки острого тонзиллита повторяются через определенные, часто короткие, промежутки времени. Только частота и тяжесть таких эпизодов могут служить основанием к проведению тонзиллэктомии. **К вероятным признакам рекуррентного тонзиллита можно отнести:**

– неприятный запах изо рта (халитоз) и/или привкус во рту;

– наличие казеозно-гнойных пробок и/или жидкого гноя в лакунах миндалин;

– гиперемию передних небных дужек (симптом Гизе);

– положительные симптомы Зака и Преображенского;

– рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками;

– увеличенные регионарные лимфоузлы.

Практикующим врачам важно помнить, что, несмотря на наличие характерных признаков, не существует единого специфического критерия, характерного исключительно для рекуррентного тонзиллита. Кроме того, перечисленные проявления не имеют отношения к характеристике функционального состояния миндалин.

Перед каждым отоларингологом, устанавливающим диагноз рекуррентного тонзиллита, встает вопрос выбора врачебной тактики, консервативной или оперативной. **Накопленные данные об иммунологической роли лимфоидной ткани небных миндалин позволили пересмотреть отношение к таким пациентам, в связи с чем современные тенденции лечения рекуррентного тонзиллита сегодня таковы:**

• максимально щадящее отношение к небным миндалинам ввиду того, что они являются иммунокомпетентным органом;

• тонзиллэктомия должна проводиться исключительно в случаях доказанной функциональной несостоятельности (число зафиксированных документально эпизодов острого тонзиллита составляет ≥5 за последние 12 мес).

Итак, целями консервативной терапии рекуррентных тонзиллитов должны стать контроль над эпизодами острого воспаления (максимальное сокращение их количества, после 2 лет лечения – отсутствие на протяжении ≥5 лет); улучшение качества жизни пациента.

Консервативное лечение рекуррентного тонзиллита в современных условиях должно осуществляться по трем основным направлениям, таким как:

• улучшение дренажной функции лакун небных миндалин (промывание антисептическими растворами, массаж, аспирация гнойно-казеозных масс, аппликация лекарственных препаратов на поверхность миндалин);

• нормализация локального иммунного статуса (использование препаратов широкого иммуномодулирующего спектра, физиотерапия, устранение дисбиотических нарушений);

• оптимизация общего иммунного статуса (антиоксидантная, десенсибилизирующая, регенеративная, гомеопатическая терапия).

Единственным критерием эффективности консервативного лечения рекуррентного тонзиллита можно считать уменьшение количества эпизодов заболевания (острых тонзиллитов). Следует отметить, что в большинстве случаев тонзиллэктомия не решает вопросов дальнейшего прогрессирования заболевания, не способствует улучшению прогноза и течения осложнений в виде болезней сердца, почек, суставов. Индивидуально подобранное консервативное лечение рекуррентного тонзиллита на сегодня имеет явные преимущества перед рутинным удалением небных миндалин, о чем важно помнить при лечении детей.

На особенностях клиники и лечения РС у детей остановился **руководитель отдела ЛОР-патологии детского возраста ГУ «Институт отоларингологии им. А.С. Коломийченко НАМН Украины», член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Елиазарович Тимен**.

– Начиная разговор об отличиях течения РС у детей и взрослых, надо отметить, что большинство этих отличий обусловлены особенностями анатомической структуры носа и придаточных пазух у детей. Околоносовые пазухи полностью формируются только к 10-25 годам жизни, первыми пневматизируются клетки решетчатого лабиринта, далее – верхнечелюстные и основные, последними – лобные синусы. Эти анатомические особенности очень важно учитывать, планируя оперативное вмешательство по поводу РС, даже такое малое, как пункция верхнечелюстной пазухи, ведь незрелость синуса может стать причиной врачебной неудачи и увечья ребенка.

РС детского возраста подразделяют на острые (до 1 мес), подострые (1-2 мес) и хронические (более 2 мес). Рецидивирующим можно считать РС, который возникает 2-4 раза в год, внутрибольничным – тот, симптомы которого возникают в течение 12-48 ч после поступления в стационар. По аналогии со взрослыми в детской отоларингологии в отдельную форму выделяют также одонтогенный РС.

Жалобы у детей с РС, как правило, такие же, как у взрослых. Однако клиническая картина РС у детей дошкольного возраста чаще всего не соответствует таковой у детей школьного и подросткового возраста. У дошкольников РС проявляется наличием выделений на дне полости носа и отсутствием их под средними носовыми раковинами, что обусловлено недостаточным развитием полулунной щели в этом возрасте. Выполняя риноскопию у детей, рекомендуется использовать эндоскоп, поскольку такой обзор позволит оценить состояние слизистой оболочки носа, характер и количество выделений, вид структур остиомеатального комплекса, выявить наличие гиперплазии задних концов нижних носовых раковин, а также буллезные изменения средних, осмотреть лимфоидную ткань носоглотки. Главными составляющими адекватного ведения ребенка с РС являются ранняя диагностика, полное излечение и беспункционная терапия (кроме случаев орбитальных и внутричерепных осложнений). Лечебные препараты должны назначаться только в соответствии с возрастными рекомендациями. При этом терапевтические методики в целом могут включать в себя весь «взрослый» арсенал: туалет полости носа солевыми растворами, использование антибиотиков (только при бактериальном остром РС), деконгестантов (в исключительных случаях), топических глюкокортикоидов (при необходимости), антигистаминных и противовоспалительных средств, секретолитиков, растительных препаратов комплексного действия.

Новый Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Острый риносинусит у взрослых и детей», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Украины от 11 февраля 2016 г. № 85 прокомментировал эксперт, возглавлявший рабочую группу по созданию этого документа, **главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Оториноларингология», заведующий кафедрой оториноларингологии и офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Попович**.

– Использование в рутинной врачебной практике рекомендаций нового клинического протокола призвано обеспечить оптимальный результат лечения острых РС, сократить количество осложнений и сроки лечения, предотвратить хронизацию процесса, исключить случаи полипрагмазии и, как следствие, снижение комплаентности пациентов. Важно отметить, что к основным лекарственным препаратам, доказавшим свою эффективность в лечении РС, согласно новому протоколу, отнесены антибиотики (при бактериальном генезе заболевания), топические глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства, парацетамол, комплексные фитопрепараты, средства ирригационной терапии. Примечательно, что в этом списке нет антигистаминных препаратов, включенных в рекомендательных список не действующего сегодня протокола оказания медицинской помощи пациентам с острым РС от 24.03.2009 г. № 181 и прочно вошедших в клиническую практику лечения данного заболевания.

Традиционные рекомендации обосновывали применение антигистаминных средств их способностью уменьшать отечность полости носа и придаточных пазух, «подсушивать» слизистые оболочки с нормализацией реологии назального секрета, предупреждать развитие аллергических реакций на медикаменты. Однако европейские исследования последних лет показали, что никаких оснований для подобных утверждений нет. Антигистаминные средства достоверно не влияют на течение РС, что не позволяет считать их использование соответствующим современным принципам доказательной медицины.

Таким образом, в соответствии с новыми рекомендациями рутинное назначение антигистаминных средств при РС является нецелесообразным. Показанием к применению данной группы препаратов у пациентов с диагнозом острого РС может являться лишь использование этих средств больным до начала лечения, а также сочетание РС с АР либо пересмотр диагноза в пользу последнего в процессе терапии.

Доклады, представленные в рамках прошедшей конференции, убедительно демонстрируют, что в отоларингологической службе все большее применение находят основы доказательной медицины и принцип целесообразности. Долгие годы основным, а зачастую и единственным, инструментом практикующего врача оставался личный опыт. Сегодня ситуация меняется в сторону объективизации, когда дополнительной опорой отоларинголога становится мировой, европейский и общеукраинский массив эмпирических данных, и не последнюю роль в интеграции новых принципов в рутинную практику играют такие масштабные научные мероприятия.

Подготовила **Александра Меркулова**

С.М. Гордиенко, к.м.н., г. Киев

Украинский медицинский клуб: традиции углубляются

Украинский медицинский клуб стал уникальной дискуссионной площадкой, которая дает возможность представителям отечественной элиты медицинского сообщества делиться своим опытом и обмениваться мнениями по ключевым вопросам медицины и фармацевтики – реформированию системы здравоохранения, особенностям развития, диагностики, течения и терапии различных заболеваний и др. Клубная деятельность носит многосторонний характер. Общение в формате инновационных докладов и непосредственных контактов в неформальной обстановке дополнено элементами отдыха и развлечений по окончании официальной части. Ведь, как известно, прекрасная музыка и изысканные блюда способствуют рождению новых идей.

Клуб, объединивший медицинское сообщество, поставил перед собой несколько целей – поднятие имиджа и престижа профессии, решение проблем реформирования здравоохранения, информационная и профессиональная поддержка специалистов, работающих в области здравоохранения, а также содействие внедрению новых методов и технологий.

В рамках последнего, 24-го, расширенного заседания Украинского медицинского клуба (3 июня, Fairmont Grand Hotel Kyiv, г. Киев) состоялась украино-турецкая конференция. На ней были заслушаны доклады врачей и ученых из Университета Коча (Koc University, Турция), посвященные результатам проведенной в их стране медицинской реформы и проекту Концепции развития системы здравоохранения на примере Киева. В рамках мероприятия в присутствии **посла Турецкой Республики в Украине Йонета Джана Тезеля** был подписан Меморандум о сотрудничестве между Турцией и Украиной. **Президент Украинского медицинского клуба Иван Сорока** поблагодарил гостей за поддержку, отметив, что благодаря различным международным проектам украинские и турецкие врачи имеют возможность поделиться опытом и выйти на качественно новый уровень оказания медицинской помощи.

Главный врач больницы Университета Коча Эрдал Аской рассказал об истории создания и основных направлениях деятельности некоммерческой частной больницы – Американского госпиталя г. Стамбула. Он основан в 1920 г. Марком Бристолем, контр-адмиралом Военно-морских сил США. В состав госпиталя вошла также школа медицинских сестер. Госпиталь располагает 200 койками для оказания общей и неотложной медицинской помощи, 62 – для интенсивной терапии. Ежегодно здесь в стационарах обслуживается 20 тыс. пациентов, осуществляется 10 тыс. операций, 120 тыс. больных получают помощь амбулаторно.

Университет Коча – один из самых известных и престижных университетов Турции. С целью подготовки квалифицированных специалистов для системы здравоохранения при этом учебном заведении была основана больница, ставшая своего рода исследовательской и учебной базой университета.

По сути это научно-медицинский городок площадью 220 тыс. м^2. Операционные оснащены современным высокотехнологическим оборудованием, с помощью которого специалисты могут проводить почти все известные хирургические вмешательства (сосудистая терапия, интервенционная радиология, интервенционное лечение боли, эндоскопия и экстракорпоральное оплодотворение и др.). Малоинвазивная хирургия (бронхоскопия, гистероскопия, цистоскопия и т. д.) является технологической гордостью университета.

Медицинские услуги предоставляют 335 штатных, 80 внештатных и 270 консультирующих врачей. Междисциплинарная команда специалистов разных направлений, в том числе медицинских сестер и психологов, обеспечивает непрерывность оказания квалифицированной медицинской помощи и быстрый доступ ко всем видам услуг.

Следует отметить, что в своих выступлениях турецкие врачи затронули и аспекты проведения малоинвазивных вмешательств. Так, был рассмотрен опыт использования новейших технологий при лечении простатита, аневризмы, тромбофлебита вен нижних конечностей, пораженных конечностей у пациентов с сахарным диабетом, а также в сосудистой и торакальной хирургии, педиатрической практике и онкологии, в частности при лечении колоректального рака. В качестве иллюстраций докладчики демонстрировали фото- и видеоматериалы проведенных операций, что вызвало живой интерес и дискуссию по окончании выступлений.

Э. Аской рассказал присутствующим о системе здравоохранения Турции и результатах некоторых медицинских реформ. Так, по его словам, профильное министерство берет на себя ответственность за предоставление медицинских и профилактических услуг в специализированных учреждениях; участвует в разработке нормативно-законодательных актов и контролирует их выполнение; осуществляет контроль деятельности частных медицинских центров, стоимости услуг и обеспеченности персоналом всей системы в целом. Финансирование происходит путем объединения бюджетных средств, общих налогов, сборов, выплачиваемых страховыми компаниями, а также соплатежей пациентов.

Э. Аской сообщил, что в настоящее время уровень предоставления медицинских услуг в частном секторе системы здравоохранения Турции заслуженно признан высоким. Состояние общественного здравоохранения Турции значительно улучшилось за последнее десятилетие и по многим общим индикаторам превосходит таковое в некоторых странах Европейского союза.

Как отметил докладчик, средняя продолжительность жизни в Турции стабильно возрастает, в том числе за счет значительного уменьшения количества случаев смерти среди детей раннего возраста и новорожденных. Уровень заболеваемости раком, инсультом, сахарным диабетом, сердечно-сосудистой и респираторной патологией демонстрирует стойкую тенденцию к снижению. Такие благоприятные показатели состояния здоровья населения Турции объясняются в первую очередь успехами реализованной медицинской реформы, лозунг которой звучал как «Человек – превыше всего».

Э. Аской сообщил также, что охват населения вакцинацией повысился с 78% в 2002 г. до 97% в 2011-м. Увеличилось (на душу населения) количество посещений учреждений здравоохранения (3,2 vs 8,2), а также число визитов к врачу (2,0 vs 4,9); более чем на 20% возросло количество врачей на 100 тыс. человек. Впечатляет положительная динамика показателя охвата медицинским страхованием – 69,7 vs 99,5%.

При государственной поддержке стартовала инициатива по коррекции образа жизни, в частности внедряются меры по борьбе с употреблением табака, нерациональным питанием и ожирением.

Показательным примером для подражания для нашей страны является тот факт, что в Турции после внесения законодательных изменений удалось достичь повышения уровня автономии больниц: благодаря нововведениям появилась возможность нанимать руководителей больниц на договорной основе, а врачи и медсестры получили статус государственных служащих.

Заместитель директора департамента здравоохранения, начальник управления по организации медицинской помощи Киевской городской государственной администрации Дмитрий Турчак поблагодарил турецких коллег за то, что они значительно облегчили ему презентацию проекта Концепции развития системы здравоохранения г. Киева (далее Концепция), осветив много общих принципов медицинской реформы, включая концепцию ориентированности на человека. Иными словами – все решения, касающиеся здравоохранения, должны приниматься с учетом потребностей и прав людей – как пациентов, так и медицинских работников.

По мнению Д. Турчака, модернизация оказания медицинской помощи позволит создать современную модель функционирования системы здравоохранения, которая предусматривает четкие гарантии объема медицинской помощи, финансовую защиту граждан в случае болезни, эффективное распределение ресурсов.

«Одна из первостепенных стратегических задач – определить гарантированный уровень медицинской помощи и внедрить методику расчета стоимости медицинской услуги при условии согласования таковой в Министерстве здравоохранения (МЗ) Украины»,– подчеркнул выступающий. Также он отметил, что для успешной реализации Концепции в рамках развития системы первичной медицинской помощи планируется:

- полностью оснастить учреждения первичного звена медицинским оборудованием;
- гарантировать справедливое финансирование и повышение зарплаты медицинскому персоналу (в том числе ввести подушевую форму оплаты услуг семейного врача и стимулировать повышение качества работы путем введения индикативной системы);
- обеспечить финансовую доступность медикаментов социально уязвимым слоям общества;
- гарантировать предоставление медицинских услуг с помощью групповой врачебной практики;
- предоставить возможность пациентам обслуживаться на выбор у врача-терапевта, врача-педиатра или семейного врача (внести изменения в нормативную базу МЗ Украины);
- обеспечить оказание медицинской помощи детям в возрасте до 7 лет врачами-педиатрами;
- усовершенствовать алгоритм преемственности оказания медицинской помощи на всех уровнях, четко обозначить маршрут пациента с помощью локальных протоколов.

В рамках развития вторичного звена оказания медицинской помощи, по словам докладчика, необходимы следующие меры: создание больниц интенсивного лечения, больниц планового лечения, центров реабилитации, хосписов, специализированных центров по определению профилей оказания медицинской помощи (медицинских услуг) для каждого учреждения здравоохранения, госпитального округа (округов) на основании проведенного анализа мощности коечного фонда, интенсивности больниц; оснащение их медицинским оборудованием и обеспечение территориального размещения и транспортных коммуникаций; формирование кадрового потенциала; реорганизация городских больниц в коммунальные некоммерческие предприятия.

Дмитрий Турчак призвал медицинскую общественность, субъектов хозяйствования, органы местного самоуправления и общественные организации присоединиться к обсуждению проекта и предоставить свои предложения и замечания по дальнейшему развитию муниципального здравоохранения, которые обязательно будут рассмотрены и учтены.

В заключительном слове Иван Сорока отметил, что Концепция реформирования городского здравоохранения должна быть созвучна с Концепцией реформирования здравоохранения, предложенной МЗ Украины, и подчеркнул: «Несмотря на то что Турция позже приступила к реформированию медицинской отрасли, она продвинулась дальше Украины». Достаточно только упомянуть охват населения вакцинацией на уровне практически 100% и размер заработной платы турецких врачей, которая составляет примерно 3,5 тыс. долларов.

Участники украино-турецкой конференции имели возможность пообщаться с зарубежными коллегами и в непринужденной, дружелюбной атмосфере обсудить не только наиболее острые проблемы медицины, но и результативные пути их решения.

Аллергические и воспалительные заболевания в отоларингологической практике: что нового?

Украинские отоларингологи отмечают 2016-й как год аллергических заболеваний ЛОР-органов. Действительно, затяжная весна с ранним началом обусловила огромное количество дебютов аллергического ринита (АР) и тяжелое течение заболевания у пациентов с установленным ранее диагнозом. К счастью, современная фармацевтическая промышленность может предложить врачам и пациентам эффективные средства борьбы с проявлениями аллергии, а практика внедрения отечественных клинических протоколов дает ответы на многие вопросы эффективной аллергодиагностики и рациональной терапии. Большой объем новой информации предоставляется на научных тематических мероприятиях, посещение которых позволяет отоларингологам совершенствовать навыки ведения пациентов с аллергопатологией.

Показательным примером стала ежегодная традиционная весенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-отоларингологов «Новые технологии в диагностике и лечении воспалительных и аллергических заболеваний ЛОР-органов», проходившая в Одессе 16-17 мая и собравшая беспрецедентное количество практических специалистов из всех регионов страны. Возросшее значение аллергических заболеваний в структуре ЛОР-патологии можно было оценить по количеству посвященных проблеме докладов, а также по живости дискуссии в ходе конференции. Традиционно важное место в обсуждении заняла проблема воспалительных заболеваний в отоларингологии, в том числе адекватная и современная терапия наружных и средних отитов.

Пленарное заседание конференции, посвященное современным методам диагностики и лечения аллергии, открыла **заместитель руководителя Центра аллергических заболеваний верхних дыхательных путей и уха ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук Инна Владимировна Гогунская**, которая представила несколько обширных докладов, помогающих пролить свет на природу и патогенетические механизмы развития АР. Одно из ее выступлений было посвящено возможностям диагностики и терапии АР в рутинной практике отоларинголога, а также современным медикаментозным способам коррекции симптомов аллергии.

– Согласно актуальным данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность сезонного АР (САР) среди населения различных стран колеблется от 1 до 40%, круглогодичного (КАР) – от 1 до 18%. АР является одним из наиболее распространенных заболеваний среди детей до 18 лет, в целом в мире насчитывается около 500 млн людей, имеющих те или иные симптомы болезни. Таким образом, сегодня проблема своевременной диагностики и лечения АР может считаться одной из самых актуальных в современной медицине, затрагивающей не только аллергологию и иммунологию, но и отоларингологию, терапию, педиатрию и т. д.

Патогенетическую основу АР составляют IgE-опосредованные реагиновые реакции, с развитием которых начинается формирование аллергического воспаления. Отправной точкой такой реакции служит контакт IgE с аллергеном – антигеном, вызывающим у сенсибилизированных людей развитие аллергического каскада. Аллергены подразделяются на эндо- и экзогенные; к последним можно отнести антигены инфекционной (микроорганизмы) и неинфекционной (бытовые, промышленные, лекарственные, пылевые) природы. Аллергены также можно разделить на полные и неполные (гаптены). Полный аллерген включает в себя белок-носитель и детерминантную группу, может индуцировать образование антител и взаимодействовать с ними. Гаптен представляет собой белок, не способный вызывать сенсибилизацию у предрасположенного индивида, тем не менее он может связываться с IgE из-за структурного подобия полному аллергену и вызывать клинически значимые симптомы уже при первоначальном контакте. После иммунологической стадии аллергической реакции наступают патохимическая и патофизическая, в результате которых происходит высвобождение различных медиаторов из тучных клеток и базофилов. Наиболее значимыми из них в патогенезе АР являются гистамин и серотонин. Гистамин вызывает расширение сосудов, повышает их проницаемость, что приводит к блокаде носового дыхания; усиливает секрецию желез с появлением слизистых выделений из носа, стимулирует афферентные волокна, вызывая зуд и чихание. Гистамин через афферентную стимуляцию усиливает аксонный рефлекс с местным высвобождением нейропептидов, которые, в свою очередь, вызывают дегрануляцию тучных клеток, формируют повышенную чувствительность верхних и нижних дыхательных путей к действию специфических и неспецифических факторов. Влияние серотонина в целом сходно с таковым гистамина, высока роль данного медиатора в развитии отека слизистых носовых ходов и проявлений бронхоспазма.

Результаты, полученные в ряде исследований, проведенных украинскими учеными, свидетельствуют: более чем у 50% больных аллергией установление точного диагноза и назначение эффективного лечения приходится на 2-3-й год с момента появления первых симптомов, тогда как число заболеваний, диагностированных в течение 1-го года, не превышает 20% от общего количества вновь выявленных случаев аллергии.

Поэтому основными задачами лабораторной аллергодиагностики являются:

• ранняя диагностика факта наличия аллергии как заболевания и основных аллергенов, спровоцировавших ее развитие. Решение этой задачи позволит снизить число запущенных случаев заболевания, в том числе тех, когда к первоначальным эффекторам добавились новые компоненты из числа родственных аллергенов;

• дифференциальная диагностика аллергических и сходных с ними по симптоматике и лабораторной картине заболеваний неаллергической природы, что позволит максимально повысить эффективность лечения;

• оптимизация методов выявления специфических аллергенов, вызвавших развитие патологии, и разработка методов нейтрализации их воздействия (определение возможных перекрестных реакций, рекомендации по ведению больного);

• мониторинг больных аллергией для оценки эффективности и возможной коррекции проводимого лечения.

Сегодня одним из стандартов диагностики аллергии является аллерготестирование, к которому прибегают при необходимости:

• специфического лечения аллергии (элиминация аллергена, соответствующая фармакотерапия, АСИТ);

• устранения факторов риска контакта с аллергеном;

• оценки прогноза эффективности лечения;

• ранней идентификации детей с повышенным риском аллергической патологии.

Аллерготестирование должны пройти лица с бронхиальной астмой, подозрением на АР, пищевую аллергию, особенно это актуально в случае острой симптоматики, персистирующего или рецидивирующего течения болезни, необходимости осуществления профилактической терапии.

Алгоритм диагностики следующий: изучение анамнеза и истории болезни кожные тесты тестирование на наличие специфических IgE провокационные тесты. При этом менять этапность исследований нецелесообразно, а подчас и опасно.

Хотелось бы отметить, что определение уровня общего IgE давно уже утратило свое значение в диагностике аллергии: согласно статистике почти у 50% пациентов с аллергическими заболеваниями уровень данного показателя находится в пределах нормы при повышении концентраций специфических IgE. Кроме того, увеличение уровня общего IgE отмечается при ряде других заболеваний (гельминтозы, аутоиммунная патология и др.).

Переходя к вопросу терапии аллергических заболеваний, хотелось бы отметить цели лечения АР, которые должен ставить перед собой врач:

• контроль над симптоматикой;

• профилактика возможных осложнений;

• отсутствие ограничений в повседневной, в том числе физической, активности;

• отсутствие влияния симптомов на работоспособность и обучение;

• профилактика БА;

• максимальное устранение возможных побочных реакций терапии.

В практическом плане основой ведения пациента с АР должны стать элиминационные мероприятия, направленные на устранение контакта с аллергеном. Далее рекомендуется осуществлять ступенчатую терапию в соответствии с европейскими рекомендациями ARIA. Этиопатогенетическое лечение АР (преимущественно персистирующих и тяжелых форм, сопряженных с БА), осуществляется, безусловно, специалистом-аллерголом методами аллергенспецифической иммунотерапии. В практике же отоларинголога основополагающая задача состоит в обеспечении контроля симптомов АР. При этом важную роль в фармакотерапии АР играют препараты для местного использования: топические кортикостероиды (ТКС) и антигистаминные средства. Широкие возможности современной локальной терапии сопряжены не только с высокими уровнями безопасности и комплайенса, но и с адекватным уровнем эффективности, ведь топические средства последних поколений позволяют пациентам быстро возвращаться к привычному образу жизни, забывая о симптомах аллергии. Крайне удобной является комбинация ТКС и антигистаминного средства, эксклюзивно представленная на фармацевтическом рынке в виде назального спрея Гленспрей с азеластином («Гленмарк Фармасьютикалз Лтд.», Индия). В состав комбинированного спрея входят мометазона фуроат и азеластин. Быстрый эффект антигистаминного средства в сочетании с мощным противоаллергическим действием ТКС обеспечивают не только надежную защиту от симптомов АР, но и высокий уровень комплайентности пациентов: лечение, по сути, сводится к впрыскиванию препарата в нос два раза в сутки. Общеизвестно, что пиковая эффективность ТКС отмечается через несколько дней после начала применения, что существенным образом влияет на приверженность к терапии: как правило, пациенты желают немедленно избавиться от назойливых симптомов. Азеластин в составе Гленспрея обеспечивает необходимую скорость наступления эффекта, а мометазона фуроат, в свою очередь, – полноценный эффект современного ТКС, в результате чего указанный дуэт является крайне удачным сочетанием для фармакологической коррекции симптомов АР.

О роли комбинированных топических средств в повседневной практике отоларинголога рассказал **заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик**.

– Впервые АР у взрослых чаще всего развивается в виде поллиноза, иногда после переезда в другую местность, смены места работы и т.п. Сегодня все чаще причинами развития аллергии в виде АР становятся плесневые грибы, окружающие нас в повседневной жизни ввиду большого их скопления в кондиционерах, поэтому клиника заболевания развивается не только в период обширного

Продолжение на стр. 14.

Аллергические и воспалительные заболевания в отоларингологической практике: что нового?

Продолжение. Начало на стр. 13.

цветения, но и в летнее время. Несвоевременная диагностика АР в практике отоларинголога чревата рядом осложнений, среди которых можно назвать развитие синуситов, отитов, БА, а также проведением неадекватных лечебных мероприятий, в том числе пункции верхнечелюстных пазух, аденотомии, подслизистой вазотомии нижних носовых раковин, и назначением ненужных антибиотиков, деконгестантов, фитопрепаратов, гомеопатических средств.

В настоящее время возможными способами терапии АР являются элиминация аллергена, устранение симптомов и аллерген-специфическая терапия. Последний метод является прерогативой аллергологов, а элиминация аллергена далеко не всегда возможна, поэтому на первый план в лечении АР врачом-отоларингологом, очевидно, выходит фармакологическая терапия, которая позволяет не только контролировать симптомы, но и улучшить качество жизни пациентов. За последние десятилетия эффективность и безопасность противоаллезргической фармакотерапии значительно повысились.

Важнейшим инструментом управления симптомами АР по праву считаются ТКС. Доказано, что по эффективности они существенно превосходят комбинации оральных антигистаминных средств, антагонистов рецепторов лейкотриена или любых других препаратов в виде монотерапии. При выборе оптимального ТКС нужно учитывать высокую топическую активность средства, низкую системную биодоступность и минимальный уровень возможных локальных побочных эффектов. Всеми этими достоинствами обладает современный ТКС мометазона фуроат, отличающийся наиболее высоким терапевтическим индексом среди известных ТКС для назального применения.

На сегодня в международной медицинской литературе опубликовано 256 научных работ, доказывающих высокую эффективность и безопасность мометазона фуроата в виде интраназального спрея. Среди известных ТКС мометазона фуроат имеет наиболее высокие показатели липофильности и вязкости, обеспечивающие ему высокую степень адгезии к слизистым оболочкам полости носа. Мометазона фуроат также обладает наиболее высоким профилем безопасности среди ТКС и разрешен к применению у детей с 2-летнего возраста и беременных. Фармакокинетическое исследование MFNS (2004) показало, что даже при превышении дозы препарата в 12 раз (2400 мкг/день) биодоступность мометазона фуроата сохраняется на уровне 0,46%; фактически это свидетельствует об отсутствии попадания лекарственного средства в системный кровоток.

Своеобразным ограничением популярности ТКС среди пациентов служит отсутствие мгновенного эффекта от лечения. Адекватной мерой борьбы с этим можно считать использование мометазона фуроата в комбинации с антигистаминными средствами, обеспечивающими быструю результативность терапии. Безусловно, локальное использование антигистаминных средств имеет ряд очевидных преимуществ перед системным применением, важнейшими среди которых можно считать безопасность и отсутствие седативного эффекта. Антигистаминным средством, позволяющим добиться хороших результатов при локальном применении, является азеластина гидрохлорид. Азеластин является мощным избирательным блокатором H_1-рецептора гистамина, оказывает антигистаминное, противоаллергическое и мембраностабилизирующее действие. Азеластин снижает проницаемость капилляров и экссудацию, стабилизирует мембраны тучных клеток и препятствует высвобождению биологически активных веществ (гистамина, серотонина, лейкотриенов, тромбоцитактивирующего фактора и др.), способствующих развитию аллергических реакций ранней и поздней стадий и воспаления. Азеластин практически не всасывается слизистыми носа, поэтому не оказывает системного действия и не вызывает тахифилаксии, безопасен при длительном приеме (до 8 нед). Важнейшим преимуществом препарата является быстрота действия – уже через 12-15 мин после интраназального введения уменьшаются зуд и заложенность в носу, ринорея; при этом эффект продолжается 12 ч. Возможно эмпирическое назначение азеластина, поскольку многочисленными исследованиями доказана эффективность препарата как при САР, так и при КАР. Переносимость азеластина в подавляющем большинстве случаев хорошая. В единичных случаях пациенты предъявляют жалобы на горький вкус препарата, а также на раздражение слизистой оболочки носа на месте аппликации препарата, проявляющееся чиханием, небольшим зудом и сухостью в носу, появлением небольшого количества слизистых выделений из носа.

Единственной комбинацией мометазона фуроата и азеластина сегодня является Гленспрей с азеластином. Препарат выпускается в виде назального спрея, 1 доза которого содержит 50 мкг мометазона фуроата и 140 мкг азеластина гидрохлорида. В 2011-2015 гг. в Индии было проведено масштабное многоцентровое открытое рандомизированное сравнительное исследование, целью которого было оценить эффективность, безопасность и переносимость 2 доз комбинированного препарата в режимах FDC-T1 (азеластина гидрохлорид 140 мкг и мометазона фуроат 50 мкг в виде интраназального спрея; 1 впрыскивание в каждую ноздрю 2 р/день) и FDC-T2 (азеластина гидрохлорид 140 мкг и мометазона фуроат 50 мкг в виде интраназального спрея; 2 впрыскивания в каждую ноздрю 1 р/день) в сравнении с монотерапиией: режим R1 (азеластина гидрохлорид 1 мг/мл в виде назального спрея; 1 впрыскивание в каждую ноздрю 2 р/день) и R2 (мометазона фуроат 50 мкг в виде назального спрея; 2 впрыскивания в каждую ноздрю 1 р/день) у больных с САР. В общей сложности в исследовании приняли участие 560 пациентов. По результатам работы сообщалось, что у пациентов с САР исследуемый комбинированный интраназальный спрей, состоящий из азеластина гидрохлорида 140 мкг и мометазона фуроата 50 мкг, оказался клинически более эффективным, чем каждый препарат в отдельности.

Наши собственные наблюдения пока носят достаточно ограниченный характер ввиду недавнего появления Гленспрея с азеластинорм на фармацевтическом рынке Украины. Тем не менее у 15 наблюдаемых нами больных препарат успешно устранил все симптомы АР (как САР у 5 пациентов, так и КАР у 10 участников) уже в течение первых суток, что значительно быстрее, чем при монотерапии мометазоном. У лиц с гиперсекрецией отмечено быстрое стихание симптомов ринореи, что, вероятно, объясняется действием азеластина.

Таким образом, применение Гленспрея с азеластином является оправданной мерой в лечении пациентов с АР. Обширная доказательная база, накопленная в отношении мометазона фуроата и азеластина, гарантирует максимально возможную на сегодня эффективность Гленспрея с азеластином в управлении симптомами АР, а также благоприятный профиль безопасности.

В последние годы в медицинском мире отмечается яркая тенденция к борьбе с полипрагмазией, являющейся не только источником лекарственных взаимодействий, но и причиной снижения приверженности пациентов к лечению. Комбинированные препараты позволяют обеспечить максимальную комплаентность, а оптимизация форм выпуска медикаментозных средств в пределах одной лекарственной формы устраняет возможность нежелательного взаимодействия компонентов. Сегодня тенденция сочетать различные препараты «в одном флаконе» прочно укоренилась в производстве антигипертензивных, кардиотропных и противоаллергических препаратов, продолжением этого направления можно считать создание Гленспрея с азеластином компанией «Гленмарк», уже имеющей опыт разработки безаналоговых комбинаций лекарственных средств. Примером последних может служить Гленцет Эдванс (левоцетиризин + монтелукаст) и Кандибиотик, хорошо знакомый каждому практикующему отоларингологу препарат для местной терапии отитов.

На пленарном заседании, посвященном заболеваниям уха, **профессор С.М. Пухлик** поделился информацией о возможностях локальной терапии отитов.

– В отоларингологической практике воспалительные заболевания наружного и среднего уха ввиду частоты во всех возрастных группах являются важной в социальном и клиническом отношении проблемой. Помимо риска развития различной степени тугоухости, граничащей с глухотой, эта патология может вызвать тяжелые и даже смертельные внутричерепные осложнения. Лечение наружного и среднего отитов должно представлять собой комплекс адекватных местных и общих терапевтических мероприятий. При этом системные антибиотики следует назначать по строгим показаниям, их антимикробный спектр должен быть адекватным, а используемые дозировки и продолжительность лечения – оптимальными. Наряду с обязательной санацией верхних дыхательных путей, особенно носоглотки, существенное внимание следует уделить грамотному адекватному подбору лекарственных препаратов, действующих локально. Большинство используемых в оториноларингологии местных лекарственных средств для борьбы с воспалительными процессами в ухе имеют определенные ограничения к применению, так как ориентированы на борьбу или с грибковой флорой, или с определенными типами бактерий. И это при том, что большинство исследователей склоняются к мнению, что воспалительные процессы в ухе чаще всего первоначально провоцируются вирусными агентами, а затем – бактериально-бактериальными и бактериально-грибковыми ассоциациями. Безусловно, наличие признаков воспаления в слуховом проходе и/или явления миринтита мало что могут сказать о составе флоры в очаге воспаления. Именно поэтому крайне важным моментом в местной терапии отитов является подбор средства, имеющего максимальный спектр эффективности. Кроме того, существенным фактором, обеспечивающим точное выполнение рекомендаций врача и достаточный уровень комплайенса, является адекватное и быстрое обезболивание, ведь болевой синдром при средних и наружных отитах, как известно, зачастую имеет высокий уровень интенсивности.

В отношении соответствий указанным требованиям заслуживает внимания препарат Кандибиотик – комбинированное лекарственное средство для местного применения, в состав которого входят 4 эффективных компонента разнонаправленного действия: хлорамфеникол (антибиотик широкого спектра действия, охватывающий практически всех возможных возбудителей острого наружного и среднего отитов), клотримазол (антимикотик), беклометазона дипропионат (препарат кортикостероидного ряда) и лидокаин (анестетик). Содержание лидокаина в составе Кандибиотика составляет 20 мг на 1 мл препарата, что превышает таковое во многих известных аналогах. Мощное антимикробное действие обеспечивается сочетанием двух компонентов – хлорамфеникола и клотримазола (последний является не только противогрибковым препаратом, но и противомикробным средством, активным в отношении простейших). Беклометазон оказывает выраженное противовоспалительное, противоотечное и противозудное действие. Помимо этого в состав Кандибиотика входит вспомогательное вещество – пропиленгликоль, который потенцирует эффективность основных действующих веществ за счет повышения поступления в глубокие слои кожи.

Для оценки эффективности местной терапии наружного и среднего отитов нами были проведены обследование и лечение 4763 больных в возрасте от 16 до 78 лет (средний возраст – 36,4 года) в различных областях Украины. Все пациенты получали лечение согласно протоколу (2009) терапии указанных заболеваний. В качестве средства местной терапии отитов применялся препарат Кандибиотик 3-4 р/сут. Динамика жалоб оценивалась с помощью анкетирования пациентов, отоскопическая картина служила критерием эффективности по мнению лечащих врачей. Подавляющее большинство пациентов отмечали быстрое устранение боли (96%), зуда (74%), снижения слуха (78%), выделений из уха (71%). По оценке врачей, среди обследованных и пролеченных с помощью препарата Кандибиотик больных не отмечалось случаев хронизации процесса, перехода воспаления на лабиринт или лицевой нерв, а также развития внутричерепных осложнений. Переносимость терапии Кандибиотиком тоже оказалась на высоком уровне: зарегистрировано всего 38 (0,8%) случаев отмены данного лекарственного средства, произошедших исключительно вследствие развития местной аллергической реакции, что, на наш взгляд, вполне ожидаемо с учетом состава препарата и является весьма незначительным показателем. По нашему мнению, препарат Кандибиотик можно с успехом назначать при наружном и остром среднем отите с неповрежденной барабанной перепонкой.

Таким образом, применение инновационных фармацевтических продуктов сегодня существенным образом облегчает жизнь не только пациентов, но и врачей. Компания «Гленмарк», имеющая в своем портфеле обширный перечень респираторных и отоларингологических препаратов, является не просто одним из лидеров фармацевтического рынка Украины, но и общепризнанным новатором, с производственных конвейеров которого сходят не имеющие аналогов комбинации, позволяющие эффективно бороться с полипрагмазией, низкой приверженностью к терапии и дороговизной лечения. Интерес к продуктам компании, продемонстрированный в ходе главного события для всех украинских отоларингологов, говорит о том, что препараты компании востребованны, узнаваемы, а их эффекты – понятны и прогнозируемы.

Подготовила ***Александра Меркулова***

17 мая 2016г., после закрытия конференции Украинского научного медицинского общества врачей-отоларингологов «Новые технологии в диагностике и лечении воспалительных и аллергических заболеваний ЛОР-органов», компания «Гленмарк» провела круглый стол с ведущими специалистами-отоларингологами Украины и зарубежными гостями. В ходе дискуссии были определены ключевые моменты в отношении фиксированных комбинаций в терапии АР.

РЕЗОЛЮЦИЯ СОВЕТА ЭКСПЕРТОВ

Рекомендации по подходу к лечению пациентов с аллергическим ринитом

Одесса, 17 мая 2016 г.

Данная резолюция носит рекомендательный характер и посвящена актуальным вопросам рационального применения комбинированных лекарственных средств.

Относительно применения новой фиксированной комбинации мометазона фуроата и азеластина гидрохлорида в терапии пациентов с аллергическим ринитом (АР).

1. Топические кортикостероиды, антигистаминные препараты, модификаторы лейкотриенов используются на разных стадиях терапии в зависимости от степени тяжести симптомов АР. При среднетяжелых и тяжелых симптомах АР обоснованна комбинированная терапия, учитывающая разные пути реализации аллергического воспаления.

2. В случае необходимости комплексного подхода в лечении для улучшения комплайенса и достижения лучшего лечебного эффекта предпочтительными являются комбинированные препараты.

3. Важным фактором, значительно улучшающим качество жизни пациента и формирующим приверженность к дальнейшему лечению, является быстрый эффект от стартовой патогенетической терапии.

4. Новая фиксированная комбинация в 1 дозе назального спрея мометазона фуроата 50 мкг и азеластина гидрохлорида 140 мкг может быть рекомендована для стартовой топической терапии среднетяжелых и тяжелых обострений сезонного АР, а также для усиления базисной терапии в случае недостаточного контроля симптомов АР на весь период контакта с аллергеном.

5. Переход на монотерапию мометазоном или азеластином может рассматриваться как «шаг вниз» после терапии фиксированной комбинацией.

6. Рекомендовать учесть критерии включения данной комбинации в национальные клинические протоколы по АР.

Относительно применения фиксированной комбинации монтелукаста натрия и левоцетиризина

7. Для усиления базисной терапии в случае недостаточного контроля симптомов АР топическими стероидами и антигистаминными препаратами обосновано назначение комбинированной системной терапии, в частности комбинации монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг.

8. При сочетании симптомов АР с бронхиальной астмой предпочтительно назначение комбинированной системной терапии, в частности комбинации монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг.

9. В случае выраженного искривления носовой перегородки и других анатомических особенностей, препятствующих оптимальному распределению топических назальных препаратов, обоснованным является назначение комбинированной системной терапии, в частности комбинации монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг.

10. Выраженная ринорея может снижать эффективность топических интраназальных препаратов при АР. При выраженной ринорее обосновано усиление терапии препаратами системного действия, в частности комбинацией монтелукаста 10 мг и левоцетиризина 5 мг.

11. Совместное с аллергологом ведение пациентов с АР. При выявлении поливалентной сенсибилизации на период активной поллинации обоснованным является назначение комплексной системной терапии с учетом и лейкотриеновых, и гистаминовых звеньев патогенеза, а также топической терапии, в частности комбинации мометазона фуроата и азеластина гидрохлорида 2 р/сут по 1 впрыскиванию в каждую половину носа.

Данная резолюция носит рекомендательный характер с целью оптимизации подходов к лечению пациентов с сезонным АР в практике отоларингологов, аллергологов, терапевтов, педиатров и семейных врачей.

Участники круглого стола считают целесообразным учитывать данную резолюцию в практической деятельности отоларингологов, аллергологов, врачей семейной медицины, терапевтов.

Федор Алексеевич Тышко
академик Академии наук высшей школы Украины, д.м.н., профессор

Григорий Елизарович Тимен
член-корреспондент НАМН Украины, д.м.н., профессор

Райс Кажженович Тулебаев
академик Национальной академии наук Казахстана, д.м.н.

Василий Иванович Попович
д.м.н., профессор

Рустем Адильевич Абызов
д.м.н., профессор

Александр Николаевич Науменко
д.м.н., профессор

Сергей Борисович Безшапочный
д.м.н., профессор

Василий Васильевич Кищук
д.м.н., профессор

Анатолий Лукьянович Косаковский
д.м.н., профессор

Сергей Михайлович Пухлик
д.м.н., профессор

Инна Владимировна Гогунская
д.м.н.

Марина Борисовна Самбур
д.м.н.

АНОНС

XVIII щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція

«Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання)

21-23 вересня, м. Львів

На конференції будуть розглянуті такі питання:

• сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною та її вигодовування;

• проблеми діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку.

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

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

Заявки на участь (автори, назва доповіді, установа, місто, прізвище доповідача, телефон, поштова та електронна адреса) просимо надсилати на адресу: *02125, м. Київ, просп. Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2*, завідувачу кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, члену-кореспонденту НАМН України, професору **Волосовцю Олександру Петровичу** до 1 червня або на електронну адресу: *krivopustov@voliacable.com*.

АНОНС

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України»
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
Харківський національний медичний університет МОЗ України

Щорічна науково-практична конференція з міжнародною участю

«Ендокринна патологія у віковому аспекті»

24-25 листопада, м. Харків

Місце проведення конференції: Харківський національний медичний університет МОЗ України (просп. Науки, 4, корпус «Б»).

Пріоритетні питання конференції:

- Вплив вікового фактору на формування та характер перебігу ендокринної патології
- Сучасні підходи до діагностики, лікування й реабілітації хворих з ендокринною патологією дитячого, підліткового, репродуктивного та похилого віку
- Удосконалення медичної допомоги населенню з ендокринною патологією з урахуванням вікових особливостей структури та перебігу ендокринопатій

За матеріалами конференції передбачено видання збірника тез.

Оргкомітет:
61002, м. Харків, вул. Алчевських, 10, ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України»
Тел.: (057) 700-45-39, тел./факс: (057) 700-45-38; e-mail: org@ipep.com.ua

Відповідальна особа
Козаков Олександр Вікторович
Тел.: (067) 571-86-00

Обновленное клиническое руководство Американской академии отоларингологии, хирургии головы и шеи по лечению экссудативного среднего отита

Клиническое руководство по лечению экссудативного среднего отита (ЭСО), подготовленное экспертами Американской академии отоларингологии, хирургии головы и шеи (AAO-HNS) в содружестве со специалистами Американской академии педиатрии и Американской академии семейных врачей, впервые было опубликовано в 2004 г.
В 2016 г. указанные авторитетные организации представили обновление данного руководства, содержащее научно обоснованные рекомендации по ведению пациентов с ЭСО и базирующееся на новых данных 20 систематических обзоров и 49 рандомизированных клинических исследований.

Введение

ЭСО определяется как наличие жидкости в среднем ухе без признаков и симптомов острого воспалительного процесса в нем (рис. 1). Данное заболевание настолько широко распространено, что его часто называют «профессиональным риском детей младшего возраста», т. к. более 90% детей переносят ЭСО в дошкольном возрасте, в среднем регистрируется 4 эпизода ЭСО в течение года.

Рис. 1. Строение среднего уха
ЭСО развивается, когда в полости среднего уха скапливается жидкость; в норме полость среднего уха заполнена воздухом

В отличие от ЭСО острый средний отит (ОСО) характеризуется наличием воспаления в среднем ухе, наиболее частыми клиническими проявлениями которого являются боль и пролабирование барабанной перепонки. Воспользовавшись более простой и доступной терминологией, можно сказать, что ЭСО – это «жидкость в ухе», а ОСО – «ушная инфекция» (рис. 2).

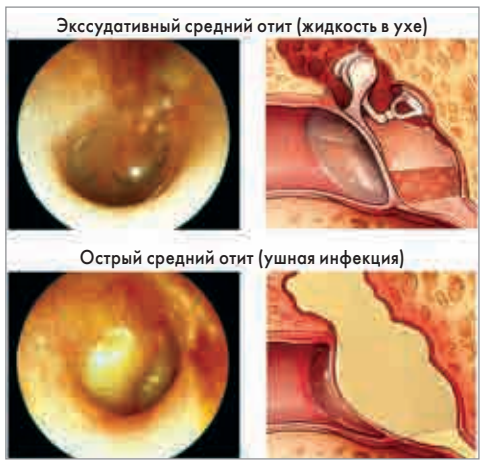


Рис. 2. Отоскопическая картина при ЭСО и ОСО
Рисунки слева демонстрируют внешний вид барабанной перепонки при отоскопии; на рисунках справа схематично изображена полость среднего уха. При ЭСО полость среднего уха заполнена слизью или жидкостью; при ОСО в ней присутствует гнойное содержимое, из-за высокого давления барабанная перепонка выбухает наружу

ЭСО может развиваться на фоне острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, спонтанно возникать при ухудшении функционирования евстахиевой трубы (рис. 3), а также формироваться в качестве вторичного воспалительного ответа после перенесенного ОСО. ЭСО – это удел детей в возрасте от 6 мес до 4 лет; в течение 1-го года жизни эпизод ЭСО переносят около 50% новорожденных, на 2-м году жизни этот показатель возрастает до 60%.

Рис. 3. Расположение евстахиевой трубы, соединяющей полость среднего уха и носоглотку
У детей евстахиевая труба короче, расположена более горизонтально, что делает ее менее эффективной в вентиляции и защите среднего уха по сравнению с евстахиевой трубой взрослого человека

Большинство эпизодов ЭСО разрешается спонтанно спустя 3 мес, но в 30-40% случаев течение заболевания становится хроническим, в 5-10% в течение 1 года развивается рецидив ЭСО. Длительное нахождение жидкости в полости среднего уха, характерное для ЭСО, приводит к снижению подвижности барабанной перепонки и служит барьером для проведения звука. В 25% случаев длительность одного эпизода ЭСО составляет ≥3 мес и ассоциирована со снижением остроты слуха, нарушением равновесия, плохой успеваемостью в школе, появлением поведенческих нарушений, дискомфортом в ухе, рецидивами ОСО, ухудшением качества жизни. Несколько реже ЭСО может спровоцировать появление структурных повреждений барабанной перепонки, требующих проведения хирургического вмешательства.

Высокая распространенность ЭСО, сложность ранней диагностики и правильной оценки длительности заболевания, а также ЭСО-ассоциированная тугоухость могут оказать потенциальное негативное влияние на развитие ребенка.

Целевая популяция пациентов, для которой разработано это руководство, представлена детьми в возрасте от 2 мес до 12 лет, страдающими ЭСО с/без инвалидности, а также состояний, предрасполагающих к возникновению ЭСО или его осложнений. Данный возрастной ценз был сделан для согласования положений ранее опубликованного руководства и соответствия критериям включения, использовавшихся в большинстве исследований, проведенных с участием больных ЭСО.

Ключевые положения

Положение 1a. Пневматическая отоскопия. Для верификации диагноза ЭСО у детей клиницистам следует подтвердить наличие экссудата в среднем ухе при помощи пневматической отоскопии *(сильная рекомендация).*

Положение 1b. Пневматическая отоскопия. Для верификации диагноза ЭСО у детей с оталгией и/или снижением остроты слуха клиницистам следует выполнить пневматическую отоскопию *(сильная рекомендация).*

Данная рекомендация направлена на повышение качества диагностики ЭСО посредством одобрения использования пневматической отоскопии в качестве диагностического метода 1-й линии. Точная диагностика позволит избежать получения ложноотрицательных результатов, т. к. ЭСО может протекать бессимптомно и не сопровождаться изменениями барабанной перепонки; вместе с тем проведение пневматической отоскопии сопряжено со снижением вероятности получения ложноположительных результатов, вызванных поверхностными изменениями или аномалиями барабанной перепонки, не сопровождающимися скоплением экссудата в полости среднего уха.

В ранее опубликованном руководстве по лечению ЭСО подчеркивалась необходимость его точной диагностики, а также рекомендовалось обязательное проведение дифференциального диагноза с ОСО. Характерной чертой этих 2 заболеваний является наличие жидкости в полости среднего уха, однако, ОСО ассоциирован с пролабированием барабанной перепонки и наличием признаков воспаления (боль, температура, гиперемия, оторея), тогда как при ЭСО барабанная перепонка остается неповрежденной и не имеет признаков или симптомов острого воспалительного процесса. Наибольшей диагностической ценностью в установлении диагноза ЭСО обладает пневматическая отоскопия, т. к. барабанная перепонка может находиться в нейтральном или втянутом положении, а единственным признаком скопления экссудата будет снижение подвижности барабанной перепонки.

Пневматическая отоскопия рекомендуется в качестве инструментального метода исследования 1-й линии для диагностики ЭСО, т. к. уменьшение подвижности барабанной перепонки тесно связано с наличием экссудата в полости среднего уха. Даже если при первичном осмотре пузырьки или уровень жидкости обнаруживаются за барабанной перепонкой, пневматическая отоскопия является подтверждающим методом объективного обследования, позволяющим четко дифференцировать поверхностное повреждение от истинного ЭСО. Систематический обзор, посвященный анализу информативности 9 различных методов исследования, применяющихся для диагностики ЭСО, доказал, что пневматическая отоскопия обладает наилучшими показателями чувствительности (94%) и специфичности (80%) по сравнению с миринготомией, использовавшейся в качестве золотого стандарта диагностики ЭСО. Установлено, что пневматическая отоскопия улучшает качество диагностики ЭСО даже при ее осуществлении опытными клиницистами.

В случаях, когда проведение пневматической отоскопии невозможно, повысить диагностическую ценность обследования можно посредством тимпанометрии, как указано в следующей рекомендации.

Положение 2. Тимпанометрия. Клиницистам следует выполнить тимпанометрию детям с подозрением на ЭСО, у которых диагноз остается неясным даже после проведения (или попытки выполнения) пневматической отоскопии *(сильная рекомендация).*

Целью данной рекомендации является содействие активному применению тимпанометрии в качестве объективного метода диагностики ЭСО – как с целью подтверждения данных пневматической отоскопии, так и в качестве альтернативы отоскопии (в тех случаях, когда визуализация барабанной перепонки затруднена). Тимпанометрия может объективно оценить подвижность барабанной перепонки у пациентов, трудно поддающихся объективному исследованию или не переносящих инсуфляцию воздуха.

Тимпанометрия является полезным методом исследования, дополняющим пневматическую отоскопию, т. к. она предоставляет объективные данные о состоянии среднего уха. Несмотря на то, что пневматическая отоскопия рекомендуется в качестве инструментального метода обследования 1-й линии, в условиях реальной клинической практики ее специфические характеристики, такие как точность и достоверность, значительно варьируют. Связывают это с тем, что все исследования, анализировавшие эффективность и воспроизводимость данного метода, проводились с участием высококвалифицированных отоларингологов, обладающих специальными навыками и/или имеющих большой практический опыт. В действительности диагноз ЭСО устанавливается врачами общей практики, которые не являются сведущими отоларингологами и не пользуются пневматическими отоскопами. В настоящее время нет результатов клинических исследований, в которых бы сопоставлялась эффективность тимпанометрии, использовавшейся в качестве основного или дополнительного метода обследования, с пневматической отоскопией. Рекомендуется прибегнуть к проведению тимпанометрии, когда диагноз ЭСО остается неясным после проведения или попытки выполнения пневматической отоскопии. Нестандартные ситуации, при которых целесообразно проведение тимпанометрии:

- ребенок не переносит пневматическую отоскопию;
- невозможно провести пневматическую отоскопию из-за отсутствия необходимых навыков или специфического оборудования;
- сложность визуализации барабанной перепонки из-за серных пробок, частично обтурирующих просвет ушного канала, которые не могут быть легко удалены врачом общей практики;
- сложность визуализации барабанной перепонки из-за выраженной узости или стеноза наружного слухового прохода (синдром Дауна);
- неопределенность в отношении наличия/отсутствия ЭСО по причине неоднозначных результатов пневматической отоскопии;
- необходимо или желательно исключить ЭСО у детей из группы высокого риска;
- необходимо или желательно подтвердить ЭСО перед проведением хирургического вмешательства.

Положение 3. Отрицательные результаты аудиологического скрининга новорожденных. Клиницистам следует зафиксировать в медицинской документации рекомендации, данные родителям детей с ЭСО и отрицательными результатами аудиологического скрининга, относительно важности дальнейшего диспансерного наблюдения для подтверждения восстановления остроты слуха после разрешения ЭСО и профилактики изменений, лежащих в основе нейросенсорной тугоухости *(обычная рекомендация).*

Целью данной рекомендации является снижение вероятности неправильной/поздней диагностики нейросенсорной тугоухости, трактовки отрицательных результатов аудиологического скрининга новорожденных исключительно как ЭСО и пренебрежения дальнейшим обследованием. Подчеркивается важность дальнейшего диспансерного наблюдения после получения отрицательных результатов аудиологического скрининга, необходимость обучения родителей, а также лиц, ухаживающих за больными детьми, и предоставления информации о возможных причинах неудачного обследования, снижения остроты слуха. Аудиологический скрининг новорожденных, направленный на ранее выявление тугоухости, основывается на предположении, что хирургическое вмешательство, проведенное до достижения ребенком 6 мес, может уменьшить потенциальное негативное воздействие утраты слуха на становление речи и овладение языковыми навыками.

1. Консультация отоларинголога показана всем детям с верифицированной стойкой потерей слуха после получения отрицательных результатов аудиологического скрининга, даже если причина этих нарушений является вторичной по отношению к ЭСО.

2. Детям в возрасте ≥6 мес с верифицированным двусторонним ЭСО, длящимся ≥3 мес и сопровождающимся снижением остроты слуха, следует предложить оперативное вмешательство с целью имплантации тимпаностомических трубок.

3. Введение тимпаностомических трубок для более быстрого выведения экссудата и восстановления остроты слуха может персонифицировано рекомендоваться детям с тяжелой тугоухостью (наличие которой не объясняется только развитием ЭСО), отягощенным анамнезом в отношении нейросенсорной тугоухости, имеющим какой-либо из факторов риска.

4. Решение об установке тимпаностомических трубок или не использовании данного метода лечения должно быть аргументировано родителям, членам семей пациентов и приниматься совместно с ними.

Факторы риска задержки развития детей с ЭСО:

- стойкая утрата слуха вне зависимости от наличия ЭСО;
- вероятная или стойкая задержка развития речи;
- аутизм и другие аутистические расстройства;
- генетические аномалии (например, синдром Дауна) или черепно-лицевая патология, затрагивающие когнитивные навыки, провоцирующие появление проблем со становлением речи, овладением языковыми навыками;
- слепота или некорригируемое снижение остроты зрения;
- незаращение твердого неба с/без наличия ассоциированных с этой патологией синдромов;
- задержка психического развития.

Положение 4a. Выявление пациентов из группы риска. Клиницистам следует определить, находится ли ребенок с ЭСО в группе риска возникновения проблем со становлением речи, овладением языковыми навыками и приобретением знаний из-за наличия ЭСО, на основании исходных сенсорных, физических, когнитивных способностей или поведенческих особенностей *(обычная рекомендация).*

Положение 4b. Обследование пациентов из группы риска. Клиницистам требуется обследовать пациентов из группы риска при включении в нее больных детей, особенно при принятии детей в возрасте 12-18 мес (если диагноз установлен в этот временной период; *обычная рекомендация).*

Такие рекомендации подчеркивают важность выявления детей с сопутствующими заболеваниями, что обеспечивает своевременность терапевтического вмешательства по поводу ЭСО и гарантирует, что данное заболевание не будет пропущено или не диагностировано в столь уязвимой популяции. Включение ребенка в группу риска позволяет персонифицировать врачебное воздействие с целью уменьшения потенциально негативного влияния ЭСО-ассоциированного снижения остроты слуха на развитие речи, языковых навыков и когнитивных функций.

Положение 5. Скрининг здоровых детей. Клиницистам не нужно рутинно обследовать на наличие ЭСО детей, не входящих в группу риска и не имеющих симптомов, характерных для этого заболевания (снижение остроты слуха, затруднение поддержания равновесия, плохая успеваемость в школе, поведенческие нарушения или ощущение дискомфорта в ушах) *(обычная рекомендация, против проведения скрининга).*

Данная рекомендация предотвращает проведение ненужных обследований, последующих врачебных консультаций, предупреждает возникновение тревожности у детей и родителей, позволяет избежать лишних расходов по выявлению этого широко распространенного заболевания, часто протекающего бессимптомно и склонного к самостоятельному разрешению.

Положение 6. Обучение пациентов. Клиницистам следует предоставлять обучающую информацию семьям, в которых есть дети с ЭСО, о естественном течении заболевания, необходимости дальнейшего диспансерного наблюдения и возможных осложнениях *(обычная рекомендация).*

Данная рекомендация подчеркивает важность обучения пациентов и членов их семей для улучшения исходов заболевания посредством совместного принятия решений. Такая информация может быть представлена в письменной или устной форме и должна раскрывать ответы на общие вопросы и опасения, которые могут возникнуть у членов семей и лиц, ухаживающих за детьми с ЭСО.

Факторы риска развития ЭСО

ЭСО – это широко распространенное заболевание, которое поражает около 60% детей <2 лет. Распространенность данной патологии выше у детей с пороками развития, например синдромом Дауна или незаращением твердого неба. ЭСО может развиваться во время или после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции, самопроизвольно возникать при нарушении функции евстахиевой трубы, а также являться следствием ОСО. Категорией, в наибольшей степени подверженной развитию ЭСО, являются дети, т. к. наблюдается прямая зависимость между возрастом и углом наклона евстахиевой трубы. Также к факторам, увеличивающим риск развития ЭСО, относят пассивное курение, мужской пол и посещение детских дошкольных учреждений. Большое значение имеют генетическая предрасположенность и возраст <5 лет. Вероятность возникновения ЭСО минимальна у детей, находящихся на грудном вскармливании, и снижается по мере продолжительности пребывания на естественном вскармливании.

Положение 7. Выжидательная тактика. Клиницистам следует назначать медикаментозное лечение детям с ЭСО, не входящим в группу риска, после завершения 3-месячного выжидательного периода с момента появления экссудата (если дата его возникновения известна) или через 3 мес от момента установления диагноза (если срок начала заболевания не известен; *сильная рекомендация).*

Данная рекомендация направлена на избежание ненужных консультаций, обследований и хирургических вмешательств у детей с кратковременным ЭСО. Выжидательная тактика базируется на способности ЭСО к саморазрешению, которая была подтверждена результатами многих когортных и рандомизированных исследований.

Положение 8a. Стероиды. Клиницистам следует рекомендовать воздерживаться от назначения интраназальных или системных стероидов для лечения ЭСО *(сильная рекомендация, против назначения стероидов).*

Положение 8b. Антибиотики. Клиницистам следует рекомендовать воздерживаться от применения системных антибактериальных препаратов для лечения ЭСО *(сильная рекомендация, против назначения антибиотиков).*

Положение 8c. Антигистаминные препараты или деконгенстанты. Клиницистам следует рекомендовать воздерживаться от использования антигистаминных препаратов и/или деконгестантов в лечении ЭСО *(сильная рекомендация, против назначения антигистаминных средств и деконгестантов).*

Данные рекомендации направлены на снижение вероятности использования неэффективных и потенциально опасных медикаментов для лечения ЭСО в тех случаях, когда применение препаратов не обеспечит долгосрочной пользы. Лекарственные средства на протяжении многих лет использовались для лечения ЭСО с целью улучшения качества жизни и снижения необходимости в проведении инвазивных хирургических вмешательств. Однако в практическом руководстве, опубликованном в 2014 г., были представлены весомые доказательства, не поддерживающие рутинное использование стероидов (интраназальных и системных), антимикробных препаратов, антигистаминных средств и деконгестантов в лечении ЭСО.

Положение 9. Аудиологический тест. Клиницистам нужно исследовать остроту слуха, используя соответствующие возрастные нормы, при персистировании ЭСО на протяжении ≥3 мес или ЭСО любой длительности у детей из группы высокого риска *(обычная рекомендация).*

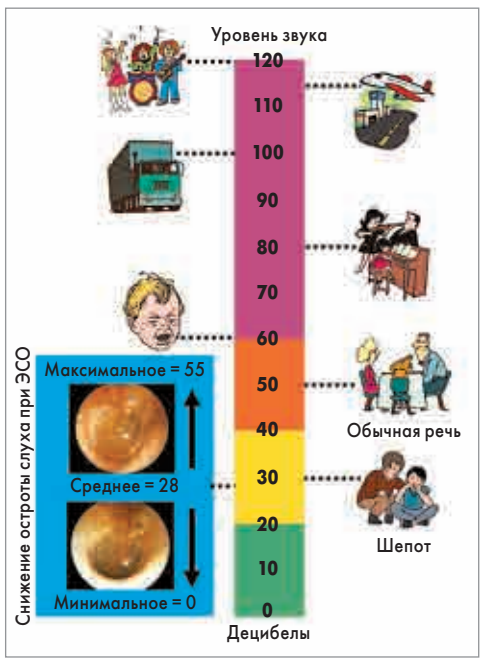


Рис. 4. Острота слуха
Средняя острота слуха между 0 и 20 дБ является нормальной (зеленая зона), 21-40 дБ – легкая тугоухость (желтая зона), 41-60 дБ – умеренная тугоухость (красная зона), ≥61 дБ – тяжелая тугоухость или глухота (фиолетовая зона)

Данная рекомендация направлена на одобрение исследования остроты слуха у младенцев и детей в качестве важного фактора, подтверждающего диагноз ЭСО, до трансформации заболевания в хроническую форму или до того, как ребенок станет кандидатом для имплантации тимпаностомической трубки.

Положение 10. Речь и языковые навыки. Клиницистам следует сообщать семьям, в которых есть дети, страдающие двусторонним ЭСО с верифицированным снижением остроты слуха, о потенциальном влиянии данного заболевания на речь и развитие языковых навыков *(обычная рекомендация).*

Данная рекомендация подчеркивает важность предоставления семьям информации о потенциальном влиянии ЭСО-ассоциированной тугоухости на развитие речи и становление речевых навыков. Наиболее значимое негативное влияние ЭСО отмечается при рецидивирующем или персистирующем течении заболевания, а также при возникновении патологии в раннем детском возрасте.

Клиницистам следует быть чрезвычайно внимательными при обследовании пациентов с задержкой развития речи или высоким риском возникновения таких проблем, особенно если в анамнезе есть указания на двустороннюю тугоухость (с/без ЭСО). При осмотре детей дошкольного возраста, страдающих ЭСО и тугоухостью, клиницистам следует опросить родителей или лиц, осуществляющих уход за ребенком, касательно каких-либо опасений по поводу задержки развития речи. Врачам нужно задать основные вопросы, характеризующие развитие речи ребенка, становление его речевых навыков, и сравнить их с возрастными нормативами.

Клиницисты могут использовать результаты опроса родителей или более официальный скрининг-тест для получения объективного представления об уровне развития речевых навыков пациентов. При выявлении задержки или нарушения развития по данным комплексного тестирования рекомендуется сразу начать лечение с целью улучшения долгосрочного прогноза.

Положение 11. Диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим ЭСО. При диагностике тугоухости, выявлении структурных аномалий барабанной перепонки или среднего уха у детей с хроническим ЭСО, врачам следует проводить повторные осмотры с 3- и 6-месячными интервалами до констатации факта отсутствия жидкости в полости среднего уха *(обычная рекомендация).*

Данная рекомендация позволяет избежать развития осложнений хронического ЭСО и способствует раннему выявлению детей с клиническими проявлениями заболевания, требующими проведения хирургического вмешательства. У детей с хроническим течением ЭСО возможно развитие структурных изменений барабанной перепонки, снижение остроты слуха, замедление развития речи и речевых навыков. Повторное обследование заключается в проведении отоскопии и/или аудиологического теста с 3- и 6-месячными интервалами, что облегчает повторное консультирование и обучение родителей, а также лиц, осуществляющих уход за больным, настолько, что они смогут непосредственно участвовать в принятии решений во время диспансерного наблюдения.

Положение 12a. Хирургическое вмешательство у детей <4 лет. Клиницистам следует рекомендовать устанавливать тимпаностомическую трубку в ходе оперативного вмешательства по поводу ЭСО у детей <4 лет; не следует выполнять аденоидэктомию (кроме тех случаев, когда имеются строгие показания к ее проведению, например, назальная обструкция или хронический аденоидит; *обычная рекомендация*).

Положение 12b. Хирургическое вмешательство у детей >4 лет. Клиницистам следует рекомендовать устанавливать тимпаностомическую трубку и/или проводить аденоидэктомию в ходе оперативного вмешательства, выполняемого по поводу ЭСО, у детей ≥4 лет *(обычная рекомендация).*

Целью данных рекомендаций является содействие широкому распространению имплантации тимпаностомических трубок в качестве хирургического вмешательства при ЭСО и переносу выполнения аденоидэктомии до достижения ≥4 лет или до появления строгих показаний для ее проведения (назальная обструкция, хронический аденоидит).

Положение 13. Оценка исходов. При лечении детей с ЭСО клиницистам следует зафиксировать в медицинской документации время разрешения ЭСО, степень улучшения остроты слуха и качества жизни *(обычная рекомендация).*

Статья печатается в сокращении.

Rosenfeld R., Shin J., Schwartz S. et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). Otolaryngology-Head and Neck Surgery/ 2016, Vol. 154 (1S) S1-S41.

Перевела с англ. ***Лада Матвеева***

Гепатопротекторы: современные возможности и отдаленные перспективы

16-17 июня в г. Днепре при поддержке Министерства здравоохранения Украины, департамента здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации, ОС «Ассоциация по изучению и лечению болезней органов пищеварения в Украине» состоялась IV научная сессия ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» – «Новые технологии в клинической и теоретической гастроэнтерологии».

Научная программа мероприятия была насыщенной и разноплановой: был рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся эпидемиологии, этиологии, патогенеза, профилактики, диагностики и лечения (в т. ч. хирургического) заболеваний органов пищеварения, освещены нюансы нутрициологии, диетологии, лечебного питания. В рамках 4 пленарных заседаний прозвучало множество интересных выступлений молодых ученых, известных экспертов, зарубежных специалистов.

С докладом «Печень и антиоксидантная терапия» выступил **заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Олег Яковлевич Бабак**. Он подчеркнул, что антиоксиданты используются в ежедневной практике врачами практически всех специальностей, однако не всегда у них присутствует четкое понимание относительно эффективности данной тактики, в т. ч. при патологии печени.

– В структуре причин хронических заболеваний печени лидируют вирусные и алкогольные гепатиты, а также их сочетания (суммарная доля – ~80%). Практически во всех случаях механизм поражения печени различными экзогенными веществами (вирусы, алкоголь, лекарства и пр.) реализуется через клеточное повреждение, оксидативный стресс, сопровождающиеся воспалительной реакцией, цитолизом и стимуляцией фиброза (в дальнейшем возможен и цирроз печени). Повреждение гепатоцитов сопряжено с нарушением детоксикационной функции печени, прогрессированием стеатогепатоза, стеатогепатита, печеночноклеточной недостаточности, активацией фиброгенеза.

Антиоксидантная защита, необходимая при любой печеночной патологии, обеспечивается с помощью:

- витаминотерапии (витамины А, Е, С; доказано, что ежедневный прием 800 МЕ/сут витамина Е улучшает гистологическую картину печени у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ), а витамин С блокирует образование свободных радикалов, действуя синергично витамину Е);
- бетаина (улучшает показатели биохимических и гистологических тестов у больных с гистологически подтвержденным НАСГ);
- урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и витамина Е (нормализуют активность аминотрансфераз и улучшают гистологическую картину печени у пациентов с НАСГ);
- эссенциальных фосфолипидов (подавляют реакции перекисного окисления, уменьшают цитолиз, улучшают экскреторную, дезинтоксикационную и синтетическую функции печени);
- глутатиона (усиливает антиоксидантную и детоксикационную защиту; относится к наиболее хорошо изученным – на сайте Национальной медицинской библиотеки США доступно свыше 116 тыс. результатов по поисковому запросу glutathione).

Что касается длительности приема средств с гепатопротекторным влиянием, она должна составлять не меньше месяца.

Высокой популярностью среди клиницистов пользуются эссенциальные фосфолипиды. Они нормализуют барьерную функцию мембран (встраиваются в структуру поврежденных гепатоцитов и устраняют их дефекты), снижают поступление кислорода в клетки печени, подавляют процессы перекисного окисления липидов и образования свободных радикалов, способствуют активации мембранзависимых обменных процессов.

Способность эссенциальных фосфолипидов восстанавливать структуру мембран и улучшать их текучесть была подтверждена в 5 рандомизированных клинических исследованиях, усиливать мембранзависимые обменные процессы – в 19, угнетать реакции перекисного окисления липидов – в 33, уменьшать цитолиз, улучшать экскреторную, дезинтоксикационную и синтетическую функции печени – в 10, положительно влиять на иммунную систему – в 8, стимулировать процессы регенерации – в 4, уменьшать/нормализовать процессы фиброгенеза – в 18, апоптоза – в 8, стабилизировать состав желчи – в 6. Также доказано, что средства данного класса улучшают липидный профиль, уменьшают выраженность жировой инфильтрации гепатоцитов.

Накоплена обширная доказательная база применения эссенциальных фосфолипидов при вирусных гепатитах В и С (с участием 1755 пациентов) и хронических гепатитах (3887 больных); всего в клинических исследованиях приняли участие свыше 5 тыс. человек.

Средства на основе эссенциальных фосфолипидов используются в качестве патогенетической терапии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Они оказывают нормализующее действие на липидный, белковый обмен, способствуют восстановлению структуры и функции гепатоцитов.

Гепатопротекторное влияние эссенциальных фосфолипидов реализуется за счет встраивания их молекул в мембраны поврежденных клеток. Восстановление барьерной функции мембран сопровождается снижением доступа активного кислорода в гепатоциты и уровня перекисного окисления липидов. Препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды, назначаются как с целью лечения, так и для профилактики патологии печени.

Основным действующим компонентом фосфолипидных препаратов, получаемых из растительного сырья, является фосфатидилхолин. Существует 7 фракций фосфатидилхолина с разной концентрацией жирных кислот. В составе препарата Эссенциале® форте Н, хорошо знакомого клиницистам, преобладает 1,2-дилинолеоилфосфатидилхолин (DLPC) – до 52%. Столь высокое содержание DLPC выделяет Эссенциале® форте Н среди других средств этого класса, представленных на фармацевтическом рынке. Главное отличие DLPC от обычных фосфолипидов – наличие дополнительной линолевой кислоты в 1-й позиции, что ассоциируется с увеличением гибкости и текучести клеточных мембран, активацией мембранзависимых обменных процессов в клетке. Одна капсула Эссенциале® форте Н содержит 300 мг эссенциальных фосфолипидов.

За счет поддержания структурной целостности, пластичности и текучести мембран органелл гепатоцитов Эссенциале® форте Н обеспечивает нормальную работу белков-транспортеров, ферментов, катализирующих процессы окисления, клеточного дыхания, окислительного фосфорилирования.

Следует соблюдать рекомендации по дозированию и длительности курса терапии. Эффективная терапевтическая доза Эссенциале® форте Н – по 2 капсулы/3 р/день, оптимальная длительность общего курса – не менее 3 мес.

В выполненных нами работах подтверждена эффективность препарата Эссенциале® форте Н при алкогольном гепатите (через 6 мес с момента начала лечения отмечено уменьшение лейкоцитарной инфильтрации по данным биопсии), алкогольном фиброзе печени (снижался риск септального фиброза, цирроза печени, спровоцированных алкоголем).

Также для лечения заболеваний печени может быть рекомендовано УДХК, что позволит достоверно замедлить прогрессирование патологических процессов. К клиническим эффектам УДХК относят цитопротекторный, холеретический, иммуномодулирующий, антиапоптотический. В ряде работ зафиксировано улучшение функции печени у пациентов с НАСГ, снижение степени стеатоза и фиброза на фоне монотерапии УДХК.

В завершение хочу подчеркнуть, что болезни печени практически всегда сопровождаются оксидативным стрессом, нарушением структуры и функций органа. Поэтому в составе комплексного лечения заболеваний печени целесообразно использовать гепатотропные препараты, обладающие антиоксидантными, цитопротекторными, холеретическими, иммуномодулирующими, антиапоптотическими свойствами, способные улучшать функцию и нормализовать структуру органа. Широкий спектр терапевтических эффектов оказывают препараты на основе эссенциальных фосфолипидов (в частности, Эссенциале® форте Н), глутатиона, УДХК. Они рассматриваются как патогенетическая терапия заболеваний печени.

О современных возможностях терапии НАСГ проинформировал аудиторию **профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук Андрей Эдуардович Дорофеев**.

– НАСГ является одной из наиболее наукоемких проблем современной гепатологии. Этому заболеванию посвящено множество клинических исследований и экспериментальных работ, что объясняется в т. ч. ее значительной распространенностью: НАСГ страдают ~30% представителей мировой популяции (Ratziu V. et al., 2010); у 4 из 5 людей, имеющих избыточную массу тела/ожирение, развивается неалкогольный стеатоз или НАСГ. НАСГ – потенциально опасное заболевание; типичное для него поражение печени индуцирует появление более тяжелых заболеваний, в частности сахарного диабета (СД) 2 типа – одного из ключевых факторов кардиоваскулярного риска.

К причинам развития НАСГ относят:

- ожирение;
- СД;
- голодание;
- тяжелые инфекционные заболевания (туберкулез, хронический гепатит С);
- прием (особенно длительный) некоторых лекарственных средств;
- хроническую неинфекционную патологию (в частности, воспалительные заболевания кишечника – ВЗК).

Вместе с тем в настоящее время неалкогольную и алкогольную жировую болезнь печени рассматривают как т. н. рукотворную эпидемию, главными виновниками которой признаны высококалорийный рацион, малоподвижный образ жизни, избыточное потребление алкоголя. Именно изменения режима жизни могут спровоцировать появление инсулинорезистентности, дислипидемии, ожирения, а в итоге и кардиоваскулярных событий.

Метаболический синдром (МС) (который включает повышение концентрации триглицеридов, снижение уровня липопротеинов высокой плотности, гипергликемию, увеличение артериального давления, абдоминальное ожирение) можно смело ставить в один ряд с НАСГ; некоторые ученые даже относят НАСГ к компонентам МС (в последнее время активно ведутся подобные дискуссии). С точки зрения гастроэнтерологов, это является принципиально важным, поскольку при МС не всегда присутствуют все перечисленные признаки, а в ряде случаев поражения печени – даже доминируют. Следовательно, такие пациенты с равной степенью вероятности могут обратиться к кардиологу, эндокринологу, гастроэнтерологу.

Практически у 100% пациентов с МС регистрируется НАЖБП на различных стадиях, что позволяет позиционировать данное состояние как новый диагностический критерий. Принципиально важно, что при начальных изменениях на фоне НАЖБП можно обеспечить их регресс посредством изменения образа жизни, диеты, медикаментозной терапии.

Наличие НАЖБП при МС обусловлено единым патогенезом, основные роли в котором играют висцеральное (абдоминальное) ожирение и инсулинорезистентность. Известно, что абдоминальная жировая ткань активно секретирует множество различных медиаторов, в том числе свободные жирные кислоты (СЖК). Висцеральная жировая ткань обладает высокой чувствительностью к липолитическому действию катехоламинов, низкой – к антилиполитическому влиянию инсулина. В отличие от подкожной висцеральная жировая ткань лучше кровоснабжается и иннервируется, СЖК секретируются из нее непосредственно в воротную вену. При избытке СЖК блокируется связывание инсулина гепатоцитами, что приводит к возникновению инсулинорезистентности на уровне печени. В настоящее время получила распространение т. н. теория двух ударов (толчков) формирования НАЖБП.

Необходимо подчеркнуть, что функциональное состояние гепатоцитов зависит от состояния их мембран. Главными липидными компонентами клеточных мембран являются фосфолипиды. При любой патологии печени наблюдается повреждение мембран гепатоцитов, что обосновывает патогенетическую целесообразность назначения препаратов на основе эссенциальных фосфолипидов с целью улучшения структуры и функций мембран. В первую очередь это касается пациентов с инсулинорезистентностью. Существуют данные,

которые свидетельствуют о том, что использование эссенциальных фосфолипидов прерывает патогенетический цикл формирования инсулинорезистентности.

Роль эссенциальных фосфолипидов в терапии пациентов с нарушениями обмена, в т. ч. с СД 2 типа, сложно переоценить. Они способствуют:

- **восстановлению структуры мембран гепатоцитов;**
- **нормализации метаболического потенциала;**
- **повышению чувствительности рецепторов к инсулину;**
- **улучшению метаболизма липидов;**
- **увеличению детоксикационного экскреторного потенциала;**
- **снижению интенсивности формирования соединительной ткани.**

Использование эссенциальных фосфолипидов для лечения НАСГ обеспечивает улучшение обменных процессов в печени, повышение устойчивости гепатоцитов к воздействию экзогенных повреждающих факторов, способствует восстановлению паренхимы печени и ее физиологических функций. Одним из наиболее известных и хорошо зарекомендовавших себя представителей этой линейки является Эссенциале® форте Н. Основным действующим веществом данного средства является фосфатидилхолин. Спектр его терапевтических свойств чрезвычайно широк: способность восстанавливать мембраны гепатоцитов, гипогликемическое влияние, коррекция липидного профиля, антиоксидантный эффект, противовоспалительное действие, антифибротическое влияние, иммуномодуляция, положительное воздействие на мембраны клеток крови.

На фоне приема Эссенциале® форте Н пациентами с СД 2 типа и НАСГ отмечались снижение активности печеночных ферментов (аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и др.) и улучшение других параметров, отражающих функциональное состояние печени.

Говоря о патологии печени, нельзя обойти вниманием и другую важную проблему – внекишечные проявления ВЗК (болезнь Крона (БК), неспецифический язвенный колит (НЯК), недифференцированный колит, микроскопический колит).

Частота возникновения внекишечных проявлений ВЗК достаточно высока и варьирует от 5 до 65% среди пациентов с НЯК (5-10%, Orchard T., 2003; 21-60%, Adler G. et al., 2001; 35-65%, Sartor R.B. et al., 2006), от 38 до 62% – среди больных БК (38-40%, Weinstein W.M., 2005; 35-48%, Satsangi J. et al., 2004; 47-62%, Mayberry J. et al., 2007).

У пациентов с ВЗК могут поражаться практически любые органы и системы:

- кожа (35,5%);
- суставы (33,3%);
- печень (32,2%);
- сердце (16,1%);
- щитовидная железа (12,2%);
- глаза (10,6%);
- почки (9,7%).

Что касается поражений печени при ВЗК (согласно статистике они встречаются у каждого 3-го больного), чаще всего обнаруживаются НАСГ, первичный склерозирующий холангит, первичный билиарный цирроз (на последнем всемирном конгрессе, состоявшемся в Австралии, для его обозначения был предложен термин «первичный билиарный холангит», поскольку при этой патологии поражаются внутрипеченочные желчные протоки), аутоиммунный гепатит.

В качестве факторов, сопряженных с возникновением и прогрессированием поражений печени при ВЗК, рассматриваются:

- генетическая предрасположенность;
- характер поражения кишечника (активность, распространенность процесса);
- выраженность аутоиммунной агрессии (степень нарушения иммунитета, уровень перекрестно реагирующих антител);
- обменные расстройства (нарушения всасывания и др.).

Нами были изучены различные варианты полиморфизма генов (всего 21). Установлено, что наиболее значимые генетические маркеры ВЗК с поражениями печени – NOD2/CARD15, VDR, TLR3, TLR4, Jak2. Неполные мутации доминировали (79,2%) у пациентов с НЯК и БК без поражения печени, полные мутации встречались у 20,8% таких больных. При ВЗК с поражениями печени частота выявления неполных мутаций составляла 54,9%, полных – 45,1%.

Важную роль играют также распространенность воспалительного процесса (отмечена прямо пропорциональная зависимость тяжести ВЗК и вероятности возникновения патологии печени), изменения слизистой оболочки.

Лечебная тактика при ВЗК заключается в назначении базисной и адъювантной терапии (основные цели лечения – купирование болевого синдрома, дезинтоксикация, коррекция кишечного дисбиоза, терапия поражений печени). Абдоминальная боль не является доминирующим синдромом, но часто встречается (регистрируется более чем у половины пациентов с НЯК), не связана с актом дефекации, может сопровождать тенезмы. Интенсивность боли уменьшается после приема базисной противовоспалительной терапии. Быстро и результативно купируют боль и спазм во всех подгруппах пациентов с абдоминальной болью спазмолитики, в частности дуспаталин, отличающийся удачным сочетанием эффективности и безопасности.

Сравнительный анализ клинических исследований оценки свойств различных гепатопротекторов подтвердил целесообразность назначения эссенциальных фосфолипидов (например, Эссенциале® форте Н) пациентам с НАСГ (за исключением больных с синдромом холестаза). Субстанция Эссенциале® форте Н произведена из бобов сои (соевого лецитина), прошедших многоступенчатую очистку. Для изготовления одной упаковки препарата, содержащей 30 капсул, требуется 125 кг сырья.

В многочисленных работах доказана эффективность применения Эссенциале® форте Н при жировой инфильтрации печени (n=4501), хронических гепатитах (n=3860), фиброзе/циррозе печени (n=2403), интоксикациях (n=2443), остром вирусном гепатите (n=1755), а также при НАСГ на фоне ВЗК.

Лечение пациентов с НАСГ должно осуществляться мультидисциплинарными командами с использованием рациональной фармакотерапии. Применение гепатопротекторов, в частности эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале® форте Н), целесообразно у больных НАСГ с МС и ВЗК.

Печень часто называют щитом организма, нейтрализующим вредные вещества, биохимической лабораторией и даже вторым сердцем, что свидетельствует о несомненной важности ее нормального функционирования. В то же время во многих ситуациях этот орган нуждается в надежной фармакотерапевтической защите, обеспечить которую способны имеющиеся в арсенале клиницистов современные гепатопротекторы с широким спектром положительных свойств.

Подготовила ***Ольга Радучич***

НОВИНИ МОЗ

МОЗ працює над шляхами розвитку програм замісної підтримувальної терапії в Україні

У МОЗ України відбулося перше установче засідання міжвідомчої робочої групи з питань замісної підтримувальної терапії, основне завдання якої – розробити та надати пропозиції щодо реалізації державної політики у сфері впровадження замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в Україні, здійснення аналізу поточного стану та координації заходів щодо її впровадження.

Група утворена наказом МОЗ України від 15 червня 2016 р. № 582 на виконання завдань і заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр. До її складу увійшли представники державних, громадських та міжнародних організацій, експерти, науковці, лікарі.

У ході першого засідання, яке відбулося 1 липня в приміщенні МОЗ України, погоджено план роботи, розглянуто стан забезпечення пацієнтів препаратами ЗПТ, завдання та цілі проекту «Покращення якості та стійкості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні». Також одним із основних питань порядку денного стало забезпечення з 2017 р. державним фінансуванням програм ЗПТ.

За результатами засідання прийнято рішення щодо реалізації першочергових заходів. Зокрема, з метою належної організації процесу здійснення державних закупівель препаратів ЗПТ протягом наступних 2 тиж членами робочої групи за підтримки фахівців ДУ «Український центр контролю соціально небезпечними хворобами МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» буде підготовлено та погоджено проект Методології розрахунку потреби в препаратах ЗПТ для його подальшого затвердження наказом МОЗ України.

МОЗ ініціює розробку Національної стратегії імунізації в Україні

У МОЗ України під головуванням в. о. міністра охорони здоров'я України Віктора Шафранського відбувся круглий стіл з метою обговорення стану імунопрофілактики в країні та визначення шляхів поліпшення ситуації, що склалася з вакцинацією, підвищення рівня охоплення щепленнями цільових груп населення.

Участь у ньому взяли представники медичних, педагогічних та науково-дослідних установ, головні позаштатні спеціалісти МОЗ України, представники міжнародних організацій ВООЗ і ЮНІСЕФ, органів влади, громадських об'єднань, вищих навчальних закладів, засобів масової інформації.

В. Шафранський наголосив, що імунопрофілактика стосується здоров'я й національної безпеки держави. Так, за його словами, важка ситуація, що склалася в країні з недостатнім рівнем імунізації проти основних вакцинокерованих інфекцій, низьким рівнем охоплення дітей плановими щепленнями, недостатністю фінансування закупівель вакцин, неоднозначністю сприйняття питання вакцинації серед медичної громади, батьків і в суспільстві в цілому, ставить під загрозу здоров'я населення країни, особливо дітей. «Загроза викликів, епідемій, спалахів – тих, що є, і нових – вимагає консолідованих зусиль не лише медичної спільноти, а й збройних сил, підтримки Президента країни, уряду, парламенту», – підкреслив в. о. міністра.

Він закликав до розробки Національної стратегії імунізації, ключовими складниками якої мають стати:

- забезпеченість вакцинами, враховуючи їх якість та доступність;
- компетентний медичний персонал з єдиною однозначною позицією стосовно вакцинації;
- підвищення рівня прихильності населення до вакцинації.

«Ми повинні забезпечити дійсно лідерську роль міністерства у формуванні державної політики щодо імунопрофілактики. Нашими стратегічними завданнями мають стати: підвищення рівня охоплення вакцинацією хоча б до 90%, забезпечення прозорості та ефективності закупівлі, жорсткий контроль якості й номенклатури вакцин, своєчасна доставка їх у регіони, прискорений допуск на ринок за епідпоказами для своєчасного реагування на епідемічні загрози та спалахи, посилення вимог фармаконагляду при застосуванні вакцин, підвищення кваліфікаційних вимог до медичного персоналу, який проводить щеплення, повернення довіри населення до вакцинопрофілактики тощо», – наголосив В. Шафранський.

Окрім того, критично необхідним сьогодні, на його думку, є створення Національного фонду забезпечення стратегічного запасу вакцин і сироваток в Україні для лікування таких небезпечних захворювань, як ботулізм, сказ, правець, кір, краснуха, гепатит А, черевний тиф, кліщовий енцефаліт, жовта лихоманка тощо, а також напрацювання власного виробництва окремих імунобіологічних препаратів.

Учасниками круглого столу було підкреслено такі пункти: важливість удосконалення системи дота післядипломної освіти медичних працівників з питань імунопрофілактики; внесення нових обов'язкових щеплень до Календаря, наприклад, проти пневмококової інфекції, грипу в групах ризику тощо; збільшення обсягу коштів епідфонду для реагування в разі надзвичайних ситуацій, епідемічних загроз та спалахів; посилення співпраці з громадськістю.

На думку учасників круглого столу, при МОЗ необхідне створення надзвичайної робочої групи з питань імунопрофілактики із залученням науковців, експертів, представників міжнародних та громадських організацій, яка займалася б розробкою стратегії імунного захисту населення з урахуванням вирішення окреслених вище завдань.

Лекція з питань запобігання корупції в медицині за сприяння міжнародної неурядової антикорупційної організації

9 червня в МОЗ України відбувся інформаційно-освітній захід з питань запобігання корупції в медичній галузі, ініціатором якого виступила міжнародна неурядова антикорупційна організація Transperency International Ukraine. Доповіді мали змогу прослухати представники структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської держадміністрацій, а також закладів охорони здоров'я комунальної форми власності та тих, що належать до сфери управління МОЗ України.

Медикам конкретизували деякі поняття Закону України «Про запобігання корупції», розповіли про адміністративну та кримінальну відповідальність за корупційні чи пов'язані з корупцією правопорушення, навели приклади, як протидіяти корупції і в особистому житті, і в службовому середовищі, як діяти в разі надходження пропозиції неправомірної вимоги/подарунка.

Учасники заходу активно долучалися до обговорення та мали змогу отримати відповіді на найбільш суперечливі запитання.

Окрім того, за сприяння організації Transperency International Ukraine, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій направлено інформаційно-графічні матеріали антикорупційного змісту для розміщення в закладах охорони здоров'я.

За інформацією прес-служби МОЗ України

Новейшие технологии в теоретической и практической гастроэнтерологии

IV научная сессия ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (16-17 июня, г. Днепр) собрала ведущих отечественных специалистов в области гепатологии, диетологии, нутрициологии, онкохирургии органов пищеварения. Аудитория имела возможность ознакомиться с докладами, посвященными наследственным болезням желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), воспалительным заболеваниям кишечника и патологии поджелудочной железы.

Директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», глава Ассоциации по изучению и лечению болезней органов пищеварения в Украине, доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов рассмотрел поражения ЖКТ при сахарном диабете (СД).

– В основе поражения органов пищеварения у пациентов с СД лежат несколько механизмов: дисфункция автономной нервной системы, дисрегуляция секреции и действия гормонов и инкретинов, а также электролитные нарушения, связанные с уремией и кетоацидозом.

Хроническая гипергликемия, как известно, приводит к формированию диабетической полинейропатии, в том числе с поражением вегетативных нервных волокон. Этот механизм лежит в основе развития автономной нейропатии и нарушения модулирующего воздействия вегетативной нервной системы на органы пищеварения. Второе проявляется в превалировании тормозящей иннервации над возбуждающей вследствие нарушения проведения нервных импульсов по нервным волокнам и сплетениям. Уменьшение количества и качества собственных водителей ритма, интерстициальных клеток Кахаля, расположенных в стенках полых органов ЖКТ, стают причиной замедления и ослабления силы перистальтических волн. Этим объясняется тот факт, что при СД поражаются практически все отделы пищеварительного тракта.

Диабетическая нейропатия сопровождается нарушением перистальтики пищевода, замедлением пищеводного транзита и расслаблением нижнего пищеводного сфинктера. Клинически она может проявляться изжогой или дисфагией, нередко наблюдается кандидозный эзофагит. У 30-50% больных СД отмечается замедление моторики желудка. При поражении нервного аппарата желудка формируется диабетический гастропарез, который сопровождается ранним насыщением, постпрандиальным переполнением, тошнотой, рвотой. Важно отметить, что гастропарез значительно влияет на всасывание глюкозы и пероральных сахароснижающих препаратов. У пациентов с СД нередко обнаруживаются пептические язвы желудка, которые могут существовать бессимптомно, иметь склонность к затяжному течению, медленному рубцеванию и более частым осложнениям.

У 4-22% больных СД наблюдается диабетическая диарея, имеющая сложный патогенез и обусловленная моторной дисфункцией кишечника, дисбиотическими нарушениями, изменением желчевыделения и внешнесекреторной функции поджелудочной железы. У 20-44% людей с СД, напротив, отмечаются запоры вследствие нейрональной дисфункции толстой кишки. Изменения моторики, как правило, являются причиной синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке.

При СД не исключено развитие вторичного хронического панкреатита: инсулинотерапия приводит к снижению внешнесекреторной функции поджелудочной железы, а диабетическая ангиопатия вызывает хроническую или острую ишемию органа. Расстройства желчевыделения проявляются в нарушении функций печени, гипотонии и гипокинезии желчного пузыря. У пациентов с СД чаще, чем в общей популяции, возникают хронический холецистит и желчнокаменная болезнь. Метаболические изменения в печени стают причиной формирования жировой инфильтрации гепатоцитов, развития неалкогольной жировой болезни печени (стеатоза, стеатогепатита, цирроза).

Таким образом, у больных СД отмечается поражение всех отделов ЖКТ, что связано с развитием автономной нейропатии, ангиопатии, метаболическими расстройствами. У таких пациентов оправдано применение прокинетиков, ингибиторов протонной помпы, антибиотиков и пробиотиков (по показаниям). Коррекция желудочно-кишечных симптомов должна проводиться на фоне адекватной сахароснижающей терапии.

Профессор кафедры хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук Михаил Петрович Захараш осветил проблемы, касающиеся диагностики колоректального рака (КРР) в Украине.

– В сравнении с 1980 г. уровень заболеваемости раком прямой кишки в нашей стране увеличился почти в 3 раза. Максимальные показатели заболеваемости КРР зафиксированы в Днепропетровской, Запорожской, Кировоградской, Харьковской, Ровенской, Сумской областях.

Выделяют группы риска КРР, которые определяют необходимость и частоту проведения скрининга. К группе умеренного риска относятся люди, достигшие 50 лет. В этой популяции скрининг проводят 1 раз в 3 года. Группу высокого риска определяют в соответствии с т. н. Амстердамскими критериями (1991): ≥3 родственников с гистологически верифицированным КРР; как минимум один из них является родственником первой степени для двух других; КРР по крайней мере в двух поколениях; у ≥1 членов семьи рак диагностирован в возрасте до 50 лет. В этой категории скрининг проводят начиная с 30-летнего возраста. Наконец, группу очень высокого риска составляют лица с синдромом Линча – заболеванием с аутосомно-доминантным типом наследования КРР. Этой категории необходимо проведение скрининга не реже 1 раза в 2 года после достижения 25 лет или возрастного рубежа, который на 10 лет меньше, чем возраст самого молодого в семье больного КРР.

Факторами риска КРР являются хронические воспалительные заболевания кишечника, наличие аденоматозных или других видов полипов, семейный аденоматозный полипоз и др. У пациентов с хронической патологией кишечника риск развития опухоли в значительной степени определяют давность заболевания и распространенность патологического процесса. Так, при длительности заболевания до 5 лет КРР развивается у 7,6% больных, 6-10 лет – у 18%, 10-15 лет – у 25,6%, 16-20 лет – у 31%. Хроническое рецидивирующее и неуклонно прогрессирующее течение заболевания, а также обширная зона воспаления (панколит) существенно повышают риск развития КРР (до 79,4%). Высокий риск развития рака имеют лица с воспалительными заболеваниями кишечника, у которых болезнь дебютировала в возрасте 15-18 лет, а также люди, у которых неэффективна адекватная консервативная терапия.

Проведение скрининга в популяции ≥50 лет могло бы предотвратить 60% смертей от КРР. Экономическая выгода указанной стратегии по сравнению с затратами на химиотерапевтическое лечение больных КРР неоспорима. Один из современных скрининговых методов, подходящий для тестирования широкого круга лиц с риском КРР, – выявление скрытой крови в кале с помощью иммунохроматографического анализа Cito-Test FOB. Последний имеет ряд преимуществ перед традиционной пробой Вебера: отсутствие необходимости в специальной подготовительной диете, высокая (до 99%) специфичность, простота выполнения (осуществляется пациентом) и быстрый результат теста (5 мин). Согласно данным рандомизированных исследований, этот метод позволяет улучшить диагностику КРР на ранних стадиях и снизить уровень смертности по причине КРР на 15-25%.

Колоноскопия – наиболее эффективный метод скрининга КРР. В США ежегодно выполняется 12-14 млн колоноскопий, что позволило снизить смертность от КРР на 30%. Ее выполнение является обязательным для пациентов, имеющих положительный Cito Test FOB. В ряде случаев может быть выполнена виртуальная колоноскопия – спиральная компьютерная томография толстой кишки с последующим компьютерным 3D-моделированием.

Одна из основных причин поздней диагностики КРР – низкий уровень технического оснащения преимущественного большинства лечебных заведений, нерациональное использование эндоскопической аппаратуры и оборудования. Основными способами снижения показателей заболеваемости КРР в Украине являются своевременное выявление и ранее хирургическое (с использованием эндоскопических технологий) лечение предраковых заболеваний толстой кишки – аденоматозных, тубулярных, папиллярных, тубуло-папиллярных полипов, а также метаплазий и дисплазий слизистой оболочки толстой кишки.

Значительно повышает возможности эндоскопической диагностики предраковых заболеваний и ранних стадий рака толстой кишки использование современных видеоэндоскопических методов: видеоэндоскопии с увеличением, узкоспектровой эндоскопии, эндоскопии в белом свете, хромоэндоскопии. Выполнение эндоскопического исследования в белом свете в сочетании с хромоэндоскопией позволяет не только выявить полипы, метаплазию, дисплазию, но и четко определить их границы, степень выраженности дисплазии, необходимость и возможность выполнения эндоскопической эксцизии пораженного участка.

Таким образом, отсутствие скрининга КРР, несвоевременное выявление предраковых заболеваний толстой кишки, дисплазии слизистой оболочки и ранних форм КРР – доминирующие причины неуклонного роста показателей заболеваемости, поздней диагностики и неудовлетворительных результатов комплексного лечения КРР. Внедрение в клиническую практику своевременных эндоскопических методов диагностики – путь к улучшению обнаружения предраковых заболеваний и ранних стадий рака. Широкое использование малоинвазивной эндоскопической хирургии обеспечивает благоприятные ранние и отдаленные результаты лечения больных, а также их высокое качество жизни после операции.

Заведующий кафедрой внутренних болезней и медицины неотложных состояний ФПО ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», профессор, доктор медицинских наук Игорь Николаевич Скрыпник остановился на возможностях диагностики и лечения алкогольной болезни печени (АБП).

– АБП не теряет своей актуальности как во всем мире, так и в Украине в частности. Более 47% смертей от цирроза печени в мире связано со злоупотреблением алкоголем. Распространенность цирроза печени в Украине за последние годы выросла на 51,4% (Харченко Н.В., 2015). Эта болезнь занимает 2-е место в Европе среди причин трансплантации печени (33%), уступая только вирусным гепатитам (38%).

Факторы риска АБП:

• большое количество употребляемого алкоголя: употребление более 20 г этанола в день (для мужчин) в течение 10 лет приводит к развитию цирроза печени у 6-41% лиц;

• низкое качество алкоголя;

• режим и кратность приема: употребление вне приемов пищи повышает риск развития АБП в 3,4 раза, а ежедневный прием алкоголя увеличивает вероятность АБП в 2,5 раза по сравнению с употреблением по выходным дням;

• алкоголь-индуцированная гепатотоксичность в 2 раза выше у женщин, что связано с генетически детерминированным снижением активности алкогольдегидрогеназы, связью абсорбции алкоголя с фазой менструального цикла, большим объемом жировой ткани;

• высокий индекс массы тела: когортные проспективные исследования, включившие суммарно более 1 млн 230 тыс. женщин, показали, что в категории участниц с избыточной массой тела при употреблении более 150 г алкоголя в неделю цирроз печени развивался значительно чаще, чем в группе пациенток с нормальным весом.

В последние годы появились новые данные о роли иммунного воспаления в патогенезе АБП, в которое вовлечены как элементы неспецифической (иннатной) иммунной системы (нейтрофилы, моноциты, макрофаги и лимфоциты), так и адаптивной – циркулирующие антитела к собственным измененным гепатоцитам, повышение уровня γ-глобулинов, лимфоцитов CD4 и CD8, повышение интерферона γ и фактора некроза опухоли (ФНО). Выброс ФНО активирует кислую сфингомиелиназу – лизосомную фосфодиэстеразу, катализирующую реакцию распада сфингомиелина на церамид и фосфохолин. Активация данного фермента приводит к запуску апоптоза гепатоцитов.

Также известно, что в патогенезе АБП значительную роль играет оксидативный стресс, заключающийся в деградации полиненасыщенных жирных кислот реактивными формами кислорода, накоплении продуктов перекисного окисления липидов, в частности малондиальдегида (MDA) и производных малондиальдегида – ацетальдегида (MAA) и др. MDA и MAA способны взаимодействовать с ДНК, изменяя структурные белки и стимулируя выработку аутоантител.

В ответ на поступление этанола наблюдается избыточный бактериальный рост в кишечнике, увеличивается проницаемость кишечной стенки, в результате чего в систему воротной вены поступает значительное количество липополисахарида (LPS). При попадании LPS-эндотоксина в кровь портальной вены он связывается с LPS-связывающим белком. LPS-связанный протеиновый комплекс соединяется с рецептором CD14 мембраны купферовских клеток печени. Активация клеток Купфера LPS-эндотоксином требует наличия 3 клеточных протеинов: CD14, toll-подобный рецептор 4 (TLR4) и протеин MD2. Кроме повреждающего эффекта, в ответ на поступление этанола запускаются процессы защиты и регенерации печени через активацию рецепторов интерлейкина-6, системы белков STAT, что способствует пролиферации гепатоцитов и оказывает гепатопротекторный эффект. Интерлейкин-22 обладает сходными с интерлейкином-6 свойствами. Он вырабатывается натуральными киллерами. Рецепторы интерлейкина-22 присутствуют преимущественно на гепатоцитах, поэтому данное вещество потенциально может быть использовано как гепатопротектор с высокой селективностью и минимальным количеством нежелательных явлений.

Диагностические критерии АБП:

• повышение уровня печеночных ферментов: γ-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, аспартатаминотрансферазы (в большей степени, чем аланинаминотрансферазы);

• снижение протромбинового индекса;

• углеводно-дефицитный трансферрин – вероятный маркер интоксикации алкоголем;

• индикаторы фиброза – гиалуронан и проколлаген-III-пептид;

• биопсия печени: перивенулярный фиброз, алкогольный гиалин (тельца Мэллори), воспалительные изменения ткани печени от умеренной инфильтрации до мостовидных и мультилобулярных некрозов в сочетании с фиброзом.

Лечение АБП следует начинать с отказа от алкоголя. Это в 2 раза повышает выживаемость пациентов по сравнению с теми, кто не бросил пить. Улучшение состояния у отказавшихся от алкоголя больных наступает быстро – уже в течение первых 3 мес наблюдаются регресс гистологической картины, снижение давления в портальной вене (на всех стадиях заболевания). Уменьшению уровня смертности среди пациентов с АБП также способствует назначение эссенциальных фосфолипидов, препаратов адеметионина, урсодезоксихолевой кислоты. Глюкокортикоиды показаны при выраженном синдроме желтухи и печеночной энцефалопатии на фоне тяжелого течения острого алкогольного гепатита. Антицитокиновые средства – химерные антитела к ФНО (инфликсимаб) – могут применяться при тяжелом течении острого алкогольного гепатита в комбинации с кортикостероидами. Пентоксифиллин также оказывает ингибирующее воздействие на ФНО, уменьшает летальность и вероятность формирования гепаторенального синдрома. Однако этот препарат не снижает показатели ранней смертности при тяжелом течении алкогольного гепатита и может быть использован только у пациентов с легкими формами заболевания. В программу лечения следует включать мероприятия, направленные на коррекцию избыточной массы тела, инсулинорезистентности и кишечного дисбиоза.

Учитывая новые данные, касающиеся патогенеза АБП, новыми терапевтическими агентами могут служить ингибиторы кислой сфингомиелиназы, препараты интерлейкина-22, ограничение фиброгенеза путем стимуляции апоптоза печеночных миофибробластов.

Профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук Елена Юрьевна Губская подробно изложила новые данные о микроскопическом энтерите (МЭ).

– МЭ – это диагностическая категория, которая была предложена в 2009 г. в качестве попытки объяснить специфические морфологические (микроскопические и субмикроскопические) изменения слизистой оболочки тонкой кишки, потенциально вызывающие мальабсорбцию, дефицит микронутриентов.

Причинами МЭ могут быть целиакия, непереносимость глютена без целиакии, болезнь микроворсин, общий вариабельный иммунодефицит, паразитарные и другие инфекции (включая Helicobacter pylori), лекарственно индуцированные заболевания (на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов), воспалительная патология кишечника.

Гистологически структура ворсинок слизистой оболочки тонкой кишки, как правило, сохранена, а эпителий инфильтрирован лимфоцитами, что часто сопровождается углублением (гиперплазией) крипт. Также возможно повышение количества плазматических клеток, эозинофилов и других воспалительных элементов, обычно находящихся в собственной пластинке слизистой оболочки.

МЭ выявляется при различных заболеваниях и представляет собой раннюю стадию изменений слизистой оболочки. Так, установлена связь МЭ с инфекционными агентами. Проспективное исследование 90 больных МЭ выявило, что в 24,4% случаев H. pylori – это единственная причина патологических изменений слизистой оболочки при данной патологии (Hischenhuber C., Crevel R. et al., 2006). Хеликобактерная инфекция также является наиболее частым провоцирующим фактором МЭ и абдоминальной боли. Среди других инфекционных причин – тропическая спру, постинфекционная мальабсорбция, паразитарные инфекции (лямблиоз, энтеробиоз).

При медикаментозном поражении тонкого кишечника ключевую роль, как правило, играют ацетилсалициловая кислота и другие нестероидные противовоспалительные препараты. Так, прием ацетилсалициловой кислоты вызывал МЭ почти у 14% больных лимфоцитарным дуоденитом (Santolaria S., Dominguez M., 2013). Установлено, что блокатор рецепторов ангиотензина II олмесартан может приводить к развитию тяжелой спруподобной энтеропатии (Rosinach M., Esteve M., 2013).

Микроскопические изменения в слизистой оболочке тонкой кишки выявляют на ранних стадиях хронических воспалительных заболеваний кишечника и при микроскопическом колите у 26,6% больных (Vidali F., Di Sabatino A. et al., 2010). Изменения в слизистой оболочке могут наблюдаться и в результате аутоиммунной энтеропатии при аутоиммунных заболеваниях.

Основной механизм развития мальабсорбции при МЭ – воспалительный процесс, сопровождающий разные стадии энтеропатии. ФНО и интерлейкин-1 являются ключевыми воспалительными цитокинами, которые оказывают прямое действие на интестинальную слизистую оболочку и инициируют процесс мальабсорбции.

Клиническая картина МЭ не зависит от этиологии заболевания. Как правило, заболевание проявляется абдоминальным дискомфортом, вздутием живота, стеатореей, хронической диареей или запором, системными внекишечными проявлениями в виде сонливости, общей слабости, повышенной утомляемости.

В диагностике МЭ большое значение имеет тщательный сбор анамнеза. Для выявления скрытых хронических воспалительных процессов необходимо: обращать внимание на внекишечные симптомы системных заболеваний – артриты, воспалительную патологию глаз, кожи; собирать медикаментозный анамнез (прием ацетилсалициловой кислоты, сартанов). На наличие МЭ могут указывать жалобы, связанные с нутритивными изменениями, и положительный эффект от аглиадиновой или безлактозной диеты, который косвенно свидетельствует о каком-либо виде непереносимости.

С целью установления диагноза обязательно нужно: выполнить рутинные анализы крови, печеночные и почечные пробы; определить концентрация ионов кальция, сывороточного железа, витамина B12, фолатов, тиреоидных гормонов, уровня сывороточных иммуноглобулинов; провести серологические тесты для выявления целиакии. Помимо этого, показаны тестирование пациентов на наличие H. pylori, HLA-типирование. У лиц с негативными результатами серологических тестов на целиакию и неустановленной этиологией рекомендуют назначение аглиадиновой диеты с целью выявления непереносимости глютена без целиакии. Также рекомендовано выполнять колоноскопию с множественной биопсией слизистой оболочки толстой и подвздошной кишки. Морфологическое исследование в данном случае необходимо для исключения микроскопического колита.

Лечение МЭ зависит от этиологии: при целиакии и непереносимости глютена без целиакии показано соблюдение диеты, при хеликобактерной инфекции – ее эрадикация, при приеме энтеротоксических препаратов – их отмена. Другие причины МЭ, включая системные и аутоиммунные заболевания, требуют специфического лечения, назначенного соответствующим специалистом.

Подготовила ***Мария Маковецкая***

Терапевтические возможности эссенциальных фосфолипидов в панкреатологии

По материалам Европейского мастер-класса по панкреатологии

26-27 мая в международном конгресс-центре «Украинский Дом» в Киеве состоялся Европейский мастер-класс по панкреатологии для гастроэнтерологов, терапевтов, семейных врачей, хирургов, эндоскопистов, онкологов и диетологов. Традиционно организатором мероприятия выступил Украинский клуб панкреатологов, возглавляемый известным отечественным ученым, доктором медицинских наук, профессором Натальей Борисовной Губергриц. Поддержку в проведении мероприятия оказали Каролинский институт (Швеция), Украинская гастроэнтерологическая ассоциация, Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. В рамках мастер-класса с докладами выступили ведущие специалисты в области панкреатологии из Украины, Беларуси, Германии, Швеции, Венгрии и Великобритании. В своих выступлениях докладчики осветили вопросы диагностики, а также консервативного, эндоскопического и хирургического лечения острого панкреатита (ОП) и хронического панкреатита (ХП), кист и опухолей поджелудочной железы (ПЖ). Кроме того, были рассмотрены проблемы диетологии, диагностики и лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВНПЖ).

Президиум Европейского мастер-класса по панкреатологии (слева направо): О.Я. Бабак, Н.В. Харченко, Н.Б. Губергриц, Peter Hegyi, А.Ю. Усенко, П.Г. Кондратенко

Как известно, ХП – заболевание, которое характеризуется абдоминальной болью, рецидивирующими «панкреатическими атаками» и прогрессирующим фиброзом ПЖ, приводящим к утрате экзокринной, а со временем и эндокринной функции органа. В настоящее время доказано, что главный этиологический фактор в развитии ОП и ХП – злоупотребление алкоголем. Поэтому лечение хронического алкогольного панкреатита (ХАП) остается крайне актуальным вопросом современной панкреатологии, и именно ему уделила значительное внимание в своем докладе «Пазлы панкреатологии» **президент Украинского клуба панкреатологов, заведующая кафедрой внутренней медицины им. А.Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Наталья Борисовна Губергриц**.

– Ткань ПЖ очень чувствительна к алкоголю. При его злоупотреблении развивается жировая дистрофия ПЖ по аналогии с жировой дистрофией печени. Функционирование ацинарных клеток не может быть полноценным из-за скопления в них большого количества жировых включений. Кроме того, алкоголь нарушает синтез фосфолипидов клеточных мембран, в результате чего стенки протоков ПЖ становятся проницаемыми для ее ферментов. Далее запускается процесс аутолиза паренхимы железы и внутрипротоковая гипертензия. Также стимулируются этанолом фибротические процессы в ткани органа.

Одним из эффективных направлений патогенетической терапии ХАП является назначение препаратов эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ).

Известны такие функции ЭФЛ:

• защита клеточных мембран от повреждений, восстановление уже поврежденных мембранных структур клетки за счет встраивания молекул ЭФЛ в мембраны и заполнения щелей в них;

• повышение метаболического, детоксикационного, экскреторного потенциала мембран, обеспечение их антиоксидантных свойств и текучести;

• обеспечение работы транспортных систем клетки, влияние на клеточный цикл и дифференциацию;

• регуляция продукции антител к алкогольному гиалину и другим неоантигенам, торможение синтеза провоспалительных цитокинов, участие простагландинов в синтезе;

• гиполипидемический и гипогликемический эффекты повышают чувствительность инсулиновых рецепторов;

• защита митохондриальных и микросомальных энзимов от повреждения алкоголем или токсинами;

• торможение фиброгенеза путем замедления синтеза коллагена и повышения активности коллагеназы;

• обеспечение нормального коллоидного состояния желчи и увеличение толерантности к пищевым нагрузкам.

Вышеперечисленные механизмы действия ЭФЛ определяют их высокую эффективность при токсическом, прежде всего алкогольном, поражении печени и ПЖ. Особое значение ЭФЛ приобретают при ХАП.

Несмотря на наличие на рынке Украины множества препаратов, содержащих ЭФЛ, только препарат Эссенциале® форте Н является оригинальным. Данный медикамент продемонстрировал свою эффективность более чем в 200 клинических исследованиях при различных заболеваниях пищеварительного тракта. В нашей клинике также было проведено исследование, которое легло в основу диссертационной работы.

Нами пролечено 84 пациента с ХАП: 42 из них (основная группа) получали базисную терапию и дополнительно Эссенциале® форте Н, остальные пациенты составили группу сравнения и получали только базисную терапию. Лечение больных ХАП было традиционным и включало отказ от алкоголя, соблюдение диеты, антибактериальные средства, спазмолитики, ингибиторы протонной помпы (ИПП), ферментные препараты и дезинтоксикационную терапию. При выраженном болевом синдроме назначали обезболивающие препараты. Ингибиторы протеаз не назначались.

В результате проведенного лечения с включением Эссенциале® форте Н выраженность клинических проявлений заболевания уменьшилась, отмечался регресс структурных и функциональных нарушений в ПЖ. У пациентов основной группы болевой синдром уменьшался в 1,43 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения. Стойкость терапевтического эффекта в отношении купирования болевого синдрома у пациентов основной группы составляла 97,6%, у пациентов группы сравнения – 88,1%.

Лечение препаратом Эссенциале® форте Н способствовало снижению уровней иммунореактивных трипсина и фосфолипазы А2 в 1,43 и 1,7 раза соответственно в сопоставлении с динамикой в группе сравнения. При включении в схему терапии Эссенциале® форте Н значительно реже, чем в группе сравнения (в 1,35 раза), отмечался верхний обтурационный тип секреции ПЖ. Последний связывают с отеком ПЖ и наличием аутолиза, что, вероятно, является результатом панкреотоксического влияния. Кроме того, при лечении препаратом Эссенциале® форте Н перед выпиской у некоторой части пациентов (11,1%) имел место гиперсекреторный тип секреции, что свидетельствует об уменьшении тяжести панкреатита и улучшении внешнесекреторной функции ПЖ. У больных основной группы действительно регистрировались более высокие уровни дебита трипсина и липазы – в 1,18 и 1,31 раза соответственно по сравнению с таковыми в группе, получавшей базисную терапию. При этом продукция липазы на фоне терапии препаратом Эссенциале® форте Н достигала нижней границы нормы.

Таким образом, включение ЭФЛ в комплексное лечение пациентов с ХП патогенетически обосновано. Назначение оригинального препарата Эссенциале® форте Н больным ХАП способствовало стойкому снижению выраженности болевого синдрома, снижению уровней иммунореактивных трипсина и фосфолипазы А2 и повышению внешнесекреторной функции ПЖ. Эти данные позволяют рекомендовать Эссенциале® форте Н в комплексном лечении ХП, в том числе алкогольного генеза.

С докладом «Поджелудочная железа и коморбидная патология» выступил **президент Украинской гастроэнтерологической ассоциации, профессор Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук Олег Яковлевич Бабак**.

– За прошедшие 30 лет количество пациентов с ОП и ХП увеличилось более чем в 2 раза, при этом средний возраст постановки диагноза снизился с 50 до 39 лет (Маев И.В., 2015). В то же время значительное количество больных ХП обращаются сначала не к гастроэнтерологам, а к терапевтам и семейным врачам. Что касается обращений к гастроэнтерологам, то ХП диагностируется примерно у каждого 4-го пациента, который приходит на прием.

В последние годы в этиологической структуре ХП отмечается резкое увеличение доли людей с ХАП, что подчеркивает ведущую роль злоупотребления алкоголем в генезе данной патологии ПЖ. На сегодняшний день значение алкоголя как этиологического фактора развития ХП и заболеваний печени доказано и не вызывает сомнений. В развитии алкогольного поражения ПЖ и печени существуют общие патогенетические звенья: алкогольный кетоацидоз, гиперсекреция антидиуретического гормона АДГ и, как следствие, развитие кетонурии, гипоксии ПЖ и печени; образование избытка липидов и нейтрального жира в ПЖ и печени; гиперпродукция цитокинов и поддержание воспаления на фоне усиления аутоиммунных реакций; некроз панкреатоцитов и гепатоцитов; снижение синтеза ДНК в панкреатоцитах и гепатоцитах; накопление ацетальдегида, в частности стимуляция перекисного окисления липидов (ПОЛ), накопление свободных радикалов, повреждение панкреатоцитов и гепатоцитов. Все вышеперечисленные факторы служат причиной стимуляции процессов фиброгенеза (цирроза) в печени и ПЖ.

Алкогольное поражение ПЖ и алкогольная болезнь печени (АБП) имеют не только общие патогенетические звенья, но и приводят к одним и тем же осложнениям. Так, при алкогольном поражении ПЖ сначала происходит отложение белков и липидов, затем развивается панкреатит, липонекроз, фиброз, цирроз и рак, а при АБП сначала развивается адаптивная гепатопатия, жировой гепатоз и стеатогепатит, которые, как и при алкогольном поражении ПЖ, приводят к развитию фиброза, цирроза и рака.

Вне зависимости от этиологии ХП он всегда сопровождается ВНПЖ, под которой подразумевается снижение внешнесекреторной функции ПЖ до такой степени, когда она не способна обеспечивать пищеварение в полном объеме. Для ВНПЖ характерно нарушение метаболической и гидрокинетической функции ПЖ, включающее в себя снижение секреции ферментов ацинарными клетками (липолитических, амилолитических, протеолитических) и секреции бикарбонатов протоковыми клетками.

Нарушение внешнесекреторной функции ПЖ – одно из основных осложнений, связанных с алкогольным панкреатитом. Оно опасно тем, что в результате снижения выработки ферментов происходит нарушение процесса пищеварения. Поэтому очень важно определить, насколько снижается внешнесекреторная функция ПЖ.

Существует большое количество различных методов диагностики ВНПЖ,

однако в современных специализированных клиниках, особенно в условиях амбулаторного обследования, все чаще используется тест на определение эластазы-1 в кале. Известно, что панкреатическая эластаза человека не меняет своей структуры по мере прохождения через желудочно-кишечный тракт. Это позволяет считать, что концентрация эластазы-1 в каловых массах отражает степень экзокринной недостаточности ПЖ. Тест отличается специфичностью, неинвазивностью и отсутствием влияния на его результаты заместительной терапии ферментными препаратами. Благодаря этим преимуществам он помогает контролировать процесс лечения и корректировать дозы ферментных препаратов.

В норме активность эластазы-1 в стуле у взрослых составляет ≥200 мкг/г кала. Показатель в диапазоне 100-200 мкг/г кала свидетельствует об умеренной степени ВНПЖ. Снижение активности до ≤100 мкг/г кала свидетельствует о тяжелой степени ВНПЖ. В зависимости от уровня экзокринной недостаточности разработаны рекомендации относительно использования разных доз полиферментных препаратов у больных ХП. Так, при умеренно выраженной экзокринной недостаточности и активности эластазы-1 на уровне 100-199 мкг/г – 105 тыс. ЕД, а при ≤100 мкг/г – 185 тыс. ЕД.

Для клинической диагностики латентной ВНПЖ также проводится тест с высокими дозами панкреатина – в минимикросферах в дозировке 40 тыс. ЕД 3 р/день в течение 2 нед. Критерии контроля качества терапии: уменьшение выраженности диспепсических явлений, уменьшение степени послабления стула или его нормализация, улучшение показателей копрограммы, стабилизация и прибавка массы тела.

Эффективность терапии ХП во многом зависит от выбранного препарата и доз. Для обеспечения высокого уровня результативности ферментный препарат должен характеризоваться оптимальным перемешиванием с химусом и иметь максимально возможную площадь контакта с пищей, а также гарантировать быструю активацию ферментов в тонком кишечнике при pH ≥6 с сохранением эффективности в течение 2 ч. Равным образом важно, чтобы диаметр частиц составлял ≤1,7 мм, что обеспечит их синхронное с пищей прохождение через привратник.

Для достижения эффективности ферментной терапии пациент должен соблюдать правильный режим приема и дозирования препарата, назначенный врачом индивидуально в зависимости от степени тяжести ВНПЖ. Если при соблюдении всех рекомендаций у больного не наблюдается достаточного ответа на терапию, его необходимо обследовать на наличие избыточного бактериального роста в тонком кишечнике, а в случае выявления такового – назначить соответствующее лечение.

При недостаточном клиническом ответе на ферментную терапию может быть дополнительно назначен антисекреторный препарат из группы ИПП. При гиперпродукции соляной кислоты в желудке возможно снижение эффективности ферментных препаратов, принимаемых с пищей. Согласно приказу Министерства здравоохранения Украины от 10.09.2014 г. № 638 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при хроническом панкреатите», ведение пациентов с ВНПЖ предусматривает назначение ИПП.

Важнейшим аспектом лечения ХП и коморбидных заболеваний печени является восстановление структуры гепатоцитов. Как известно, практически любая патология печени сопровождается повреждением фосфолипидных мембран гепатоцитов. При том, что печень имеет высокую способность к регенерации последних, ее компенсаторные и репаративные возможности при хронических заболеваниях со временем неуклонно снижаются. В настоящее время для восстановления гепатоцитов наиболее часто применяют ЭФЛ. При дефиците ЭФЛ и полиненасыщенных жирных кислот снижается эластичность мембран гепатоцитов, и они теряют устойчивость к повреждающим факторам. ЭФЛ при поступлении в организм человека в составе препарата встраиваются в мембранные структуры гепатоцитов. При этом происходят нормализация процессов ПОЛ и торможение образования соединительной ткани в ПЖ и печени. Эти действия идут параллельно, в результате чего поврежденные мембраны восстанавливаются и усиливается их защита от воздействия свободных радикалов. Благодаря ЭФЛ повышается активность и текучесть мембран, происходит активация расположенных в них фосфолипидзависимых ферментов, ингибирование процессов ПОЛ, а также снижение чувствительности мембран к повреждающему действию лимфоцитов.

Механизм действия ЭФЛ состоит из следующих этапов: сначала происходит встраивание полиненасыщенного фосфатидилхолина в мембранные структуры клеток печени, затем – регенерация клеточных мембран, улучшение процессов энергообразования в гепатоцитах, усиление трансмембранного обмена питательных веществ и электролитов, повышение активности регулируемых фосфолипидами ферментов, нормализация или снижение активности процессов ПОЛ и торможение образования соединительной ткани. Один из самых важных защитных механизмов действия ЭФЛ – снижение фиброгенного эффекта этанола и предотвращение развития фиброза печеночной паренхимы.

Оригинальным препаратом ЭФЛ является Эссенциале® форте Н, а действующим веществом ЭФЛ – фосфатидилхолин. Существует 7 фракций фосфатидилхолинов с разным содержанием жирных кислот. В составе Эссенциале® форте Н преобладают 1,2-дилинолеоилфосфатидилхолин (DLPC) – 52%. Главным отличием DLPC от обычных фосфолипидов является наличие дополнительной молекулы линолевой кислоты в 1-й позиции, благодаря чему он обеспечивает увеличение пластичности и текучести клеточных мембран. Преимущества Эссенциале® форте Н: уменьшение компактности мембраны и увеличение ее пластичности и текучести, активация мембранозависимых процессов обмена веществ в клетке. Благодаря двойному механизму действия Эссенциале® форте Н обеспечивает восстановление поврежденных мембран гепатоцитов и защиту от воздействия свободных радикалов.

Мы проводили собственное клиническое исследование по изучению эффективности ЭФЛ при алкогольном стеатогепатите. Так, до лечения у пациентов наблюдались ярко выраженные клинические симптомы, а также характерные для данного заболевания изменения лабораторных показателей и данных УЗИ. Через 3 мес после начала приема препарата Эссенциале® форте Н все симптомы значительно регрессировали. Кроме того, при проведении гистологического исследования биоптатов печени через 6 мес после начала лечения было выявлено уменьшение лейкоцитарной инфильтрации. Эссенциале® форте Н рекомендуется назначать в дозировке 1800 мг/сут курсами длительностью 6-12 мес.

Таким образом, сочетанная патология ПЖ и печени встречается достаточно часто, ее диагностика и лечение входят в сферу компетенции гастроэнтерологов, гепатологов, терапевтов и семейных врачей. Эффективность лечения и время наступления клинического улучшения состояния пациента зависят от информированности врача и его умения применять свои знания и навыки в конкретной клинической ситуации, в том числе у больных с сочетанной патологией ПЖ и печени. Проводимые в настоящее время фундаментальные и клинические исследования, возможно, позволят в дальнейшем оптимизировать существующие подходы к лечению коморбидной патологии ПЖ и печени и обеспечить достижение еще лучших клинических результатов.

Подготовили ***Мария Маковецкая, Екатерина Васютина***

III МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС
З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ
06.10.16 - 07.10.16 КИЇВ

Шановні колеги!

6-7 жовтня у м. Києві відбудеться
III МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ,
який стане однією із найбільших наукових подій 2016 року.

До участі в роботі Конгресу запрошуємо лікарів загальної практики / сімейної медицини, терапевтів, гастроентерологів, педіатрів, інфекціоністів, хірургів, онкологів, анестезіологів, трансфузіологів і докторів інших спеціальностей, а також медичних сестер. У роботі Конгресу візьмуть участь провідні вчені та головні спеціалісти усіх рівнів практичної медицини з України, ближнього та дальнього зарубіжжя.

НАУКОВА ТЕМАТИКА КОНГРЕСУ:

1. Сучасні досягнення та принципи інтенсивної інфузійної терапії.
2. Актуальні питання інфузійної терапії в різних галузях медицини:
   - на етапах медичної евакуації поранених;
   - в терапії болю;
   - в терапії інтоксикаційного синдрому;
   - при корекції порушень мікроциркуляції;
   - при септичних і критичних станах.
3. Інфузійна антибіотикотерапія.
4. Експериментальна та промислова трансфузіологія.
5. Посттрансфузійні реакції, побічні реакції та ускладнення інфузійної терапії.

on-line реєстрація
www.infusiontherapy.org

При реєстрації до 30.06.2016
ЗНИЖКА 50% на участь у Конгресі

ТЕЛЕФОН ГАРЯЧОЇ ЛІНІЇ:
0800-400-405
Дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів у межах України безкоштовні

ОРГКОМІТЕТ КОНГРЕСУ:
ДУ «Національний Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України»
79044, м. Львів
вул. Генерала Чупринки, 45

Информационный бюллетень: физическая активность

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), физическая активность – это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии. Термин также включает активность во время профессиональной деятельности, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий. Его не следует путать с понятием «упражнение» – одной из категорий физической активности, что является запланированной, структурированной, повторяющейся и направленной на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния. Физическая активность как умеренной, так и высокой интенсивности приносит пользу для здоровья.

Чтобы физическая активность принесла пользу сердечной и дыхательной системе, необходимо заниматься как минимум 10 мин. ВОЗ рекомендует:

• детям и подросткам – 60 мин ежедневной активности умеренной и высокой интенсивности;

• взрослым (18 лет и больше) – 150 мин активности умеренной и высокой интенсивности в неделю.

Недостаточная физическая активность является 4-м по значимости фактором риска смерти в мире (с ней ассоциировано около 6% летальных случаев, что сопоставимо с показателем для гипергликемии) и уступает только высокому артериальному давлению (13%) и употреблению табака (9%). Ежегодно из-за недостаточной физической нагрузки в мире умирают примерно 3,2 млн человек.

Актуальность проблемы недостаточной физической активности во многих странах неуклонно возрастает, что сопряжено с усугублением бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ). Вероятность смерти в популяции недостаточно активных людей на 20-30% превышает аналогичный показатель для категории населения, посвящающего занятиям умеренной интенсивности по меньшей мере 30 мин ежедневно.

С недостаточной физической активностью часто ассоциированы такие патологии:

• рак грудной железы и толстой кишки (21-25% случаев);

• сахарный диабет (27% случаев);

• ишемическая болезнь сердца (30% случаев).

В 2008 г. в мире недостаточно активными были примерно 31% людей (28% мужчин и 34% женщин) в возрасте 15 лет и старше: в странах с высоким уровнем дохода 41% мужчин и 48% женщин, в государствах с низким уровнем дохода – 18% и 21% соответственно.

Для популяризации физической нагрузки необходимо принимать меры как в масштабе общества, так и на уровне отдельных людей. В 2013 г. государства-члены ВОЗ договорились о сокращении распространенности недостаточной физической активности на 10% в рамках проекта «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.». Примерно в 80% государств-членов ВОЗ разработаны политика и планы действий, однако только в 56% из них указанные меры удалось внедрить в реальную практику. Для оценки уровней физической нагрузки ВОЗ разработала «Глобальную анкету физической активности».

В 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила глобальные добровольные цели, которые включают снижение на 25% уровня преждевременной смертности от НИЗ и уменьшение на 10% распространенности недостаточной физической активности к 2025 г. «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.» служит ориентиром для государств-членов ВОЗ и других учреждений ООН относительно результативных способов достижения этих целей.

Подготовлен стратегический план ответных действий в отношении вируса Зика

ВОЗ / Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) и их партнеры разработали стратегический план ответных действий по части вируса Зика. Пристальное внимание экспертов было уделено вопросам профилактики и лечения осложнений, вызванных этой инфекцией. На текущий момент для полноценной реализации «Стратегического плана ответных действий в отношении вируса Зика на период с июля 2016 г. по декабрь 2017 г.» требуется финансирование в объеме 121,9 млн долларов США.

В новой редакции документа в качестве первоочередных обсуждаются вопросы профилактики и терапии осложнений, вызванных вирусом Зика, и повышения потенциала систем здравоохранения для выполнения этой задачи. Одной из важнейших составляющих успеха профилактической работы признано распространение среди беременных, их партнеров, местных сообществ информации о существующих рисках.

Кроме того, предусмотрены комплексная борьба с вредителями, консультирование населения касательно вопросов сексуального и репродуктивного здоровья, санитарное просвещение и оказание помощи с учетом социальных и нормативно-правовых особенностей в каждой из стран, где зафиксированы эпизоды передачи вируса Зика.

Улучшение питания матерей может способствовать снижению риска возникновения у детей НИЗ и ожирения в долгосрочной перспективе

Как свидетельствует новый доклад Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровое питание матери – лучшее начало жизни», адекватное питание беременных влияет не только на их здоровье и развитие плода, но также и на риск возникновения у детей НИЗ и ожирения в долгосрочной перспективе. Официальная информация была представлена во время консультативного совещания по вопросам питания матерей, состоявшегося в г. Риге 27-28 июня под эгидой Министерства здравоохранения Латвии.

Роль здорового питания в раннем развитии детей признается уже не первое десятилетие. Доклад предлагает систематизированный обзор последних научных данных в отношении приема пищи у матерей и профилактики НИЗ и ожирения. Результаты обзора подтверждают тот факт, что нутритивный статус матери (включая наличие избыточной массы тела и ожирение, избыточный набор массы тела и гестационный диабет) не только влияет на здоровье ребенка в младенчестве, но и предопределяет риск развития у него ожирения и ассоциированных с ним хронических заболеваний в зрелом возрасте.

НИЗ являются ведущей причиной смерти и инвалидизации в Европейском регионе ВОЗ. Необходимость противодействовать наблюдающимся эпидемиям ожирения, диабета и других НИЗ уже определена в качестве одного из основных приоритетов здравоохранения: основы европейской политики – Здоровье-2020 и Цели в области устойчивого развития – 3 – содержат конкретные задачи и ориентиры в отношении НИЗ.

Официальный адрес ВОЗ: www.who.int

НОВОСТИ FDA

Одобрен новый инвазивный метод борьбы с ожирением

14 июня Администрация по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (US Food and Drug Administration – FDA) одобрила новый хирургический вариант лечения ожирения. AspireAssist представляет собой дренажную трубку, через которую можно выводить часть желудочного содержимого наружу после приема пищи.

Устройство предназначено для лиц старше 22 лет с тяжелым ожирением (индекс массы тела 35-55 кг/м^2), которое угрожает здоровью, при неэффективности консервативного лечения. AspireAssist не должно применяться у людей с расстройствами пищевого поведения, а также у пациентов с избыточным весом легкой или умеренной степени.

«AspireAssist позволяет эффективно контролировать усвоение калорий, а это принципиально важный момент для нормализации массы тела,– отметил доктор Уильям Мейзел (William Maisel), научный директор Центра радиологического здоровья FDA. – Пациенты должны находиться под наблюдением врача и продолжать вести здоровый образ жизни».

Для установки AspireAssist хирург вводит трубку в желудок с помощью эндоскопа и выводит ее наружу через небольшой разрез на передней брюшной стенке. Примерно через 20-30 мин после приема пищи пациент должен прикрепить внешний коннектор к наружному отверстию трубки, открыть клапан и слить часть желудочного содержимого. Данный процесс занимает около 10 мин и позволяет избавиться от 30% потребленных калорий.

FDA рассмотрело результаты клинического испытания с участием 111 больных ожирением, которым имплантировали AspireAssist. В группу контроля вошли 60 пациентов с ожирением, физически активных и соблюдающих диету. Через 12 мес средняя потеря массы тела в группе пользователей AspireAssist составила 12,1% от исходной, в группе контроля – 3,6%.

Побочные эффекты, вызванные применением AspireAssist, включали тошноту, рвоту, запор и диарею. Эндоскопическое введение трубки в желудок способно спровоцировать боль в горле, вздутие живота, кровотечение, развитие инфекции, воспаления слизистой оболочки желудка, появление язвы на внутренней стороне желудка, воспаление легких, непреднамеренный прокол стенки желудка или кишечника. Риски, связанные с проколом передней брюшной стенки, включают дискомфорт или боль в животе, раздражение или воспаление кожи вокруг места расположения трубки, миграцию устройства в стенку желудка. В ряде случаев при негативных явлениях может потребоваться удаление устройства.

Система AspireAssist производится компанией Aspire Bariatrics (США).

Одобрен первый препарат, который подходит для лечения 6 основных генотипов вируса гепатита С

28 июня FDA одобрило препарат Эпклюса (Epclusa) для лечения взрослых пациентов с хроническим гепатитом С с/без цирроза. Данное средство рекомендовано для применения в комбинации с рибавирином у больных тяжелым циррозом (декомпенсированный цирроз).

Эпклюса – это фиксированная комбинация софосбувира, одобренного в 2013 г., и нового лекарственного средства велпатасвира, которая является первым полностью пероральным пангенотипным режимом терапии с применением единой таблетки для лечения взрослых с хроническим гепатитом С генотипов 1-6.

Существует как минимум 6 основных генотипов вируса гепатита С, на основе которых подбирается тактика лечения. С учетом генотипа определяют оптимальный вариант терапии и ее продолжительность. Около 75% американцев с гепатитом С имеют генотип 1, 20-25% – генотип 2 или 3, небольшое количество – генотип 4, 5 или 6. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), вирусный гепатит С переходит в хроническую форму примерно в 75-85% случаев.

Препарат предназначен для лечения всех генотипов гепатита С. Необходимо принимать данное средство ежедневно по 1 таблетке в течение 12 нед. Кроме того, Эпклюса является первым утвержденным средством для терапии пациентов с гепатитом С генотипа 2 и 3 без необходимости применения рибавирина.

Одобрение Эпклюса базируется на данных 3 международных клинических исследований 3-й фазы, в которых приняли участие 1558 пациентов с гепатитом С без цирроза или с компенсированным циррозом печени. У 95-99% больных, получавших исследуемый препарат, через 12 нед после окончания терапии вирус в крови обнаружен не был. Еще в одном испытании изучались эффективность и безопасность препарата у 267 пациентов с декомпенсированным циррозом печени на фоне вирусного гепатита С.

Наиболее частыми побочными эффектами на фоне терапии препаратом были головная боль и тошнота. Производит Эпклюса компания Gilead Sciences Inc. (США).

Официальный адрес FDA: www.fda.gov

НОВОСТИ EMA

EMA планирует одобрить новый препарат для лечения рассеянного склероза

Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency – EMA) проверило заявку на регистрацию препарата Окревус/Ocrevus (окрелизумаб) для лечения рецидивирующего рассеянного склероза (РРС) и первично-прогрессирующего рассеянного склероза (ППРС). Если медикамент будет одобрен по обоим показаниям, то станет первым и единственным средством, предназначенным для лечения обеих форм рассеянного склероза (следует отметить, что на указанные варианты приходится примерно 95% случаев патологии).

Заявка на регистрацию препарата основана на положительных результатах исследований 3-й фазы. Данные 2 идентичных испытаний (OPERA I и OPERA II) с участием больных РРС доказали более высокую эффективность Окревус в снижении частоты рецидивов заболевания и прогрессировании нетрудоспособности по сравнению с препаратом Ребиф/Rebif (интерферон β-1a). Результаты исследования ORATORIO у пациентов с ППРС также показали значительное снижение показателей, указывающих на прогрессирование инвалидизации, и др. по сравнению с плацебо.

В целом профиль безопасности препарата Окревус в исследованиях 3-й фазы был сопоставим с таковым интерферона β-1a при РРС и плацебо при ППРС. Наиболее распространенные нежелательные явления – реакции, связанные с выполнением инфузии, а также инфекции (в основном легкой и умеренной степени тяжести).

Окревус – это экспериментальное гуманизированное моноклональное антитело, предназначенное для селективного воздействия на CD20+ В-клетки. Последние являются специфическим типом иммунных клеток, которые, предположительно, играют ключевую роль в поражении миелиновой оболочки аксонов нервных клеток. Согласно данным доклинических исследований, окрелизумаб связывается с поверхностными белками CD20, экспрессируемыми на определенных В-клетках, за исключением стволовых и плазматических клеток, что позволяет сохранять важные функции иммунной системы.

По материалам www.medpharmconnect.com

Подготовила ***Ольга Татаренко***

Досвід застосування альтернативних джерел енергії в лікувальних закладах України

Першого липня в ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» (м. Київ) відбулося введення в експлуатацію геліоустановки, що забезпечуватиме гарячою водою пацієнтів і медперсонал закладу. Водночас використання сонячної батареї дозволить зменшити фінансові витрати на комунальні послуги. Обладнання було встановлено за підтримки благодійного фонду «Здоров'я для всіх», представники якого активно впроваджують сучасні та екологічно раціональні методи отримання енергії в різних лікувально-профілактичних закладах нашої країни.

Своїми думками з цього приводу поділився **директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор Володимир Миколайович Коваленко**.

– Модернізація підходів щодо традиційного забезпечення комунальних послуг у системі охорони здоров'я сьогодні є надзвичайно актуальною. З одного боку, це пов'язано зі значним обмеженням бюджетного фінансування медичної галузі, коли необхідно визначати першочергові та найбільш необхідні шляхи спрямування наданих державних коштів, і при цьому підтримувати рівень якості надання медичної допомоги пацієнтам. З іншого боку, не треба забувати і про екологічний стан як столиці, так і країни в цілому. Часто ми недооцінюємо негативний вплив промислових викидів в атмосферу, вагому частку яких становлять викиди від спалювання твердопаливних матеріалів. Наприклад, у зимовий період у разі застосування твердопаливних систем опалювання у нашому Інституті за добу витрата твердого палива може становити у середньому 2-3 тонни, адже госпітальний корпус є досить великим, а саме: понад 300 ліжок, поліклініка, наукові підрозділи, інфраструктура тощо. Зрозуміло, що шкідливість викидів зменшується у випадку застосування більш якісного палива, хоча забруднення атмосфери все одно наявне.

Встановлення сонячної батареї на даху госпітального корпусу нашого закладу відбулося тиждень тому, і тепер виключно завдяки цьому обладнанню ми маємо можливість забезпечувати гарячою водою пацієнтів та медперсонал у літній період. Як виявилося, температура гарячої води в санвузлах при експлуатації геліоустановки становила близько 60°С.

Безумовно, регулярне й своєчасне тепловодопостачання є одним із факторів комфортного перебування пацієнтів у нашому Інституті. Тому від себе особисто та від імені всього нашого колективу хочу подякувати керівництву благодійного фонду «Здоров'я для всіх» за фінансову підтримку й можливість ефективного використання природних джерел енергії для потреб закладу. Також я сподіваюся на активну співпрацю з фондом у цьому напрямі в майбутньому, що стане важливим кроком у раціоналізації економіки господарювання в медичній галузі.

Голова благодійного фонду «Здоров'я для всіх» Сергій Володимирович Шевчук коротко розповів про основні напрями діяльності організації та зазначив, що фонд розпочав діяльність на території України у 2000 р. За цей час було реалізовано близько 20 гуманітарних проектів, що стосувалися здоров'я громадян і екологічних проблем. Один з них – проект надання допомоги особам, які постраждали від повені в Закарпатті у 2001 р.

Три роки тому був започаткований проект «Сонячні лікарні», основною метою якого є розроблення алгоритму впровадження альтернативних джерел енергопостачання в мережі лікувальних закладів України. Для його реалізації обрали 3 лікарні: Гайворонська центральна районна лікарня Кіровоградської області на 210 госпітальних ліжок, Чаплинська центральна районна лікарня Херсонської області на 162 госпітальних ліжка та Липецька амбулаторія Харківського району на 40 госпітальних ліжок з пунктом швидкої медичної допомоги.

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» є першим серед закладів НАМН України, з яким співпрацює фонд «Здоров'я для всіх», тому що раніше увага була зосереджена переважно на підтримці лікувальних закладів у віддалених від столиці регіонах. Це пов'язано, насамперед, з їхнім більш скрутним фінансовим становищем порівняно зі столичними медичними закладами. Проте сьогодні зрозуміло, що підтримки потребують і провідні медичні установи, адже оптимальне використання енергоресурсів у будь-якій організації чи підприємстві відображається на економіці та екологічній ситуації країни в цілому.

Що стосується економічного ефекту від встановлення сонячних колекторів, то його можна продемонструвати на прикладі Миколаївського центрального госпіталю, де адміністрація провела фінансово-економічні підрахунки. Відповідно до їхніх даних, електроенергія, витрачена в літній період на нагрів води при користуванні геліоустановками, зменшилася в 7 разів.

Крім того, діяльність фонду пов'язана із забезпеченням комфортного перебування як хворих у медичних закладах, так і біженців, цивільних осіб та військових, постраждалих внаслідок бойових дій, осіб похилого віку, одиноких і непрацездатних інвалідів. Зокрема, нещодавно були введені в експлуатацію сонячні батареї в Обласній клінічній лікарні ім. І. Мечникова в м. Дніпро, у геріатричному стаціонарі в Київській області, будинку-інтернаті для престарілих у м. Вінниця та Одеському клінічному санаторії ім. Пирогова (Куяльник).

Є надія, що результати діяльності фонду «Здоров'я для всіх» стануть вагомим внеском до стабілізації та покращення енергетичної ситуації в Україні.

ДОВІДКА ЗУ

Сонячна батарея (сонячний модуль, панель) є фотоелектричним генератором, принцип дії якого ґрунтується на одній з фізичних властивостей напівпровідників: фотони світла здатні вибивати електрони із зовнішньої оболонки атомів. У фізиці явище виходу електронів з тіла під дією електромагнітного випромінювання називається фотоефектом. У випадку, коли електрони вилітають з тіла у вакуум або інше середовище, це називають зовнішнім фотоефектом, або фотоелектронною емісією. Так, ще в 1888 р. німецький фізик В. Гальвакс дослідив, що під дією світла металева пластинка заряджається позитивно. А в 1888-1889 рр. явище фотоефекту детально вивчав російський учений О.Г. Столєтов, який проаналізував залежність сили струму від частоти світла, його інтенсивності та інших характеристик випромінювання. Згодом вивчені ним закономірності назвали законами фотоефекту (Коршак Є.В., 2011).

Основною робочою характеристикою сонячної батареї є пікова потужність, що вимірюється у ватах (Вт). Вона показує вихідну потужність батареї в оптимальних умовах (інтенсивність сонячного випромінювання – 1 кВт/м^2, температура навколишнього середовища – 25 °С та ширина сонячного спектру – 45°). Зрозуміло, що створити такі умови на практиці важко, тому сьогодні існують спеціальні формули для розрахунку річного економічного ефекту, внутрішніх норм дохідності та терміну окупності інвестицій при застосуванні сонячних батарей. Також збільшення коефіцієнта корисної дії геліоустановок можливе за рахунок вдосконалення виробничих матеріалів і процесів перетворення енергії сонячного випромінювання (Сисоєва М.С., 2011).

Підготувала ***Людмила Оніщук***

ОБЪЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ТЕБЯ!

- Если ты хочешь сделать свою жизнь интереснее, созидательнее, наполнить ее событиями и новым качеством…
- Если ты любишь общаться с людьми, с удовольствием пишешь на разные темы…
- Если ты врач или скоро им станешь, это объявление для тебя!

«Медична газета «Здоров'я України»
предлагает творческим, грамотным и ответственным людям с медицинским образованием, опытом работы в медицинской прессе (желательно) и умением логически мыслить работу в штате от времени ездить в командировки.

Всех желающих попробовать свои силы просим обращаться по телефону: 067-9996587
или отправить резюме по електронному адресу: elvira_sabadash@inbox.ru

Мы ждем всех, кто хочет стать частью команды, ищет интересную работу с гибким графиком и приятным вознаграждением.

Комбинированная терапия в лечении артериальной гипертензии

25-27 мая в г. Днепре состоялась научно-практическая конференция «Медико-социальные проблемы артериальной гипертензии в Украине». В рамках конференции прозвучали доклады ведущих кардиологов Украины, были представлены результаты последних исследований в гипертензиологии. О необходимости использования комбинированной терапии в лечении артериальной гипертензии (АГ) и результатах недавнего клинического исследования, в котором показана эффективность тройной фиксированной комбинации фармацевтической компании «Дарница» Тиара Трио® в лечении пациентов с АГ, рассказала профессор кафедры внутренней медицины № 3 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук Татьяна Владимировна Колесник.

– Количество больных АГ продолжает неуклонно расти. Согласно прогнозам ВОЗ к 2025 г. число пациентов, страдающих АГ, превысит 1,5 млрд. Вместе с тем возрастает доля лиц молодого возраста, имеющих стойкое повышение артериального давления (АД). На базе нашей кафедры в 2014 г. было выполнено популяционное исследование, целью которого явилось изучение распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой популяции. АГ была выявлена у 46% обследованных нами лиц. При этом регулярное лечение АГ получали только 47% из них, 10% предпочли курсовое лечение, а 43% пациентов признались, что лечатся эпизодически. Безусловно, такой лечебный подход идет вразрез с современными рекомендациями по лечению АГ. Поэтому вопросу приверженности пациентов к гипотензивному лечению следует уделять особое внимание.

Дальнейший анализ показал, что из 47% наиболее дисциплинированных пациентов, регулярно получающих лечение, целевых цифр АД достигают лишь 19%. Таким образом, всего 13,8% от общего количества лиц с АГ достигают целевых цифр АД.

Причины сложности достижения целевого АД:

- **многообразие патофизиологических механизмов повышения АД и вследствие этого низкая эффективность монотерапии;**
- **низкая приверженность больных к лечению;**
- **врачебная инертность или изначально неоптимальная тактика лечения.**

Повысить шансы на успех в лечении АГ позволяет назначение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов. Комбинированная терапия воздействует сразу на несколько патогенетических механизмов повышения АД. Наличие фиксированной комбинации в одной таблетке позволяет значительно повысить приверженность пациентов к лечению. Таким образом, пациент получает комфортное лечение, а врач – гарантированный клинический эффект.

Сегодня к антигипертензивным препаратам предъявляются жесткие требования. Так, по мнению врача, оптимальный гипотензивный препарат должен обладать стабильным и длительным (≥24 ч) эффектом, иметь коэффициент T/P >50% (through-to-peak, отношение остаточного гипотензивного эффекта к максимальному), способствовать регрессу патологических изменений в органах-мишенях. В то же время для пациента крайне важным является удобство приема препарата (оптимально – 1 р/сут), минимальное количество побочных эффектов и, безусловно, доступная цена лекарства.

Сегодня практически во всех клинических руководствах по лечению АГ стартовая комбинированная антигипертензивная терапия включает в себя блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибитор ангиотензинпревращающего фермента или блокатор рецепторов ангиотензина II – ИАПФ или БРА) и блокатор кальциевых каналов (БКК) или же диуретик. Такая комбинация действительно позволяет достичь эффективного воздействия на ключевые звенья патогенеза АГ – нейрогуморальную дисрегуляцию, задержку натрия и эндотелиальную дисфункцию, а также на процессы ремоделирования сердца и сосудов. Но двухкомпонентная терапия не всегда приводит к достижению целевого АД. Вероятно, это связано с тем, что не все звенья патогенеза АГ подавляются. Поэтому рационально применять трехкомпонентные комбинации, имеющие более выраженный гипотензивный потенциал.

Таким препаратом является Тиара Трио® компании «Дарница». В его состав входят валсартан (160 мг), амлодипин (5 или 10 мг) и гидрохлортиазид (12,5 мг). Основу комбинации составляет представитель класса БРА валсартан. Для этой молекулы характерны высокая антигипертензивная эффективность, «плавное» начало действия и продолжительный гипотензивый эффект (≥24 ч при однократном приеме), отсутствие синдрома отмены.

Валсартан, как и другие представители класса сартанов, имеет выраженное органопротекторное действие, оказывает положительное влияние на углеводный, липидный, пуриновый обмен. Следует подчеркнуть отличную переносимость валсартана – профиль побочных эффектов сопоставим с таковым у плацебо.

Сродство этой молекулы к рецепторам ангиотензина 1 типа в 20 тыс. раз больше, чем к рецепторам 2 типа. Валсартан подавляет все опосредованные АТ1-рецепторами эффекты ангиотензина II, включая вазопрессорный ответ и секрецию альдостерона. Действие валсартана приводит к стабильной блокаде АТ1-рецепторов, с течением времени не наблюдается увеличения количества заблокированных рецепторов или снижения их чувствительности. Гипотензивный эффект валсартана не зависит от времени приема препарата. Отмечается позитивное влияние на недостаточное снижение АД в ночное время у пациентов с суточным профилем АД по типу non-dipper.

Валсартан рекомендован как препарат первого ряда в лечении АГ. Он имеет доказанную высокую антигипертензивную эффективность (исследование VALUE), а также ряд органопротекторных эффектов. Благодаря этому данный препарат может быть назначен пациентам с ишемической болезнью сердца и стенокардией, острым коронарным синдромом, хронической сердечной недостаточностью, хроническим заболеванием почек и сахарным диабетом.

Вторым компонентом препарата Тиара Трио® является гидрохлортиазид – один из самых назначаемых диуретиков. Молекула гидрохлортиазида хорошо изучена в лечении пациентов с АГ в исследованиях HANE, HAPPY, EWPHE, MRC eldery, MFRIT, STOP-HYPERTENSION, STOP-HYPERTENSION-2, CONVINCE и др.

Наконец одним из самых популярных в гипертензиологии препаратов является амлодипин. Он показал свою эффективность более чем в 350 исследованиях у пациентов с АГ и более чем в 100 исследованиях у пациентов с ишемической болезнью сердца.

С целью оценить эквивалентность по показателям эффективности лекарственных средств Тиара Трио® («Дарница», Украина) и Ко-Эксфорж® (NovartisPharma, Швейцария) было проведено открытое рандомизированное параллельное контролируемое исследование, в которое вошли пациенты с гипертонической болезнью 2-3 степени. Перед исследователями стояла задача изучить терапевтическую эффективность, переносимость и возможные побочные реакции исследуемых препаратов, а также оценить терапевтическую эквивалентность тестируемого препарата (Тиара Трио®) по отношению к референтному.

Всего в исследование было включено 90 пациентов, основную группу составили 45 пациентов, получавших препарат Тиара Трио®, контрольную – 45 участников, получавших оригинальный препарат. Все больные страдали АГ 2-3 степени, имели уровень АД ≥160/100 мм рт. ст. в конце безмедикаментозного трехдневного периода или ДАД ≥95 мм рт. ст. Стаж АГ исследуемой группы больных составлял >10 лет. Средний возраст пациентов – 56,99 года, средний индекс массы тела в исследуемой группе – 30,8 кг/м^2. Оба препарата назначали по 1 таблетке 1 р/сут независимо от приема пищи. Курс приема составил 28 дней, этап исследования насчитывал 7 визитов, конечный визит – через 28 дней лечения.

В результате проводимого лечения уровень офисного систолического АД (САД) снизился в основной группе в среднем на 40,49 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – на 23,74 мм рт. ст.; в контрольной группе: САД – на 37,89 мм рт. ст., ДАД – на 19,94 мм рт. ст. Снижение было статистически значимым в обеих группах. Наиболее выраженное снижение уровня офисного АД отмечалось на 7-й день лечения: в основной группе САД снизилось на 35,5 мм рт. ст., в контрольной – на 32,62 мм рт. ст.; в основной группе ДАД снизилось на 19,7 мм рт. ст., в контрольной – на 14,64 мм рт. ст. Целевой уровень АД (≤140/90) к концу исследования был достигнут у 81,4% пациентов основной группы и у 75,6% – контрольной.

Снижение на 7-м визите по сравнению с 3-м САД на ≥10 мм рт. ст. и ДАД на ≥5 мм рт. ст. наблюдалось у 97,7% пациентов основной группы и 95,6% – контрольной. Важно отметить, что за время лечения значительно уменьшилась вариабельность САД и ДАД в обеих группах. Доля пациентов, у которых терапия была расценена как эффективная, составила 100% как в основной, так и в контрольной группах.

Что касается профиля безопасности сравниваемых препаратов, то клиническое обследование продемонстрировало отсутствие отрицательного воздействия на лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови, а также общего анализа мочи у пациентов обеих групп.

Побочные явления были зарегистрированы у двух пациентов основной группы в виде повышения уровня креатинина у одного пациента и кратковременной боли в животе слабой степени выраженности у другого, а также у двух пациентов контрольной группы (повышение уровня мочевой кислоты у одного больного и однократная диарея слабой степени выраженности – у другого). Эти нежелательные явления не требовали отмены препарата и завершились полным выздоровлением без неблагоприятных последствий.

Таким образом, стартовая комбинированная терапия АГ должна быть не только высокоэффективной и безопасной, но и максимально удобной для пациента. Назначение фиксированных трехкомпонентных комбинаций позволяет достичь максимального клинического эффекта и сохранить высокую приверженность пациентов к назначенной терапии.

Современный украинский препарат Тиара Трио® в сравнительном исследовании показал высокую антигипертензивную эффективность: достичь целевого уровня АД удалось у 81,4% пациентов. Снижение САД на ≥10 мм рт. ст. и ДАД на ≥5 мм рт. ст. было отмечено у 97,7% пациентов в группе, принимавшей Тиара Трио®, и у 95,6% в группе, принимавшей референтный препарат. Терапия была оценена исследователями как эффективная у 100% пациентов в обеих группах. Исследователями сделан вывод о том, что препарат Тиара Трио® терапевтически эквивалентен оригинальному препарату при лечении больных с АГ 2-3 степени, характеризуется высоким профилем безопасности и является хорошо переносимым.

Подготовила ***Мария Маковецкая***

Информация для размещения в специализированных изданиях, предназначенных для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на семинарах, симпозиумах по медицинской тематике.

Терапия остеопороза и заболеваний костно-мышечной системы: обсуждение с участием ведущих мировых экспертов

9-11 марта во Львове прошел II Международный симпозиум Bone & joint diseases and age, организованный совместными усилиями Украинской ассоциации остеопороза, Австрийского общества Bone and Mineral Research и Словацкого общества остеопороза и метаболических заболеваний костной ткани при поддержке Европейского общества клинических и экономических аспектов остеопороза, остеоартроза и заболеваний костно-мышечной системы (ESCEO). Нынешнее мероприятие стало продолжением традиции, заложенной год назад: первый такой симпозиум состоялся весной прошлого года и сразу же привлек пристальное внимание специалистов своим высочайшим научным уровнем. Дальнейшую эволюцию этой идеи мы можем наблюдать сегодня: докладчиками на симпозиуме выступили известные ученые из 17 стран Европы и из США. Многие из них, будучи признанными экспертами в обсуждаемых на симпозиуме вопросах, принимают непосредственное участие в формировании международных подходов к диагностике и лечению заболеваний костно-мышечной системы.

Местом проведения симпозиума стал Дом ученых – одна из архитектурных жемчужин Львова, здание, построенное в конце XIX века по проекту венских архитекторов Германа Гельмера и Фердинанда Фельнера. Просторные и прекрасно оборудованные аудитории позволили разместить беспрецедентное количество участников симпозиума и обеспечить современное техническое сопровождение, включая синхронный перевод многочисленных докладов, сделанных иностранными учеными.

От имени членов оргкомитета работу симпозиума открыл **президент Украинской ассоциации остеопороза и Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-мышечной системы, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», профессор Владислав Владимирович Поворознюк**. В своей приветственной речи, обращенной к участникам мероприятия, он выразил благодарность за поддержку руководству Министерства здравоохранения, НАМН Украины, Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины, Национальному обществу геронтологии и гериатрии Украины, Львовскому национальному медицинскому университету им. Даниила Галицкого, Львовскому городскому совету и Украинскому врачебному обществу г. Львова, всем членам оргкомитета за помощь в организации симпозиума. На церемонии открытия выступили также представители медицинской общественности Львова, организаторы здравоохранения и зарубежные гости.

Костно-мышечная система и возраст: взгляд на проблемы в глобальном масштабе

Президент Международной ассоциации остеопороза (IOF), профессор John A. Kanis (Великобритания) впервые посетил Украину специально для участия в этом симпозиуме. Его доклад, посвященный проблеме оценки риска переломов и использования метода FRAX в клинической практике, открыл научную программу мероприятия. Профессор напомнил, что остеопороз, как системное заболевание скелета, характеризуется выраженным снижением костной массы и нарушением микроархитектуры костной ткани, что, в свою очередь, приводит к повышению риска переломов – основного осложнения остеопороза. Так, распространенность переломов бедренной кости в большинстве стран мира составляет ежегодно от 200 до 600 случаев на 100 тыс. населения. Метод FRAX, разработанный в 2008 г. при непосредственном участии докладчика, привел к появлению нового подхода в диагностике остеопороза, основанного на определении абсолютного риска переломов.

Компьютерная программа (алгоритм оценки риска) FRAX представляет собой современную прогностическую методику, используемую для определения 10-летнего риска развития переломов шейки бедренной кости и низкотравматических переломов других основных локализаций (переломов лучевой и плечевой кости, клинически выраженных переломов тел позвонков) на основании оценки клинических факторов риска. Оценка риска может проводиться с учетом минеральной плотности костной ткани (МПКТ) или без нее. FRAX намного эффективнее с точки зрения прогноза риска переломов, чем показатель МПКТ сам по себе; для удобства этот алгоритм включен сегодня в программное обеспечение денситометров и упоминается более чем в 80 различных руководствах. Разработка клинических рекомендаций, основанных на вероятности перелома, позволяет выявить большее количество лиц высокого риска, для которых лечение остеопороза будет полезным, либо наоборот – избежать неоправданной терапии.

Следует отметить, что перед началом симпозиума состоялось заседание, посвященное методу FRAX, на котором выступила доктор медицинских наук Н.В. Григорьева. Она представила результаты ретроспективного исследования STOP, посвященного изучению распространенности остеопоротических переломов у пациентов старших возрастных групп, проживающих в разных регионах Украины. Это исследование, проведенное в 2013-2015 гг., выявило региональные особенности распространенности остеопоротических переломов и легло в основу разработки украинской модели FRAX.

В настоящее время FRAX доступен в 58 странах мира, что позволяет охватить 79% мировой популяции; ежегодно FRAX используется при расчете риска более 3 млн раз. Поскольку в различных регионах планеты существует разный уровень вероятности переломов среди населения, создаются разные версии FRAX с учетом региональных показателей смертности и частоты переломов. (Украинскими учеными при поддержке профессора J. Kanis подготовлена первая версия модели FRAX, адаптированная для Украины; она впервые размещена на сайте Кембриджского университета в июне текущего года. К концу года модель будет представлена украинской медицинской общественности. – **Прим. ред.**)

Президент ESCEO, профессор Льежского университета (Бельгия) Jean-Yves Reginster подчеркнул, что увеличение средней продолжительности жизни приводит к старению населения планеты, особенно в восточноевропейских странах. В итоге с каждым годом увеличивается количество пациентов, страдающих от ассоциированных со старением заболеваний, таких как остеопороз, остеоартрит и саркопения. В рамках симпозиума J.-Y. Reginster представил два доклада, названия которых говорят сами за себя: «Витамин D при остеопорозе: настоящая история» и «Ловушки в разработке препаратов для лечения саркопении».

Препараты кальция и витамина D в обязательном порядке назначаются всем пациентам, получающим специфическую терапию остеопороза. Многочисленные исследования подтверждают значимость кальция и витамина D для предотвращения потери костной массы и снижения риска остеопоротических переломов, особенно у пожилых людей. В то же время активно обсуждается связь терапии препаратами кальция и витамина D с развитием сердечно-сосудистых осложнений. Профессор Reginster обобщил доступные в настоящее время данные научных исследований, касающиеся этого вопроса. По его словам, терапия препаратами кальция в целом безопасна, но может быть ассоциирована с некоторым повышением риска инфаркта миокарда. В отдельных исследованиях показано, что применение препаратов кальция (в дозах >1400 мг/сут и без витамина D) у женщин ассоциировалось с более высокими показателями смертности от разных причин, включая сердечно-сосудистые заболевания. Сегодня этот вопрос остается дискутабельным, поскольку нет исследований, изучавших этот вопрос в качестве первичной конечной точки, а в отдельных исследованиях получены противоречивые результаты. На фоне монотерапии кальцием не отмечено ускорения кальцификации коронарных артерий, как и достоверного увеличения сердечно-сосудистой смертности; она также не влияет на риск инсульта или смертность пациентов. В то же время комбинированная терапия препаратами кальция и витамина D достоверно снижает смертность от всех причин. По результатам ретроспективного анализа как низкий, так и повышенный уровень 25(OH)D в сыворотке крови ассоциируются с увеличением смертности от разных причин, тогда как нормальный – с достоверным снижением смертности. Всем пациентам, получающим терапию остеопороза (как антирезорбентами, так и терипаратидом, паратгормоном и др.), назначается кальций в дозе 500-1200 мг/сут, а также витамин D в дозе 400 МЕ/сут.

Говоря о саркопении, докладчик отметил, что характерная для этого заболевания прогрессирующая потеря массы и силы скелетных мышц у лиц пожилого и старческого возраста не только приводит к физической слабости, уменьшению подвижности и падениям, но также увеличивает частоту госпитализаций и общий риск смерти.

Сегодня в разработке находится ряд препаратов разных групп, потенциально перспективных в лечении саркопении (ингибиторы рецепторов активина, ингибиторы миостатина, β-агонисты, активаторы тропонина, ингибиторы цитокинов, модуляторы экспрессии конкретных генов, ростовые факторы и т. д.). И все же в области диагностики и лечения саркопении сегодня больше вопросов, чем ответов, и эти вопросы ожидают решения. Отмечается существенный недостаток знаний, отсутствие клинических руководств по ведению пациентов с саркопенией, а также инструментов оценки рисков, связанных с развитием этого заболевания.

При определении саркопении современные консенсусы рекомендуют проводить объективную оценку мышечной/обезжиренной мышечной массы и силы скелетных мышц либо их функциональных возможностей. Так, в соответствии с критериями Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых людей (EWGSOP) саркопения диагностируется у пожилых пациентов при сниженной скорости ходьбы до ≤0,8 м/с, силы скелетной мускулатуры <30 кг для мужчин и <20 кг для женщин, мышечной массы <7,25 кг/м^2 для мужчин и <5,5 кг/м^2 для женщин. Кроме измерения силы скелетной мускулатуры для оценки мышечной силы и функции могут быть использованы различные двигательные тесты, в частности SPPB (Short Physical Performance Battery) и другие; для самооценки качества жизни рекомендован опросник SarQol.

Целевой популяцией для включения в исследования II фазы, посвященные изучению терапии саркопении, признаны лица 65 лет и старше. В рамках планирующихся исследований III фазы важен поиск оптимального соотношения пользы и риска от применения исследуемых препаратов или других вмешательств целевой популяции. Отдельно должны рассматриваться подгруппы, например лица, перенесшие перелом шейки бедра и т. д. (Украина также будет участвовать в этом исследовании. – **Прим. ред.**)

Первоочередной задачей профессор J.-Y. Reginster считает разработку прогностической модели оценки рисков,

связанных с саркопенией, которая, предположительно, будет подобна FRAX. Появление такого инструмента позволит четче разработать критерии для назначения терапии и включения пациентов в исследования, обеспечит стандартизацию научных результатов, облегчит оценку доказательных данных.

Доклады **профессора медицинского факультета Венского университета (Австрия) Heinrich Resch**, представляющего на семинаре Австрийское общество Bone and Mineral Research, прозвучавшие на двух секциях, продемонстрировали широкий кругозор и творческий подход докладчика к освещению тем. В своей первой лекции он рассказал об обнаруженных им признаках ревматических заболеваний в произведениях живописи. С точки зрения клинициста он проанализировал репродукции полотен известнейших мастеров прошлого – Пьера Огюста Ренуара, Диего Веласкеса, Бернардино ди Бетто, Эль Греко и других. Форма ногтей и суставов, положение пальцев и кисти в целом, цвет кожи и другие признаки позволяют обнаружить симптомы целого ряда заболеваний. Профессор H. Resch показал, как с учетом классического паттерна деструкции суставов у персонажей с полотен старых мастеров можно диагностировать ревматоидный, псориатический артрит и остеоартрит, определить подагрические тофусы. Все это свидетельствует не только о высокой распространенности, но также о раннем начале заболеваний суставов в те времена – ведь нарушения, достоверно переданные художниками, присутствуют даже у юных девушек. Характерное искривление мизинца и коленных суставов можно увидеть, например, в известнейшем полотне Сандро Боттичелли «Рождение Венеры». Присутствие таких нарушений у персонажей нескольких полотен одного и того же художника показывает, что мастеру позировала одна и та же модель.

Директор ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Викторович Безруков рассказал о генетических исследованиях в гериатрии, которые ведутся в возглавляемом им учреждении. В исследовании с участием 103 здоровых женщин и 141 женщины с остеопорозом изучалась способность полиморфизма конкретных генов влиять на состояние костной ткани. Полиморфными называют гены, представленные в популяции несколькими разновидностями (аллелями), что обусловливает разнообразие признаков внутри вида. В итоге были выявлены интересные закономерности. Показано, что вариант GG гена коллагена COL1A1 (1546 T/G) ассоциирован с повышенным риском остеопороза и переломов, тогда как вариант GT этого гена ассоциирован со снижением МПКТ. С повышенным риском остеопороза также связан вариант GG гена рецепторов витамина D VDR (60890 A/G) и вариант TC гена остеопротегерина OPG (rs6993813). Кроме того, вариант TT гена склеростина SOST (rs1513670) связан с повышенным риском остеопороза и переломов. Докладчик подчеркнул, что развивающийся в процессе старения генетический полиморфизм способен существенно влиять на процесс костного ремоделирования, то есть повышению риска остеопороза способствуют конкретные генетические изменения. Дополнительный риск развития остеопороза связан с модификацией генов, ответственных за разные стадии костного метаболизма (VDR, ER и др.). Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение гендерных и индивидуальных особенностей генетических изменений, исследование паттернов генной модификации, взаимосвязи влияния разных генов. Все эти исследования будут способствовать поиску новых возможностей профилактики и лечения остеопороза.

Как **президент Украинской ассоциации остеопороза, профессор Владислав Владимирович Поворознюк** рассказал о результатах деятельности этой организации в прошлом и планах на будущее. По его словам, проблема глобального старения населения непосредственно затрагивает и Украину: если в 2013 г. люди в возрасте ≥65 лет составляли ~15,7% населения, то к 2050 г. число жителей в возрасте ≥60 лет достигнет уже 21%. Соответственно, увеличивается распространенность ассоциированных с возрастом заболеваний. Украинская ассоциация остеопороза призвана объединить усилия специалистов для обеспечения самого высокого уровня оказания помощи населению Украины и развития международного сотрудничества. «Сердцем» ассоциации является Украинский научно-медицинский центр остеопороза (г. Киев), который многие годы работает на базе Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева

НАМН Украины; более чем в 20 крупных городах Украины открыты региональные медицинские центры остеопороза – они также работают как представительства ассоциации. Следует отметить, что в мае прошлого года, когда во Львове проходил I Международный симпозиум Bone & joint diseases and age, состоялось открытие соответствующего центра на базе Львовской городской больницы № 4.

В настоящее время исследовательская группа под руководством профессора В.В. Поворознюка изучает целый ряд актуальных научных тем. В их числе – возможности использования метода оценки качества костной ткани (Trabecular Bone Score, TBS) в определении риска остеопоротических переломов у мужчин и женщин; актуальные вопросы в диагностике и лечении саркопении, гиперурикемии, оценке и лечении болевого синдрома при различных заболеваниях костно-мышечной системы. Постоянно проводятся масштабные эпидемиологические исследования, результаты которых представляют практический интерес. Например, обнаруженная учеными высокая распространенность дефицита и недостаточности витамина D (81,8 и 92,2% среди взрослого и детского населения Украины соответственно) побудила искать эффективные методы преодоления этой проблемы. В итоге Украинский научно-медицинский центр остеопороза совместно с Украинским национальным университетом пищевых технологий приступили к созданию фортифицированных пищевых продуктов.

Следует отметить, что украинские ученые принимают деятельное участие в работе ежегодного Европейского конгресса по остеопорозу и остеоартрозу IOF и ESCEO и многих других научных форумов во всем мире. Высокий уровень научных исследований и активность Украинской ассоциации остеопороза известна и оценена по достоинству зарубежными коллегами. Доказательство тому – текущий симпозиум, собравший во Львове мировую элиту в сфере изучения заболеваний костно-мышечной системы.

Президент Словацкого общества остеопороза и метаболических заболеваний костей (г. Братислава, Словакия), профессор Juraj Payer посвятил свое выступление взаимосвязи гормона роста (ГР, он же соматотропин) и состояния костной ткани. Известно, что в отношении костной ткани ГР проявляет анаболический эффект, опосредованный инсулиноподобным фактором роста (IGF-1). IGF-1 выделяется преимущественно печенью, регулирует экспрессию рецепторов к ГР и способен ингибировать апоптоз остеобластов in vitro; сам ГР способствует превращению в остеобласты мезенхимальных клеток-предшественников. Влияние ГР на костную ткань отличается в разные периоды жизни человека. У детей ГР стимулирует продольный рост костей, у подростков – созревание костей и достижение пика костной массы. У взрослых ГР обеспечивает поддержание нормальной костной массы. Нарушение синтеза этого гормона, которое наблюдается у человека в разном возрасте, непосредственно влияет на состояние костной системы и способно провоцировать серьезные отдаленные последствия. Изучая результаты обследования пациентов с акромегалией, было обнаружено, что повышение выработки ГР приводит к увеличению массы кортикального слоя кости и, похоже, не влияет на состояние трабекулярной ткани. Так, у пациентов с акромегалией наблюдается феномен увеличенной частоты вертебральных переломов, несмотря на общее повышение МПКТ, что связано с нарушением костной архитектуры.

Научные данные относительно качества костной ткани у пациентов с дефицитом ГР (ДГР) ограничены. В связи с этим представляют интерес результаты исследования, проведенного под руководством докладчика, в котором изучалось влияние рекомбинантного ГР (РГР) на показатели МПКТ и качество костной ткани (TBS), воздействие РГР в зависимости от статуса витамина D, а также проводилась оценка факторов риска, связанных с терапией. Установлено, что заместительная гормональная терапия у пациентов с ДГР приводит к увеличению МПКТ (в основном у мужчин, а также у пациентов, у которых ДГР наблюдается с детства). Также отмечено, что терапия РГР способна улучшать показатели TBS (в основном у женщин и пациентов, с детства страдающих от ДГР). При этом улучшение показателя TBS наблюдалось только у лиц с более высоким уровнем 25(OH)D. Таким образом, профессор J. Payer предполагает, что оптимального эффекта заместительной гормональной терапии на качество костной ткани у взрослых можно достичь лишь при условии достаточного уровня 25(OH)D в сыворотке крови. В целом заместительная терапия у пациентов с ДГР положительно влияла на костную ткань после закрытия зоны роста и уменьшала риск переломов.

Возраст и состояние костно-мышечной системы: новые научные данные

В своем докладе **профессор Edward Czerwinski (г. Краков, Польша)** «Саркопения, падения и переломы» отметил, что согласно современным представлениям старение является одной из основных причин саркопении. Так, от этого недуга страдает 15% лиц пожилого и более 50% лиц старческого возраста во всем мире. На развитие саркопении влияют гормональные факторы (уровни тестостерона, эстрогена, миостатина, ГР/IGF-1), хроническое воспаление, курение, диета (нарушение потребления или абсорбции белка, витамина D, антиоксидантов), а также гиподинамия, приводящая к атрофии мышц.

Профессор E. Czerwinski подчеркнул: учитывая достоверные данные о связи саркопении с повышением риска смерти, можно с уверенностью утверждать, что данное заболевание представляет серьезную опасность для определенной когорты населения. Доказано, что саркопения приводит к снижению МПКТ и является фактором высокого риска остеопороза. Сопутствующая саркопении мышечная слабость неизбежно приводит к падениям; ассоциированные с остеопенией или остеопорозом падения становятся причиной развития от 90 до 100% невертебральных переломов.

Единственными доступными в настоящее время методами профилактики и лечения саркопении являются регулярная физическая нагрузка и рациональное питание. Наиболее эффективны физические упражнения, направленные на увеличение силы и массы мышц. Полноценный рацион предполагает наличие достаточного количества белка (0,8-1,2 г на 1 кг массы тела в сутки), который стимулирует процессы регенерации и служит анаболическим стимулом для скелетных мышц, а также витамина D – он стимулирует синтез и дифференциацию миоцитов, подавляет их апоптоз, влияет на структуру и сократительную способность мышц. Для повышения устойчивости и профилактики падений профессор E. Czerwinski рекомендует выполнять физические упражнения умеренной интенсивности: это норвежская ходьба, аэробика, танцы, тай-чи и др. (с периодичностью не менее 3 раз в неделю).

Результаты исследования по саркопении среди украинских женщин представила **старший научный сотрудник отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», кандидат медицинских наук Наталия Ивановна Дзерович**. Были обследованы 311 здоровых женщин-добровольцев

Продолжение на стр. 32.

Терапия остеопороза и заболеваний костно-мышечной системы: обсуждение с участием ведущих мировых экспертов

Продолжение. Начало на стр. 30.

в возрасте 20-87 лет; ни одна из участниц исследования не имела системных заболеваний и не принимала препараты, влияющие на структурно-функциональное состояние костной и мышечной ткани. Аппендикулярная обезжиренная масса (ALM) измеряли на уровне четырех конечностей с помощью двухфотонной рентгеновской абсорбциометрии (DXA). Индекс ALM определяли по формуле: ALM/рост (кг/м^2). В исследовании было отмечено увеличение частоты саркопении с возрастом. Так, частота саркопении у женщин старше 65 лет составила 21,3%, повышаясь до 30,8% у женщин 80 лет и старше. Кроме того, установлено, что уровень потребления белка у женщин значительно снижается с возрастом, причем низкий уровень потребления белка отмечался именно у женщин с более низким показателем ALM. Полученные результаты подтвердили зарубежные данные о наличии взаимосвязи между уровнем потребления белка и массой скелетных мышц у лиц пожилого возраста. В другом исследовании с участием 38 женщин в постменопаузе (53-82 года) использование индивидуально подобранной терапии витамином D в сочетании со специальной программой физических упражнений (OTAGO) течение 12 мес приводило к достоверному улучшению ежедневной активности, мышечной силы, качества жизни и снижало частоту падений.

Медицинскую школу Висконсинского университета (г. Мадисон, США) представлял **профессор Neil Binkley.** Он выступил с докладом «Синдром нарушения мобильности: будущее – в снижении риска переломов». По его словам, оценка риска переломов по FRAX – это важный шаг, но не ответ на все вопросы. Саркопения и снижение МПКТ являются факторами риска падения и переломов, но при оценке риска у конкретного пациента следует «мыслить шире, выходя за пределы кости». Нельзя забывать о том, что многие состояния и заболевания, приводящие в конце концов к переломам, имеют общие механизмы развития и часто встречаются у одного и того же пациента, увеличивая в итоге степень риска. Например, сочетание низкой мышечной массы и функции с высоким содержанием жировой массы – так называемое «саркопеническое ожирение» – определяет неблагоприятный прогноз в отношении переломов, особенно у женщин в постменопаузе. При этом нередки случаи, когда саркопения у многих имеющих значительную жировую массу пациентов визуально не заметна и может быть упущена из внимания клинициста.

Как отметил профессор N. Binkley, рост количества переломов с возрастом связан с целым рядом причин, которые сегодня объединяют под названием «синдром нарушения мобильности» (СНМ). Его определяют как наличие трех или более синдромов и состояний, в число которых входят: ожирение, остеопороз, низкая мышечная масса и сила мышц, низкая скорость ходьбы или склонность к падениям. При оценке общего риска падений и переломов для конкретного пациента необходимо не сосредоточиваться на отдельном симптоме, а рассматривать их в комплексе. Для снижения риска переломов у больных с СНМ следует корректировать не только МПКТ (путем приема остеотропных препаратов, кальция и витамина D), но и остальные составляющие, такие как саркопения и, особенно, ожирение. При этом еще относительно недавно считалось, что ожирение снижает риск развития переломов; дальнейшие исследования показали обратное. Завершая свое выступление, профессор N. Binkley отметил, что, хотя ряд факторов риска невозможно оценить без специального исследования, оценить наличие СНМ для клинициста не так уж сложно. Достаточно во время осмотра спросить пациента, падал ли он в течение прошедшего года, и сколько раз, а также попросить его встать. Наличие падений и/или невозможность встать со стула без помощи рук с большой вероятностью свидетельствуют о саркопении/СНМ, повышенном риске падений и переломов и необходимости дальнейшего тщательного обследования и назначения лечения.

Взаимосвязь и взаимозависимость жировой, мышечной и костной ткани осветил в своем выступлении **профессор Janusz Badurski (г. Белосток, Польша)**. По его словам, одни и те же факторы влияют на состояние всех вышеупомянутых тканей, а их формирование и функционирование тесно связаны между собой. Дифференциация клеток мышечной (миоцитов), жировой (адипоцитов), хрящевой (хондроцитов) и костной (остеоцитов) ткани осуществляется из одного предшественника – мезенхимальной

стромальной клетки и проходит через ряд промежуточных стадий под контролем ростовых факторов, гормонов и механического воздействия. Известно, что плотность и прочность костей коррелируют с мышечной активностью; баланс между резорбцией и формированием костной ткани обеспечивают механические стимулы, связанные с физической нагрузкой. В свою очередь, адипоциты секретируют целый ряд системных остеотропных факторов; известны разные виды жировых клеток, развивающиеся в разных условиях и имеющие между собой существенные функциональные отличия. Абдоминальное ожирение считается фактором неблагоприятного прогноза и сопряжено с такими явлениями, как изменение концентрации в сыворотке крови склеростина, холестерола, гомоцистеина, ГР и других факторов, в результате влияющих на состояние костной ткани. Результатом целого ряда происходящих в организме процессов, связанных с гиподинамией, является изменение чувствительности рецепторов на уровне клеток к механическим и биохимическим стимулам. Малоподвижный образ жизни в преклонном возрасте оказывает системное воздействие на организм, приводя к нарушению метаболизма, развитию метаболического синдрома, ожирения, сахарного диабета (СД), саркопении, остеопороза – тонкие молекулярные механизмы, обусловливающие взаимосвязь всех этих состояний, в настоящее время достаточно хорошо изучены.

Президент Литовской ассоциации остеопороза, вице-президент Литовского общества геронтологов и гериатров, руководитель Центра геронтологии клиники внутренней медицины, семейной практики и онкологии, профессор Vidmantas Alekna рассмотрел процессы здорового старения и взаимодействия между образом жизни и различными гериатрическими синдромами. По его словам, начиная с 1970 года прогнозируемая средняя продолжительность жизни мировой популяции ежегодно увеличивается на 4 мес и сегодня составляет 68,7 года. Процесс старения человека заключается в накоплении характерных физических, психологических, социальных и биологических изменений в организме и постепенном расширении количества повреждений на молекулярном и клеточном уровне. Плохое состояние здоровья лиц пожилого возраста в первую очередь связано с ростом числа хронических заболеваний (ХЗ).

Повышенный интерес сегодня вызывают так называемые многофакторные гериатрические синдромы – к ним относятся саркопения, деменция, проблемы с равновесием и подвижностью, хрупкость костей, недержание мочи, хронические воспаления и т. д. Гериатрические синдромы имеют общие патофизиологические механизмы с определенными ХЗ и являются актуальной медико-социальной проблемой, резко ограничивая активность человека и его способность к самообслуживанию. Профессор V. Alekna отметил, что здоровый образ жизни влияет не только на ее продолжительность (при свободном доступе к надлежащей медицинской помощи даже человек с серьезными гериатрическими синдромами способен прожить долго), он в первую очередь гарантирует высокое ее качество, обеспечивая профилактику ХЗ и отодвигая начало существенного ухудшения состояния здоровья. Необходимо помнить, что обострение ХЗ или травмы в пожилом возрасте даже при условии успешного лечения приводят к необратимым изменениям в организме и существенно ускоряют старение. Вести правильный образ жизни не значит уметь устранять все факторы риска, это означает способствовать здоровому старению. Которое, в свою очередь, ассоциируется с хорошим самочувствием и высоким качеством жизни даже в очень преклонном возрасте.

Президент Румынской ассоциации профилактики остеопороза (ASPOR), доктор медицинских наук Andrea Ildiko Gasparik сфокусировала свой доклад на роли общения врача с пациентами, страдающими ХЗ, внеся в название своего доклада тезис «Врач является лекарством». Она подчеркнула, что ХЗ наносят существенный финансовый ущерб экономике страны, но главное – они являются причиной более чем 70% случаев смерти. Течение ХЗ предполагает, что пациент находится под медицинским наблюдением и регулярно посещает врача. И хотя сегодня много говорится о значимости изменения

глобальной модели оказания медицинской помощи с паллиативной на превентивную, существует целый ряд проблем, касающихся в первую очередь организации вторичной профилактики. Врач играет ключевую роль в регулировании качества и количества предоставляемой информации во время общения с пациентом, и от качества такого общения зависит как тщательность сбора анамнеза, так и понимание пациентом особенностей лечения и коррекции образа жизни. Специально проведенное исследование показало, что в 69% случаев врач во время приема прерывает пациента уже после первых 18 с, вследствие чего остается без внимания почти 50% базовой информации. Кроме того, непосредственно после визита к врачу пациенты забывают 80% предоставленной им информации, поэтому почти половина из оставшегося в памяти воспроизводится неправильно. С целью уменьшения числа таких случаев необходима новая концепция оказания медицинской помощи – ориентированная на пациента.

Эта концепция предполагает:

- уважительное отношение к больному;
- обеспечение его физического и эмоционального комфорта;
- предложение помощи в координации и интеграции лечения;
- информирование и обучение пациента;
- вовлечение в терапевтический процесс родных и близких пациента;
- ведение пациентами дневников болезни.

Только за счет организационных мероприятий можно повысить качество жизни пациентов, улучшить контроль над болезнью, во многих случаях – избежать чрезмерного использования диагностических и лечебных процедур, а также снизить затраты на оказание медицинской помощи. Разработка таких концепций должна проводиться с участием ассоциаций пациентов.

Современная диагностика заболеваний костно-мышечной системы: фокус на оценку риска

Экс-президент Международного общества клинической денситометрии (ISCD), руководитель Центра научных исследований заболеваний костной ткани Лозаннского университета (Швейцария), профессор Didier Hans известен как создатель метода TBS и ведущий специалист в области изучения качества костной ткани. Не случайно свое выступление он посвятил рассмотрению новых возможностей применения TBS. Этот метод представляет собой программное обеспечение, используемое дополнительно к денситометрии и позволяющее оценить микроархитектуру кости, а также определить риск переломов независимо от показателя МПКТ и FRAX. Благодаря методу TBS при одинаковых показателях МПКТ в аналогичных участках скелета становится возможным выявить у пациентов принципиальные отличия в качестве костной ткани (толщине и целостности трабекул). Сегодня TBS широко применяется во всем мире в качестве независимого инструмента прогнозирования риска переломов, изучению этого метода посвящено более 10 одномоментных, 7 проспективных исследований и обширный метаанализ. Причем как у мужчин, так и у женщин предиктивная ценность данного метода сопоставима. Метод TBS является ценным инструментом определения риска переломов при первичном и вторичном остеопорозе (возникающем на фоне СД 2 типа, гиперпаратиреоза или остеопороза, вызванного приемом лекарственных средств). В то же время TBS не может использоваться как самостоятельный метод для определения показаний к терапии остеопороза. Кроме того, до сих пор нет руководств по использованию TBS в мониторинге терапии остеопороза – отсутствуют данные о влиянии изменения в показателях TBS, достигнутого в процессе лечения, на уменьшение риска переломов. По мнению докладчика, перспективно совместное использование TBS и FRAX – такая комбинированная модель обеспечивает клиницистов дополнительной ценной информацией и позволяет с большей точностью определить необходимость в назначении терапии. В подтверждение профессор D. Hans в качестве примера привел несколько случаев, демонстрирующих возможности TBS в оценке риска переломов в сложных клинических ситуациях.

Украинские ученые в тесном сотрудничестве со своими зарубежными коллегами исследуют возможности TBS практически с момента появления этого метода. В итоге получены интересные данные, о которых коллегам рассказал **профессор В.В. Поворознюк**. В работе, проведенной группой исследователей из Украины и Испании (Поворознюк В., Del Rio L., Di Gregorio S. и соавт., 2014), изучали

показатели TBS, полученные для всех комбинаций поясничных позвонков (L_1, L_2, L_3, L_4). В итоге выявлено линейное снижение показателя TBS (L_1-L_4) на 13,5% (Т-показатель ~ -1,75) у мужчин в возрасте 40-90 лет, в то время как у женщин наблюдалось снижение показателя TBS на 16,7% (Т-показатель ~ -2,58). В отличие от женщин у мужчин в возрасте старше 65 лет не наблюдалось изменений темпа снижения показателя TBS.

Под руководством профессора В.В. Поворознюка было также проведено исследование показателей TBS в поясничном отделе позвоночника (L_1-L_4) у украинских мужчин в зависимости от наличия у них переломов тел позвонков. В исследование были включены 197 мужчин в возрасте 45-89 лет. Основную группу составили пациенты с остеопоротическими вертебральными переломами в анамнезе (n=52), контрольную группу – участники без переломов (n=145). Во всех возрастных когортах (45-59 лет, n=83; 60-74 года, n=86; 75-89 лет, n=28) у больных основной группы значения TBS оказались достоверно ниже, чем у мужчин в контрольной группе (без переломов). Было также установлено, что показатель TBS достоверно уменьшается с возрастом. Кроме того, в ходе исследования было выявлено, что показатель TBS снижен у женщин с низкоэнергетичными переломами в анамнезе, у которых по данным денситометрии не установлен диагноз остеопороза или остеопении. Комбинированная оценка показателей МПКТ и TBS достоверно улучшает прогнозирование переломов по сравнению с оценкой только МПКТ или только TBS.

Влияние показателей геометрии верхней трети бедренной кости (БК) на риск ее переломов обсудила **ведущий научный сотрудник отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», доктор медицинских наук Наталья Викторовна Григорьева**. Зарубежные исследования показали, что длина оси БК и шеечно-диафизарный угол являются независимыми предикторами риска переломов БК. Длина шейки БК, диаметр головки бедра, ось шейки БК, шеечно-диафизарный угол и горизонтальный офсет имеют выраженные возрастные, половые, региональные особенности. Необходимо их дальнейшее изучение для прогнозирования риска переломов.

Результаты проведенных исследований посвящены изучению возрастных и половых особенностей геометрии проксимального отдела БК у лиц без переломов, а также у больных старших возрастных групп с внутри- и внесуставными переломами БК. Современные возможности денситометров не ограничиваются определением показателей МПКТ, позволяют одновременно изучить параметры геометрии проксимального отдела БК. Показано, что комбинированное использование показателей МПКТ и параметров БК повышает информативность оценки риска переломов в популяции украинских пациентов. Исследования продолжаются.

Междисциплинарные аспекты ведения пациентов с остеопорозом и остеоартритом

Профессор Laszlo Hodinka из Национального института ревматологии и физиотерапии (г. Будапешт, Венгрия) посвятил свое выступление инновациям в ведении болевого синдрома (БС) у пациентов с остеоартритом. Он рассмотрел современные научные данные, касающиеся ноцицепции, центральной сенситизации и хронизации боли, а также перспективные терапевтические мишени и другие инновации в мониторинге БС. По словам выступающего, повреждение тканей при остеоартрите открывает ноцицептивные «ворота» для развития центральной сенситизации и нейрогенного воспаления. Среди небольших молекулярных нейромедиаторов решающую роль в обеспечении центрального БС играют фактор роста нервов (NGF) и кальцитонин-генродственный пептид. В настоящее время эти молекулы рассматриваются как перспективные терапевтические мишени при разработке инновационных методов лечения боли при остеоартрите. К настоящему времени инициированы 44 научных исследования, посвященные изучению возможностей целевой анти-NGF терапии при нескольких видах боли (включая висцеральные, нейропатические БС, боль в нижней части спины, при остеоартрите и онкологических заболеваниях). В этих исследованиях изучается возможность модулирования перцепции боли посредством использования модифицированных биопротеинов, таких как моноклональные антитела.

О влиянии питания на развитие остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) рассказал присутствующим **профессор Sekib Sokolovic (Босния и Герцеговина)**. Он, в частности, отметил, что метаболизм костной ткани напрямую зависит от кислотно-щелочного баланса пищи. В его регуляции принимают участие почки, легкие и костная ткань (при дисбалансе кости теряют

кальций, который используется для поддержания надлежащего уровня водорода и pH на уровне 7,35-7,45). В результате этого процесса существующий продолжительное время избыток кислоты в организме может стать причиной дефицита кальция, снижения прочности костей и потери мышечной массы. Дефицит витамина D повышает риск переломов, вторичного гиперпаратиреоза, кальцификации коронарных артерий и развития ССЗ. На наличие связи между атеросклерозом и остеопорозом указывается во многих исследованиях; предполагается, что в основе этих заболеваний лежат похожие либо параллельные патофизиологические процессы, общие факторы риска. Кроме того, рассматривается возможность их взаимовлияния, в том числе за счет назначаемых терапевтических агентов. В частности, известно, что с потерей костной массы возрастает степень кальцификации сосудов; обнаружена обратная корреляция показателя МПКТ и кальцификации коронарных артерий и/или аорты. Фактически, повышение ломкости костной ткани и атеросклероз могут рассматриваться как составляющие одного патологического процесса, заключающегося в потере костной тканью кальция и его оседании на внутренней поверхности сосудистой стенки. В перечень факторов риска, объединяющих остеопороз, атеросклероз и ССЗ, входят: нарушение обмена липидов; курение; возраст; сопутствующие заболевания; прием кортикостероидов; несбалансированное питание.

Новые аспекты в изучении вторичного остеопороза

Второе свое выступление **профессор H. Resch** посвятил рассмотрению наиболее современных научных данных, касающихся связи заболевания СД и состояния костной ткани. Выступающий отметил, что связь эндокринных процессов в организме и костной ткани является настолько тесной и взаимообусловленной, что костная ткань может рассматриваться как орган эндокринной системы. Благодаря наличию анаболического эффекта инсулина в отношении костной ткани имеет место жесткая взаимосвязь СД 1 типа и остеопороза. Дефицит инсулина всегда ассоциируется с низкой МПКТ, повреждением микроархитектуры кости, а следовательно – с увеличением риска переломов. Долгое время считалось, что пациенты с СД 2 типа защищены от низкоэнергетических переломов, но данные некоторых последних исследований указывают на ошибочность этого мнения. При СД 2 типа риск переломов выявляется в случае неудовлетворительного контроля гликемии и длительного течения заболевания; кроме того, повышение риска переломов наблюдается при использовании некоторых противодиабетических препаратов. Показано, что применение тиазолидиндионов и пероральных глитазонов (особенно пиоглитазона) значительно увеличивает риск переломов (особенно у женщин, прежде всего – пожилого возраста). Низкоэнергетические переломы у пациентов с СД 2 типа могут также возникнуть в результате изменений скелета, ассоциированных с диабетом и не определяемых посредством денситометрии. Альтернативным инструментом оценки риска переломов в таких случаях может стать метод TBS. При назначении пероральной терапии СД 2 типа важно помнить о возможном отрицательном ее влиянии на костный метаболизм и осуществлять мониторинг риска переломов, хотя к настоящему времени соответствующие руководства не разработаны.

Экс-президент Португальского общества метаболических расстройств костной ткани, профессор Ana Paula Barbosa (г. Лиссабон, Португалия) в своем выступлении рассказала о влиянии гипопитуитаризма на состояние скелета. По словам Ana Paula Barbosa, различные заболевания гипофиза в разной степени влияют на состояние костей и риск переломов. Так, при акромегалии, гипогонадизме, гиперпролактинемии процесс костного метаболизма ускоряется, а при гипопитуитаризме, болезни Кушинга, дефиците соматотропина – замедляется, но во всех перечисленных случаях возрастает риск переломов. При опухолях мозга, затрагивающих гипофиз, в зависимости от особенностей опухолевого роста, нарушение секреции тех или иных гормонов может развиваться последовательно, с постепенным нарастанием. Соматотропин обладает свойством стимулировать остеобластогенез и хондрогенез; его дефицит является основным фактором потери костной массы и нарушения функции суставов при гипопитуитаризме. Низкоэнергетические переломы – частое осложнение у пациентов с гипопитуитаризмом, причем оно может наблюдаться даже при сохранении МПКТ в пределах возрастной нормы. Риск вертебральных переломов наиболее выражен у взрослых пациентов с гипопитуитаризмом, получавших гидрокортизон в дозе >28 мг/сут, тироксин в дозе >1,35 мкг/кг/сут. Негативное влияние высоких доз глюкокортикоидов и тироксина наиболее выражено у пациентов, получающих лечение по поводу дефицита соматотропина.

Медицинский руководитель отдела эндокринологии, диабета и метаболических заболеваний госпиталя Santa Maria Лиссабонского университета (Португалия), профессор Mario Rui Mascarenhas в своем выступлении уделил внимание влиянию мужского гипогонадизма на массу костной ткани. Как известно, нормальный уровень тестостерона обеспечивает силу и объем мышц и плотность костной ткани. Гипогонадизм является одной из главных причин остеопороза и остеопоротических переломов у мужчин. Было выявлено статистически достоверное снижение МПКТ в нескольких участках скелета у взрослых пациентов-мужчин с гипогонадизмом (1-я группа) по сравнению с мужчинами с сохранившейся нормальной функцией половых желез (2-я группа). При сравнении состояния костной ткани в 2 группах участников исследования низкая МПКТ отмечена у 26,0 и 9,6% мужчин соответственно, остеопороз – у 39,8 и 1,4% участников соответственно. У пациентов с поздним развитием гипогонадизма определялось снижение МПКТ на уровне шейки бедренной кости по сравнению с таковой в группе здоровых мужчин. При этом МПКТ на уровне поясничного отдела позвоночника (L_1-L_4), дистального отдела лучевой кости, а также всего скелета достоверно не отличалась в обеих группах. У пожилых мужчин с гипогонадизмом дефицит витамина D негативно отражается на состоянии костной и мышечной массы. Исследования показали, что лечение тестостероном (инъекции в дозе 200 мг в течение 2-4 нед, трансдермальный пластырь или трансдермальный гель) усиливает процессы формирования костной ткани. Так, после 3 лет терапии тестостероном 31% мужчин с гипогонадизмом имели нормальную МПКТ. В то же время не отмечено снижение риска переломов у мужчин с остеопорозом, получавших терапию андрогенами по поводу гипогонадизма. Больные, получающие гормоносупрессивную терапию в связи с раком предстательной железы, могут избежать существенной потери МПКТ благодаря применению бисфосфонатов и/или деносумаба.

В целом насыщенная программа симпозиума включала более 70 докладов и лекций, поэтому невозможно в небольшой статье уделить внимание всему многообразию обсуждаемых тем и представленных научных данных. Все доклады были посвящены наиболее актуальным клиническим аспектам заболеваний костно-мышечной системы и медицины старения. Приятно отметить большое разнообразие тем и высокий профессиональный уровень выступлений украинских специалистов и последующих за этим оживленных дискуссий. Помимо обстоятельных докладов прозвучали короткие сообщения от научных коллективов из разных регионов Украины. Большое внимание практических врачей вызвали тематические круглые столы: «Безопасность современных НПВП в клинической практике», «Подагра: новая и старая эры заболевания», «Боль в спине: диагностика и современное лечение ноцептивной и нейропатической боли», «Кверцетин в лечении заболеваний костно-мышечной системы у женщин в постменопаузе». В одной из секций с докладами на английском языке выступили молодые украинские ученые – победители конференции молодых ученых «Заболевания костно-мышечной системы и возраст», посвященной памяти профессора Е.П. Подрушняка. Эта конференция ежегодно проводится Институтом геронтологии НАМН Украины и играет важную роль в подготовке квалифицированных научных кадров и обеспечении научной преемственности.

Интенсивная работа симпозиума проходила в гармоничном сочетании с хорошо организованной культурной программой, включавшей в себя разнообразные мероприятия – от ночной экскурсии по Львову до посещения знаменитого оперного театра. Будем надеяться, что в следующем году украинская медицинская общественность сможет принять участие в очередном симпозиуме и что эта хорошая традиция сохранится надолго.

В период подготовки публикации нам стало известно, что профессору В.В. Поворознюку присуждена престижная премия Международного общества клинической денситометрии (ISCD). Международная премия Dr. John P. Bilezikian ISCD Global Leadership Award присуждается ведущим ученым за выдающиеся заслуги в развитии и продвижении метода костной денситометрии, а также за вклад в деятельность ISCD. Об этом и многом другом читайте в интервью с профессором В.В. Поворознюком, которое будет опубликовано в ближайших выпусках газеты.

Подготовила ***Катерина Котенко***
Фото автора

M. Steinbruch, M. Geller, R. Kaufman и соавт., Бразилия

Применение чистого диосмина 600 мг в лечении хронических заболеваний вен: обзор литературы

Продолжение. Начало в № 11-12.

Cauzabon и соавт. (2011) провели многоцентровое сравнительное исследование, в котором сопоставляли переносимость, эффективность и безопасность двух лекарственных форм диосмина (таблетки и порошок для приготовления пероральной суспензии – саше) с участием >1400 пациентов с ХЗВ нижних конечностей. После завершения исследования ученые установили, что использованная лекарственная форма не оказывает значимого влияния на эффективность терапии; результативность лечения остается оптимальной при использовании как таблеток, так и саше, что позволяет пациенту выбрать именно ту форму выпуска, которая наилучшим образом соответствует его требованиям. Результаты этого исследования также подтвердили эффективность и безопасность однократного приема 600 мг диосмина в течение суток, поскольку это позволяло уменьшить выраженность клинических проявлений ХЗВ.

Delecluse и соавт. (1991) провели многоцентровое клиническое исследование, в ходе которого 108 пациентов рандомизировали на 2 параллельные группы для сравнения двух схожих препаратов: полусинтетического диосмина, назначаемого в дозировке 600 мг, и смеси флавоноидов, содержащей 90% диосмина, назначаемого по 900 мг. Оказалось, что полусинтетический диосмин, хотя и применялся в более низкой дозировке по сравнению со смесью флавоноидов, содержащей 90% диосмина (300 мг в таблетке vs 450 мг), имел лучшую оценку, включающую эффективность, переносимость и удобство приема.

Batchvarov и соавт. (2010) проанализировали эффективность в течение года терапии диосмином (600 мг) у 256 пациентов. Полученные результаты доказали, что диосмин в дозе 600 мг, принимаемый 1 р/сут, является эффективным средством для купирования болевых ощущений, уменьшения тяжести и отечности нижних конечностей; лучшие результаты были зафиксированы у пациентов с легким течением заболевания. Длительный прием 600 мг диосмина (2,5-3 мес в сочетании со стандартным хирургическим лечением) показал хорошую эффективность при тяжелых трофических изменениях. Диосмин в дозе 600 мг является препаратом выбора для лечения всех стадий ХЗВ, включая осложненные формы.

Garde и соавт. (1992) разработали дизайн многоцентрового рандомизированного открытого клинического исследования оценки эффективности Диовенора (диосмина) 300 мг (по 2 таблетки в сутки) в купировании симптомов венозной недостаточности. Пациентов (n=2170) рандомизировали для приема препарата в течение 30 дней утром или вечером, в соответствии со списком рандомизации. Результаты исследования подтвердили высокую эффективность и быстроту действия препарата; переносимость диосмина оценена как «очень хорошая», т. к. побочные действия развивались очень редко. Не было зафиксировано значимых межгрупповых статистических различий в эффективности и переносимости диосмина у пациентов, принимавших препарат в утреннее или вечернее время. Полученные результаты дают пациентам определенную свободу в приеме препарата, позволяя оптимизировать приверженность к лечению.

Tsukanov и соавт. (2007) провели открытое описательное исследование эффективности Флебодиа (диосмин) 600 мг у 67 женщин с начальными проявлениями венозной недостаточности. Флебодиа (диосмин) рекомендовали в качестве монотерапии из расчета 600 мг (1 таблетка) 1 р/сут до приема пищи на протяжении 2 мес. Было доказано, что регулярный однократный прием диосмина обладает значительными практическими преимуществами: он минимизирует риск случайного пропуска препарата у женщин, ведущих активный образ жизни. В данном исследовании не зарегистрированы серьезные нежелательные явления, не было обнаружено возникновения значимых побочных действий, которые потребовали бы коррекции дозы диосмина или отмены препарата.

В двойном слепом сравнительном исследовании, выполненном под руководством Weber (1985) с участием 90 пациентов, эффективность 300 мг диосмина в лечении венозной недостаточности сопоставлялась с таковой плацебо. Длительность терапии составила 28 дней, указанную дозу препарата рекомендовали принимать 2 р/сут. Ученые доказали, что диосмин (300 мг 2 р/сут) является безопасным и эффективным действующим веществом, уменьшающим клинические проявления ХЗВ.

Henriet и соавт. (1995) провели двойное слепое рандомизированное контролированное многоцентровое клиническое исследование III фазы, в котором сравнили эффективность однократного приема 600 мг диосмина с двукратным приемом 500 мг комбинации флавоноидов, содержащей 90% диосмина, у 69 пациенток с функциональными симптомами венозно-лимфатической недостаточности, возникшими на фоне приема пероральных контрацептивов. Исследователи доказали сопоставимую эффективность и удовлетворительную переносимость обоих препаратов. В подобном исследовании, выполненном под руководством Maruszynski (2004), ученые использовали такую же схему терапии, а проанализировав результаты 28-дневного лечения 126 пациенток с симптомами ХЗВ нижних конечностей, получили данные, сопоставимые с выводами, сделанными Henriet и соавт. Результаты этих двух исследований подчеркивают терапевтическую эффективность однократного приема 600 мг диосмина в лечении пациентов с ХЗВ. Дополнительные данные приведены в таблице.

Геморрой

Геморроидальные узлы могут быть определены как округлые кавернозные образования, располагающиеся в виде «подушек» внутри анального канала или вокруг анального отверстия. Эти венозные образования представлены соединительной тканью и окружены артериовенозными анастомозами между верхней артерией прямой кишки и нижней, средней, верхней ректальными венами.

Трудно точно оценить истинную распространенность данного заболевания, но, по данным различных исследований, этот показатель в общей популяции составляет около 4,4%. Поскольку пациенты неохотно обращаются за медицинской помощью в силу различных индивидуальных, культурных, социально-экономических причин, истинная распространенность данной патологии может быть гораздо выше.

Появление геморроя ассоциировано с беременностью, родами, замедленным пассажем кишечного содержимого, запором, диареей, тенезмами или длительным актом дефекации. Патофизиология данного процесса точно не изучена, но современные теории развития геморроя утверждают, что в основе этого заболевания лежат структурные или сосудистые нарушения, вызванные дегенеративными изменениями при старении организма, повторным пассажем твердых каловых масс, а также натуживанием при дефекации.

Геморроидальные узлы анатомически классифицируются на внутренние (покрытые слизистой оболочкой анального канала) и наружные (покрытые кожей); для разграничения их расположения используют зубчатую линию – место перехода эпидермиса в эпителий слизистой оболочки аноректальной зоны. Внутренний геморрой обычно безболезнен, но его наличие может спровоцировать развитие кровотечения, которое часто описывается пациентами как выделение крови ярко-красного цвета (из-за высокого содержания кислорода в крови) в конце акта дефекации, отдельно от каловых масс. Зуд, отек, пролапс, недержание кала также могут беспокоить пациентов, но эти жалобы регистрируются несколько реже. Наружный геморрой также может протекать бессимптомно, он может стать причиной дискомфорта или острой боли, развивающейся при тромбозе или сдавлении геморроидальных узлов. Внутренний геморрой подразделяют на 4 стадии, в зависимости от степени выпадения узлов, но эта классификация не отражает тяжесть клинических проявлений:

I степень – протрузия (не пролапс) в просвет анального канала;

II степень – выпадение узлов с самостоятельным их вправлением;

III степень – периодическое выпадение узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал;

IV степень – постоянное выпадение геморроидальных узлов и невозможность вправления.

Диагноз и объективное обследование

Первичный осмотр включает в себя: осмотр промежности и последующее пальцевое ректальное исследование, в ходе которого пальпируется вся окружность анального канала с целью исключения опухоли прямой кишки и обнаружения болевых точек. Это первоначальное обследование не позволяет выявить все внутренние геморроидальные узлы.

Аноскопия является методом выбора для изучения анального канала и дистальных отделов прямой кишки, т. к. позволяет легко визуализировать геморроидальные узлы.

Пациенты старше 40 лет с подозрением на геморроидальное кровотечение, как правило, нуждаются в дополнительном обследовании для исключения иной патологии, например рака. Наиболее распространенными исследованиями являются ректороманоскопия с использованием гибкого эндоскопа, колоноскопия, виртуальная колоноскопия или ирригоскопия.

Лечение

Консервативная терапия является типичным методом лечения внутреннего геморроя I стадии и наружного неосложненного геморроя; этот метод состоит в модификации образа жизни, употреблении адекватного количества жидкости, приеме лекарственных средств, размягчающих каловые массы, топических и системных аналгетиков, соблюдении правил личной гигиены.

Модификация образа жизни подразумевает уменьшение длительности натуживания во время акта дефекации, увеличение потребления пищевых волокон (что особенно эффективно при внутреннем геморрое I и II стадии), профилактику запоров, которая позволяет замедлить прогрессирование заболевания и предупредить появление новых обострений.

Патогенез геморроя объясняется преимущественно локальными нарушениями гемодинамики; таким образом, систематическая фармакотерапия основана на применении препаратов, улучшающих микроциркуляцию в анальных кавернозных клубочках и геморроидальных сосудистых сплетениях.

Идеальный препарат для лечения геморроидального кровотечения, невыпадающих узлов должен обеспечивать быстрое разрешение симптомов заболевания с минимальным риском развития рецидива или осложнений. Медикаментозная терапия данного заболевания включает: смягчающие средства (топические препараты, часто в комбинации с кортикостероидами или аналгетиками); противовоспалительные и болеутоляющие медикаменты (могут быть эффективны при внутреннем и наружном геморрое); флеботоники.

Свойства диосмина тщательно изучены, доказано, что он уменьшает выраженность патологических проявлений на всех стадиях заболевания и имеет хороший профиль переносимости. Многочисленные данные, представленные в различных международных публикациях и сообщениях, свидетельствуют об увеличении практического опыта применения диосмина и не имеют никакой новой информации о безопасности препарата, которая могла бы изменить соотношение польза/риск. Halif и соавт. (2005) провели открытое сравнительное исследование до и после приема 600 мг диосмина (Флебодиа 600) у пациентов с осложненным течением геморроя в виде анального кровотечения. Схема лечения предполагала 7-дневный прием препарата: в течение 4 дней по 1 таблетке 3 р/сут (1800 мг/сут) с последующим переходом на двукратный прием диосмина (1200 мг/сут) на протяжении еще трех дней. Исследователи пришли к выводу, что Флебодиа 600 целесообразно использовать для лечения геморроидального кровотечения: она значительно уменьшает выраженность болевого синдрома и анального зуда, улучшает гемодинамику в дистальных отделах верхней ректальной артерии посредством уменьшения пиковой систолической скорости и осцилляционного индекса. Пациенты хорошо переносили все дозировки диосмина.

Jiang и соавт. (2011) провели слепое рандомизированное исследование, целью которого было сравнить симптомы

Таблица. **Результаты приема Флебодиа (600 мг 1 р/сут) vs Дафлон (500 мг 2 р/сут)**

Исследование	Основная группа/ группа сравнения	Количество пациентов	Первичная конечная точка	Результат
Henriet (1995)	Диосмин 600 мг (1 р/сут) vs Дафлон 500 мг (2 р/сут)	n=34, n=35	Самооценка пациентом при помощи визуальной аналоговой шкалы (до лечения, через 14, 21 и 28 дней лечения)	Значительное улучшение по сравнению с предшествующим курсом лечения (p<0,0001 к 7-му дню терапии). Не зафиксированы статистически значимые межгрупповые различия
Maruszynski (2004)	Диосмин 600 мг (1 р/сут) vs Дафлон 500 мг (2 р/сут)	n=60, n=59	Самооценка пациентом при помощи визуальной аналоговой шкалы (до лечения, через 14, 21 и 28 дней лечения)	Значительное улучшение по сравнению с предшествующим курсом лечения (p<0,0001 к 7-му дню терапии). Не зафиксированы статистически значимые межгрупповые различия

после геморроидэктомии при использовании диосмина и плацебо. Пациентов рандомизировали для приема на протяжении 1 нед флавоноидной фракции, содержавшей 500 мг диосмина, или плацебо. Исследователи пришли к выводу, что диосмин эффективно купирует послеоперационные проявления геморроя и не вызывает развития ни значимых осложнений, ни аллергических реакций. Поэтому ученые рекомендуют использовать диосмин в качестве стартовой терапии после хирургического удаления геморроидальных узлов.

Kecmanovic и соавт. (2005) представили результаты клинического исследования, в ходе которого была изучена роль диосмина в лечении кровотечения у пациентов (n=60) с геморроем без выпадения геморроидальных узлов. Больным рекомендовали прием 600 мг Флебодиа (600 мг диосмина) 2 р/сут на протяжении 5 дней. Результаты исследования показали, что применение Флебодиа является эффективным, безопасным и неинвазивным методом лечения кровотечения при непролабирующих геморроидальных узлах.

Chauvenet и соавт. (1994) провели двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое многоцентровое исследование с двумя параллельными группами. В исследовании приняли участие 49 пациентов с тромбозом наружных геморроидальных узлов, которым было показано медикаментозное лечение или острым внутренним геморроем застойного характера. Лечение заключалось в приеме диосмина (1 таблетка 3 р/сут; суточная доза 1800 мг) на протяжении 4 дней с последующим переходом на более низкую суточную дозировку (1 таблетка 2 р/сут; суточная доза 1200 мг) в течение 3 дней. Авторы заключили, что диосмин уменьшает выраженность основных клинических проявлений заболевания, обусловленных острым геморроем. Только 1 пациент прервал прием препарата в связи с развитием диареи.

Debien и соавт. (1996) выполнили многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование, в котором сравнивалась эффективность 600 мг диосмина и комбинированного препарата, содержавшего экстракт гинко билоба, гептаминол и троксерутин. 127 пациентов с геморроидальным кризом были разделены на 2 группы. Препараты назначались в максимальной рекомендованной дозировке (1 таблетка диосмина утром, днем, вечером и 4 таблетки в сутки комбинированного препарата) в течение 7 дней. Результаты исследования показали, что полусинтетический диосмин и комбинация гинко билоба, гептаминола и троксерутина обладали сопоставимой эффективностью в симптоматической терапии клинических проявлений острого геморроидального криза. 9 пациентов сообщили о появлении побочных действий, но только 3 пациента прервали лечение.

При более тяжелом течении заболевания предпочтение отдается малоинвазивным и хирургическим методам лечения, основная задача которых состоит в фиксации внутренних геморроидальных узлов к мышечной стенке.

Наиболее часто используемыми нехирургическими методами лечения являются лигирование латексными кольцами и инъекционная склеротерапия. При лигировании латексные кольца надевают на геморроидальный узел, при этом наложение колец должно осуществляться выше зубчатой линии, чтобы минимизировать болевые ощущения; необходимо учитывать, что наиболее распространенными осложнениями данной процедуры являются боль и кровотечение.

Инъекционная склеротерапия – метод лечения, альтернативный лигированию; он заключается в подслизистой инъекции 5% масляного раствора фенола при геморрое I или II стадии. Этот метод используется несколько реже в связи с высокой частотой неэффективности его применения.

Хирургическое вмешательство является наиболее эффективным и радикальным методом лечения при геморрое, несмотря на его инвазивность и высокую стоимость. Оперативное вмешательство направлено на уменьшение притока крови к аноректальному кольцу и удаление избыточной геморроидальной ткани. Наиболее широкое применение получили открытая и закрытая геморроидэктомия, лигирование геморроидальной артерии под контролем допплерсонографии, степлерная геморроидплексия.

Р.С. № UA/8590/01/01 от 26.07.2013 г.

Выводы

ХЗВ – это тяжелая патология, течение которой может сопровождаться развитием тяжелых осложнений, если адекватная терапия не была назначена на ранних стадиях. Распространенность ХЗВ точно не известна, но она оказывает существенное неблагоприятное социально-экономическое влияние. На ранних стадиях заболевания методом выбора является консервативная терапия. Веноактивные препараты, такие как диосмин, обладают выраженным преимуществом: они эффективны на всех стадиях заболевания. На протяжении нескольких лет было проведено множество клинических исследований, доказавших эффективность и хорошую переносимость диосмина в лечении ХЗВ. Положительные результаты этих исследований и доказательства в пользу применения диосмина убедили нас признать это лекарственное средство препаратом выбора для лечения начальных симптомов ХЗВ и стабилизации состояния пациента при более тяжелом течении заболевания.

Геморрой является хроническим заболеванием, усугубляющимся с течением времени. Несмотря на то что большинство больных будут вынуждены прибегнуть к хирургическому лечению, консервативная терапия внутреннего геморроя I стадии и неосложненного наружного геморроя продолжает оставаться методом выбора. Флеботоники, такие как диосмин, достаточно хорошо изучены и обладают доказанными преимуществами, воздействуя на ключевые патофизиологические механизмы возникновения геморроя. Доказательства терапевтической эффективности диосмина неоспоримы; мы согласны с утверждением, что это лекарственное средство является препаратом выбора для лечения начальных симптомов геморроя, а также стабилизации состояния пациента при более тяжелом течении заболевания.

Steinbruch M., Geller M., Kaufman R. et al. Use of Pure Diosmin 600 mg in Chronic Venous Disease: A Review of the Literature. Revista Brasileira de Medicina. 2015. V. 72; № 7; p. 307-314.

Перевела с англ. ***Лада Матвеева***

ДАЙДЖЕСТ КАРДІОЛОГІЯ

Эпикардиальная абляция при синдроме Бругада

Результаты нового исследования, проведенного в Италии, показали, что эпикардиальная абляция обеспечивает нормализацию показателей электрокардиографии (ЭКГ) у 100% пациентов с симптомными и бессимптомными формами синдрома Бругада.

Лишь у 2 из 75 участников исследования через 1 нед после абляции сохранилась неоднозначная картина с ЭКГ, которая нормализовалась после повторной процедуры абляции через 3 мес. В течение периода наблюдения с 3-го по 20-й месяцы после вмешательства ни у одного из пациентов не отмечена манифестация синдрома Бругада и не зарегистрированы эпизоды индуцированной желудочковой тахикардии / фибрилляции желудочков.

По словам авторов, полученные данные открывают новую эру в ведении пациентов с синдромом Бругада, особенно находящихся в т. н. серой зоне вследствие отсутствия на сегодняшний день показаний к имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Результаты исследования были представлены на конгрессе Европейской ассоциации сердечного ритма.

Специалисты отмечают, что у участников не было отмечено рецидивов симптоматики и сохранялась стабильная картина ЭКГ, что может говорить о потенциальной альтернативе в лечении синдрома Бругада – эпикардиальной абляции аритмогенного субстрата.

Поскольку результаты получены в крупном специализированном центре, они не могут быть автоматически экстраполированы на другие медицинские учреждения по причине вероятности большего уровня осложнений и меньшей частоты успешных вмешательств.

В анализ были включены пациенты с симптомной (n=41) и бессимптомной (n=34) формами заболевания; у 18 из них отмечался отягощенный семейный анамнез в отношении внезапной сердечной смерти, у 6 – эпизод внезапной смерти с успешной реанимацией в анамнезе, у 17 – спонтанный ЭКГ-феномен типа 1, у 72 – индуцируемая желудочковая тахикардия / фибрилляция желудочков. Исходно у 9 пациентов зафиксирован т. н. синдром электрического шторма (ЖТ-шторм). С помощью системы картирования CARTO® 3 проводилось выявление аритмогенных очагов с целью «демаскирования» аритмогенного субстрата в выносящем тракте правого желудочка.

После проведения процедуры абляции у 2 пациентов наблюдался перикардит, который разрешился после назначения нестероидных противовоспалительных препаратов. Еще у 2 участников во время периода наблюдения развился перикардит, потребовавший выполнения перикардиоцентеза.

Мигрень и повышение риска ССЗ у женщин

Результаты исследования Nurses' Health Study II показали, что наличие мигрени является маркером коронарных событий и сердечно-сосудистой (СС) смерти: у женщин, страдающих мигренью, наблюдается повышение вероятности развития СС заболеваний (ССЗ) на 50% (относительный риск – ОР – 1,50; p<0,01). Повышение риска касалось стенокардии / коронарной реваскуляризации (ОР 1,73; p<0,01), инсульта (ОР 1,62; p<0,01), инфаркта миокарда (ОР 1,39; p<0,01) и смерти в результате ССЗ (ОР 1,37; p=0,04).

Хотя зависимость между наличием мигрени и риском инсульта хорошо известна, в предыдущих исследованиях были получены противоречивые результаты касательно связи данного заболевания с другими сосудистыми событиями. Ранее было показано, что у женщин в возрасте ≥45 лет, участвовавших в исследовании WHS, отмечалось повышение вероятности основных ССЗ и СС смерти. Однако увеличение риска было выявлено лишь у женщин, которые перед приступом отмечали ауру (эта подгруппа составляет лишь 30% от общего количества пациентов, страдающих мигренью).

В текущем исследовании анализировали данные 115 541 женщины в возрасте 25-42 лет. У 17 531 пациентки исходно был установлен диагноз мигрени, еще у 6389 патологию диагностировали в течение периода наблюдения, который длился с 1989 по 2011 г. У женщин с мигренью чаще встречались артериальная гипертензия, повышение уровня холестерина, отягощенный семейный анамнез в отношении развития инфаркта миокарда в возрасте <60 лет, индекс массы тела ≥30 кг/м2. Все указанные факторы были учтены в мультивариантном анализе. Также проводили коррекцию на возраст, прием аспирина, парацетамола, нестероидных противовоспалительных препаратов и постменопаузальной гормонзаместительной терапии, пероральных контрацептивов и статус курения. Последние 2 фактора, как известно, значительно повышают риск инсульта у пациенток с мигренью.

Поскольку в исследовании принимали участие только женщины и данные касательно наличия ауры не учитывались, по результатам анализа нельзя ответить на вопросы: повышен ли риск ССЗ у мужчин; отмечается ли увеличение вероятности ССЗ, как и в случае с инсультом, лишь у пациенток с аурой.

Есть ряд общих моментов в патогенезе мигрени и ССЗ: повышение тромбогенного потенциала крови, генетические маркеры, наличие системного воспаления и т. д.

Эксперты рассмотрели ряд вопросов, касающихся лечения: приведет ли терапия, направленная на снижение частоты и тяжести ауры и головной боли, к уменьшению сосудистого риска в отдаленном периоде; должны ли пациенты с мигренью получать аспирин и статины и др. В данном случае все не так очевидно, как может показаться. К примеру, дополнительный анализ исследования WHS продемонстрировал, что применение аспирина приводило к увеличению вероятности острого инфаркта миокарда у женщин с мигренью и аурой.

Ссылки на первоисточники находятся в редакции сайта.

По информации сайта www.WebCardio.org

Семейная медицина: от вопросов организации к повседневной практике

12-13 мая Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского гостеприимно распахнул свои двери для участников научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения, рациональной фармакотерапии, диспансеризации и реабилитации в практике семейного врача». В традиционно дружелюбной атмосфере этого ежегодного мероприятия многочисленной аудиторией участников был поднят широкий круг вопросов по наиболее актуальным темам.

Характерно, что конференции и съезды семейных врачей из года в год расширяют перечень нозологий, затрагиваемых в докладах участников. Данное мероприятие не стало исключением – помимо привычных общетерапевтических тем были подняты вопросы инфектологии, урологии, хирургии, физиотерапии, гематологии, педиатрии. Определенное внимание было уделено проблемам организации первичной медицинской помощи в Украине, что накануне анонсируемых реформ в здравоохранении вызвало бурную дискуссию как в стенах аудитории, так и за их пределами.

Научную часть мероприятия докладом «Корпоратизация медицинских работников первичной медицинской помощи в ракурсе введения самоуправления медицинских профессий в Украине» открыла **президент Украинской ассоциации семейной медицины, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Общая практика – семейная медицина», заведующая кафедрой семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Лариса Федоровна Матюха**.

– В 2013 г. на конференции WONCA в Праге Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен в ходе доклада «Возрастающее значение семейной медицины» сказала: «Система здравоохранения, в которой «позвоночником» является первичное звено, а основой – семейные врачи, демонстрирует лучшие показатели здоровья, наименьшую стоимость и наибольшую удовлетворенность населения». Семейная медицина сегодня плотно вошла и в украинское здравоохранение, однако, несмотря на целый ряд успехов, нерешенных вопросов также накопилось немало. Система первичной медико-санитарной помощи в Украине представлена чрезвычайно разветвленной структурой, а центры принятия решений рассеяны между подразделениями. В то же время работа семейного врача требует от него непрерывной подготовки и совершенствования при постоянной высокой ответственности за результат лечения и наблюдения. Кроме того, законодательно не урегулированы отношения семейного врача ни с пациентом, ни с обществом, ни в целом с государством. Для решения правовых проблем, накопившихся в 2015 году, ряд врачебных ассоциаций выдвинул инициативу: объединить усилия по внедрению самоуправления медицинских профессий в Украине. Эта инициатива была поддержана Всемирной медицинской ассамблеей, а медицинские ассоциации Польши, Германии и Австрии выразили готовность содействовать внедрению врачебного самоуправления в нашей стране. Врачебное самоуправление существует сегодня в более чем 100 странах мира, включая все без исключения страны ЕС. При этом оно везде регулируется специальными законами.

В Украине целью создания профессионального врачебного самоуправления является:

• содействие надлежащему выполнению каждым врачом своих профессиональных обязанностей и контроль в этой сфере;

• утверждение унифицированных принципов профессиональной этики, обязательных для всех врачей, и контроль соблюдения этих принципов;

• представление и защита интересов профессии врача в отношениях с обществом и государством.

Выполнение этих задач позволит структуре самоуправления контролировать ряд вопросов, среди которых:

• совершенствование системы медицинского образования;

• разработка индикаторов качества оказания медицинской помощи и контроль над их соблюдением;

• аттестация и сертификация медицинских специалистов, а также аккредитация медицинских практик;

• участие в проведении конкурсов на замещение руководящих и других вакантных должностей в сфере здравоохранения;

• структурирование законодательства, что сделает его понятным и доступным для широкого круга медицинских работников;

• снижение бюрократической нагрузки на процесс организации медицинской помощи.

В настоящее время медицинское сообщество обсуждает два варианта организации врачебного самоуправления: унитарный и федеральный. Унитарный вариант предусматривает вхождение в организацию каждого врача как отдельной единицы (независимо от специализации) с пропорциональным принципом формирования руководящих органов. Федеративный вариант базируется на создании организации 3 врачебных палат (врачей первичного звена, стоматологов и врачей-специалистов) с квотным принципом формирования руководящих органов.

Приступая к формированию врачебного самоуправления, необходимо учесть риск неприятия принципов создания организации со стороны самих украинских медработников, поскольку уровень их готовности к внедрению самоуправления пока является хотя и не исследованным, но потенциально невысоким. Кроме того, в Конституции Украины отсутствует статья о врачах как о представителях самоуправляемой профессии. Соответственно, необходимо разработать и внести определенные изменения в Основной закон государства.

Таким образом, создание адекватной системы профессионального врачебного самоуправления позволит в равной степени удовлетворить потребности и защитить права как медицинских работников, так и пациентов.

Вопросы ведения пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) в практике семейного врача были подняты в докладе **вице-президента Ассоциации семейных врачей Тернопольской области, члена правления Украинской ассоциации семейной медицины, заведующей кафедрой первичной медицинской помощи и общей практики – семейной медицины Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского, доктора медицинских наук, профессора Лилии Степановны Бабинец**.

– За последние 30 лет число больных ХП увеличилось вдвое, первичная инвалидизация пациентов трудоспособного возраста достигла 15%, а смертность – 20%. Согласно современному определению ХП – это хроническое (продолжительностью >6 мес) воспалительное повреждение поджелудочной железы (ПЖ) с деструкцией экзокринной паренхимы, фиброзом и на поздних стадиях – деструкцией эндокринной паренхимы. Традиционно ХП принято связывать с выраженным болевым синдромом (БС), однако в повседневной практике семейные врачи имеют дело с пациентами, в клинической картине которых доминируют стеаторея и другие признаки внешнесекреторной недостаточности ПЖ, вторичного сахарного диабета (СД) и трофических расстройств. В целом в картине ХП можно выделить такие основные синдромы:

• БС: язвенноподобный – по типу левосторонней почечной колики, имитирующий синдром «правого подреберья» с желтухой; дисмоторный – в сочетании с ощущением тяжести после еды и рвотой; распространенный – без четкой локализации;

• диспептический синдром;

• синдром внешнесекреторной недостаточности ПЖ (мальдигестия, полифекалия, лиентерея, стеаторея, похудение, гиповитаминоз, анемия, нарушение половой функции, гипотония);

• энтеропанкреатический синдром (дисбактериоз, вторичный энтерит);

• аллергический синдром (медикаментозная и пищевая крапивница, риносинусопатии, экзема);

• синдром эндокринных нарушений (явления гиперинсулинизма с клиникой гипогликемических состояний или «панкреатогенный» СД);

• синдром воспалительной и ферментативной интоксикации (характерен для гиперферментативных панкреатитов, проявляется отсутствием аппетита, слабостью, гипотонией, тахикардией, лейкоцитозом, ускорением скорости оседания эритроцитов – СОЭ),

а также – парез кишечника, тромбогеморрагический синдром, синдром сжатия соседних с ПЖ органов.

Диагностика ХП включает в себя:

• данные объективного обследования с учетом жалоб и анамнеза заболевания;

• инструментальные методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и др.;

• лабораторная диагностика: клинический анализ крови; исследование содержания (активности) ферментов ПЖ (амилазы, эластазы и др.), содержания жира в кале; оценка инкреторной функции ПЖ; глюкозотолерантный тест и др.

Переходя к вопросу оказания медицинской помощи, важно отметить, что в амбулаторных условиях проводится лечение только пациентов с незначительными проявлениями обострения ХП (нерезко выраженный БС; не более чем двукратное увеличение активности сывороточной амилазы; отсутствие осложнений заболевания), а также тех вариантов, при которых в клинической картине преобладают признаки недостаточности внешне и/или внутрисекреторной функции ПЖ.

Основной подход к лечению больных ХП с целью улучшения их состояния предполагает проведение следующих лечебных мероприятий:

• устранение болей и диспепсических расстройств, в том числе клинических проявлений внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности ПЖ;

• ликвидация воспалительных изменений ПЖ и сопутствующих поражений других органов, позволяющая в ряде случаев предупредить возникновение осложнений;

• терапия осложнений, требующих хирургического лечения (проведение необходимой операции);

• предотвращение осложнений и реабилитация больных;

• повышение качества жизни.

Согласно рекомендациям ВОЗ БС при ХП снимается в 3 этапа. Вначале пациенту рекомендуется отказаться от употребления алкоголя, перейти на специальную диету, пройти ферментозаместительную терапию; на 2-м этапе могут быть назначены спазмолитики, аналгетики-салицилаты, комбинированный прием аналгетиков: кодеин-фосфат + парацетамол, производные фенотиазина + трициклический антидепрессант; 3-й этап предполагает использование аналгетиков центрального действия и их сочетания с психотропными средствами.

Важной составляющей лечения ХП является соблюдение диетических рекомендаций. В амбулаторных условиях назначают 2 варианта диеты 5п:

Диета 5п (I вариант) – показана при ХП в фазе обострения.

Целью является максимально ослабить механическую и химическую нагрузку на органы пищеварения, устранить БС, уменьшить ферментативную активность ПЖ. Диета 5п (I) назначается после 1-2 дней голодания. Основные принципы:

• калорийность и химический состав: 1500-1800 ккал, белки – 80 г, жиры – 40-60 г, углеводы – 200 г;

• характеристика пищи: протертая вареная, с ограничением основных нутриентов;

• режим питания: дробный, через каждые 3 ч, продолжительность: 5-6 дней, затем – переход на диету 5п (II вариант).

Диета 5п (II вариант) показана при ХП в фазе нестойкой ремиссии и ремиссии.

Основные принципы:

• калорийность и химический состав: 2500-2800 ккал, белки – 130-140 г (нежирные сорта сыра, мяса, рыбы), жиры – 70 г, углеводы – 350 г;

Участники конференции

• характеристика пищи: протертая вареная, тушеная, с ограничением жиров, сахара, с исключением продуктов сильного сокогонного действия (бульоны, отвар капусты и др.);

• режим питания: небольшими порциями 5-6 р/сут;

При удовлетворительной переваривающей способности и отсутствии диареи допускаются сырые овощи (капуста, морковь, салат и др.).

Оба варианта диеты 5п предусматривают полное исключение из рациона алкоголя, жирной, острой пищи, консервов, газированных напитков, кислых сортов яблок и кислых фруктовых соков.

Принципы базисной терапии (БТ) ХП сегодня также четко разработаны. С этой целью применяются препараты для коррекции моторики в сочетании со средствами, используемыми ступенчато. Стоит отметить, что в амбулаторно-поликлинической практике рекомендуется использовать 1-ю и 2-ю ступени оказания медицинской помощи:

• 1-я ступень: БТ + гастроцепин + Н2-блокатор + ферментный препарат;

• 2-я ступень: БТ + гастроцепин + ферментный препарат + блокатор протонной помпы + аминокапроновая кислота.

3-я и 4-я ступени предполагают дополнительное парентеральное введение препаратов (атропин, статины, инфузионные растворы), гемосорбцию, лучевую терапию и т. д.

Ферментные препараты широко используются в лечении больных ХП с целью торможения секреции ПЖ. Заместительная терапия показана при выделении с калом >1,5 г жира в сутки, а также при наличии стеатореи у больных с диспепсическими проявлениями (поносами) и/или потерей (снижением) массы тела.

Интерактивный разбор клинического случая, демонстрирующего необходимость дифференцированного подхода к БС в практике семейного врача, был осуществлен в ходе доклада **директора учебно-научного тренингового центра семейной медицины, доцента кафедры терапии и семейной медицины факультета последипломного образования Ужгородского национального университета, кандидата медицинских наук Павла Олеговича Колесника**.

– Боль является биологически важным защитным механизмом, который сигнализирует о жизненной опасности и способствует сохранению гомеостаза. Однако боль чрезвычайной силы и длительности формирует устойчивые патологические реакции в периферической и центральной нервной системе. Хронический БС (ХБС), безусловно, представляет опасность для организма, вызывая нарушения гомеостаза. Выделяют 2 основных типа боли: ноцицептивную и нейропатическую. Их различие обусловлено разными источниками происхождения боли. Ноцицептивная боль вызывается активацией рецепторов периферической нервной системы, болевыми стимулами вследствие повреждения ткани. Нейропатическая боль является следствием повреждения или дисфункции центральной нервной системы или периферических нервов.

Клинический случай

В нашу амбулаторию семейной медицины обратилась пациентка 82 лет (курит с 27 лет) с жалобами на боли в кисти правой руки, онемение, снижение чувствительности, беспокоящие и нарастающие в течение нескольких месяцев. За 2 дня до обращения за медицинской помощью боли стали невыносимыми, появилась цианотичность (синюшность) кисти. Было проведено рутинное обследование пациентки. Артериальное давление (АД) – 160/90 мм рт. ст., пульс – 110 уд./мин. При прослушивании легких слышны сухие хрипы по всей поверхности легких. В сердце регистрируется систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. Живот – без особенностей. Пациентке была рекомендована немедленная госпитализация в отделение сосудистой хирургии с редким диагнозом «Тромбоз сосудов кисти». Женщина письменно отказалась от госпитализации, прося назначить обезболивающие амбулаторно. По визуально-аналоговой шкале (ВАШ) боль пациентки была оценена как сильная (>7 баллов). С целью купирования БС ей был назначен опиоидный аналгетик налбуфин (производное морфинана), преимуществом которого, помимо быстроты начала действия (2-10 мин) и длительности аналгезии (6-8 ч), является возможность использования в амбулаторной практике, а также отпуск по рецепту на бланке ф-1. Через 2 дня амбулаторного лечения в результате усиления ишемии кисти пациентка была госпитализирована в отделение сосудистой хирургии, где была произведена частичная тромбэктомия с целью реканализации, на фоне антитромботической и сосудистой терапии; больную выписали домой под наблюдение семейного врача. Рекомендации сосудистого хирурга: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), аналгетики по необходимости. Однако на фоне рекомендованной терапии боль нарастала, становясь невыносимой. Нами была пересмотрена схема обезболивающей терапии, к лечению снова добавлен налбуфин. Через неделю на фоне адекватного обезболивания усилились явления ишемии, был констатирован некроз пальцев, пациентке проведена ампутация правой верхней конечности. В послеоперационном периоде в течение 7 дней пациентка снова получала опиоиды, после чего БС отступил. К нашему удивлению, спустя 2 мес эта же пациентка вновь обратилась в семейную амбулаторию с жалобами на боли и отек, ограничение подвижности в лучезапястном суставе левой руки. Кроме того, с момента ампутации в культе правой руки ее беспокоили боли средней интенсивности пронизывающего, острого, «электрического», характера. Установлен диагноз – «Артрит левого лучезапястного сустава». У больной выявлено сочетание двух типов боли: ноцицептивной (вследствие артрита) и нейропатической (фантомной). Суммарная оценка боли по ВАШ – 3-4 балла. Пациентке с целью купирования симптомов артрита был назначен НПВП, с целью устранения фантомных болей – антиконвульсант габапентин, а также антидепрессанты. Констатировано улучшение общего самочувствия.

Данный клинический случай демонстрирует многоликость БС, сочетание различных его типов у одного пациента, необходимость дифференцированного подхода и адекватного контроля боли в условиях амбулаторной практики.

Очевидно, что круг вопросов, поднятых в ходе конференции, оказался не только достаточно широким, но и безусловно актуальным. Следует отметить, что украинские врачи за несколько лет вполне адаптировались к новым условиям, появилось четкое понимание принципов семейной медицины, уже не вызывают прежнего опасения нозологии, которыми раньше занимались исключительно узкие специалисты. Хочется надеяться, что грядущие реформы касательно внедрения самоуправления медицинских работников положительно скажутся на работе первичного звена медико-санитарной помощи.

Подготовила ***Александра Меркулова***

РІАБАЛ

Правильний погляд на біль

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату РІАБАЛ

Склад лікарського засобу: діюча речовина: prifinium bromide; 1 таблетка містить прифінію броміду 30 мг; допоміжні речовини: лактози моногідрат, крохмаль картопляний, повідон К-30, кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат, натрію кроскармелоза, еритрозин (Е 127); оболонка: Instacoat Aqua II (IA-II-30107). Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Таблетки круглої форми з двоопуклою поверхнею, вкриті плівковою оболонкою, рожевого кольору. Показання для застосування. Біль, пов'язаний зі спазмами та підвищеною перистальтикою травного тракту: при гастриті, виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, ентериті, коліті, після гастректомії. Біль, пов'язаний зі спазмами та дискінезією жовчовивідних протоків: при холециститі, жовчнокам'яній хворобі. Біль при панкреатиті. Біль при спазмах сечовивідного тракту: при наявності конкрементів у сечовому тракті, тенезмах сечового міхура, циститі, пієліті. Призначають перед ендоскопією шлунка та шлунково-кишковою рентгенографією. Призначають при дисменореї. Протипоказання. Підвищена чутливість до прифінію броміду або до будь-якого компонента препарату. Глаукома, гіпертрофія простати III ступеня, гостра затримка сечовипускання. Спосіб застосування та дози. Таблетки Ріабалу застосовують перорально. Дітям віком 6-12 років – по 15-30 мг 2-3 рази на добу. Дітям віком від 12 років та дорослим – по 30-60 мг 3 рази на добу. При гострому різкому болю дорослим можна призначати 90 мг за 1 прийом. У разі необхідності застосування прифінію броміду у дозі 15 мг призначають препарат у відповідному дозуванні або у формі сиропу. Передозування. Симптоми: при перевищенні середньої терапевтичної дози у 100 разів можливі галюцинації, курареподібний ефект (пригнічення дихання). Лікування: промивання шлунка, застосування слабкого сольового розчину, щоб викликати діарею. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно або підшкірно вводять 1-2 мг фізостигміну саліцилату для контролю впливу антихолінергічних засобів на центральну та периферичну нервову систему. У разі необхідності проводять штучну вентиляцію легень. Побічні ефекти. В осіб з підвищеною чутливістю рідко можливі прояви алергічних реакцій. З боку шкіри: ангіоневротичний набряк, кропив'янка, гіперемія, висипання, свербіж, почервоніння шкіри. У поодиноких випадках можливе виникнення таких побічних ефектів: з боку органів зору: порушення акомодації, затуманення зору; з боку травного тракту: сухість у роті, запор, нудота; з боку серцево-судинної системи: припливи, тахікардія, підвищення артеріального тиску, відчуття серцебиття; з боку нервової системи: тремор, головний біль, слабкість; з боку сечовивідної системи: затримка сечовипускання. Ці побічні реакції минають при зниженні дози або після відміни препарату. Р. п.: № UA/2908/03/01

МЕГАКОМ
Сприяємо здоров'ю

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

Л.С. Бабінець, д.м.н, професор, **З.І. Сабат**, кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вегетативні дисфункції й інші психосоматичні розлади при хронічному панкреатиті та поєднаних шлунково-кишкових станах

Л.С. Бабінець

З.І. Сабат

Вегетативні дисфункції (ВД) та інші психосоматичні розлади (ПСР) є причиною скарг 36-71% хворих, які звертаються до лікарів у зв'язку з порушеннями з боку органів травлення. Близько 25% таких пацієнтів страждають на хронічний панкреатит (ХП).

Проблема співвідношення психічного й соматичного з давніх часів є однією з ключових у медичній науці. Функціонування шлунково-кишкового тракту (ШКТ) тісно пов'язане з психічним станом людини. Ще лікарі стародавньої Індії вважали, що негативні емоції – це перші щаблі до початку будь-якої хвороби. Давньогрецькі вчені розглядали людину як єдине ціле й надавали велике значення її характеру та темпераменту. Гіппократ стверджував: «Важливіше знати, яка людина хвора, ніж знати, на що хвора людина». У здорової людини в основі формування різних форм адаптації лежить певна психовегетативна організація. При цьому «психічне» впливає на фонові вегетативні показники та їх зміни під впливом значимих стимулів (розумова діяльність, стрес). У структурі вегетативної нервової системи (ВНС) розрізняють сегментарний і надсегментарний відділи. До першого належать вегетативні центри стовбура головного й спинного мозку: мезенцефалічний (парасимпатичний); бульбарний (парасимпатичний); тораколюмбальний (симпатичний; нейрони ядер бокових рогів C8-L3); сакральний (парасимпатичний). Вищим вегетативним центром вважається гіпоталамус, утворений провідниковими та нейросекреторними клітинами, які продукують ризинг-фактори. Фізіологічна роль гіпоталамуса полягає в підтриманні на оптимальному рівні обміну речовин, енергії, регуляції температурного балансу, діяльності всіх внутрішніх органів, у тому числі серцево-судинної системи, залоз внутрішньої секреції, а також регуляції циклу сну й бадьорості. Центри кори головного мозку коригують реакції гіпоталамусу, в той же час через нього реалізується кірковий вплив на внутрішні органи. Клітини гіпоталамуса виконують функцію рецепторів, котрі сприймають зміни гомеостазу й здатні трансформувати гуморальні зміни внутрішнього середовища в нервове збудження. Низхідний вплив гіпоталамуса забезпечує регулювання функцій, головним чином, через ВНС і гормони гіпофізу.

Раніше вважали, що симпатичний та парасимпатичний відділи нервової системи є антагоністами. Насправді ж посилення функціонування одного відділу в нормальних фізіологічних умовах призводить до компенсаторного напруження й в апаратах іншого відділу, що повертає функціональну систему до нормальних гомеостатичних показників. При порушенні рівноваги виникає ВД з переважним впливом того чи іншого відділу. Функціональне домінування одного відділу може бути пов'язане як з посиленим тонусом нервових центрів і периферичних утворень цієї системи, так, і з пониженим тонусом іншої. Гомеостаз, у тому числі вегетативний, не означає абсолютної сталості, а тільки встановлює межі, в котрих коливання можливі без виникнення дисфункції.

При патології відбувається порушення взаємодії психовегетативних процесів, що призводить до втрати пристосувального характеру реакцій організму на зміни умов зовнішнього й внутрішнього середовищ. Для визначення цього явища запропоновано поняття «психовегетативний синдром», тобто стан розладжених психічних і фізичних (у першу чергу, вегетативних) функцій (ще не патологія, а «потенціал хвороби»). Психофізіологічні реакції можуть завершитися нормалізацією порушених функцій, але вірогідний також інший шлях, коли тривалість стресової ситуації за наявності певної генетичної схильності призводить до формування ПСР.

Доведено, що тривала активація ВНС на тлі хронічного стресу супроводжується порушенням кислотоутворення й моторної функції ШКТ внаслідок дисбалансу продукції регуляторних нейрогормонів. Афективні розлади тривожно-депресивного характеру, що пов'язані з вегетативними й нейроендокринними реакціями, зумовлюють порушення вегетативно-вісцеральної регуляції ШКТ, одночасно знижуючи поріг інтрацептивної перцепції та посилюючи суб'єктивні відчуття.

ВД виражається в змінах вегетативної реактивності й вегетативного забезпечення діяльності органів і систем, що супроводжується порушенням обміну речовин (гіперхолестеринемією, диспротеїнемією, гіпер- і гіпоглікемією), згортальної та фібринолітичної систем крові. У результаті ВД порушується іннервація внутрішніх органів, що зумовлює появу дискінезії ШКТ, порушень серцевого ритму й провідності, судинних дистоній. При ушкодженні й подразненні структур ВНС у різних органах виникають стереотипні морфологічні зміни (спазм судин, дистрофія), пов'язані з виділенням медіаторів (норадреналін, адреналін, серотонін), гормонів кори наднирників, біологічно активних речовин, що посилює існуючий вегетативний дисбаланс.

Стрес – це загальна захисна реакція організму на будь-який сильний подразник, своєрідний адаптивний синдром. При дезадаптації стрес викликає ушкодження низки органів і систем, в тому числі слизової оболонки шлунка й дванадцятипалої кишки, серця, нирок, печінки, підшлункової залози тощо, різного ступеня вираженості. Відомо, що формування гастродуоденальних виразок, які часто є стартом формування ХП, пов'язане переважно з ішемією слизової оболонки і, як наслідок, з пригніченням репаративних процесів при переважанні агресивних впливів (соляної кислоти, пепсину, жовчних кислот, лізолецитину). Стресовими факторами можуть виступати різні за силою й тривалістю емоційна чи фізична травма, психічна чи фізична перевтома, оперативні втручання, сепсис, опіки, тяжкі соматичні захворювання тощо. У патогенезі стресових виразок беруть участь не тільки порушення мікроциркуляції, посилення секреторної і моторної функції шлунка, а й збільшення синтезу гормонів наднирників, нейрогуморальні зрушення, зниження резистентності гастродуоденальної слизової оболонки.

Гістологічно виявляють спазм дрібних артерій, розволокнення стінок судин, злущення епітелію, інвагінацію артерій, чергування спастичних й атонічних ділянок у судинах мікроциркуляторного русла, геморагічну інфільтрацію тканин навколо виразки.

На тлі складної ситуації в країні, котра для багатьох є стресовою, почастішали випадки стресового панкреатиту – патології, з якою фахівці раніше стикалися лише на сторінках спеціалізованої літератури. Необхідно нагадати, що першою фазою зовнішньої секреції підшлункової залози (ПЗ) є мозкова. Для неї характерний складний рефлекторний механізм, який реалізується у вигляді умовних і безумовних рефлексів. На мозкову фазу панкреатичної секреції впливають емоційний стан, біль та інші чинники.

На думку професора Г.Ф. Коротька, патогенез стресового панкреатиту великою мірою залежить від виду стресу й стресора. Основним механізмом є недостатність кровопостачання ПЗ через системні й місцеві зміни (вазоконстрикція, порушення мікроциркуляції, тромбогенез, геморагічна інфільтрація органа), її ішемізацію. У цих умовах порушуються бар'єрна роль стінки проток залози, її структура, баланс між протеолітичною та антипротеолітичною активністю, спостерігається феномен «ухилення» панкреатичних ферментів у лімфо- і кровотік. Основним фактором підвищення інтрадуктального тиску є порушення відтоку секрету. Остання причина є вагомою і в патогенезі гострого панкреатиту. Важливе значення також має зрушення механізмів багаторівневої саморегуляції функцій (у т. ч. ПЗ) при стресах, характерне у разі екстремальних впливів.

Практично немає патологічних станів, у розвитку й перебігу яких не були б задіяні вегетативні розлади: в деяких випадках вони є ланкою патогенезу, в інших – виникають вторинно, у відповідь на ушкодження різних систем організму. Виходячи з цих положень запропоновано наступну формулу психічного та соматичного співвідношення: психічні стресори (катастрофи, соціальні проблеми протягом тривалого часу, значимі життєві події) – тривога – емоційна напруга – порушення вегетативно-гуморального регулювання – ПСР.

Широке розповсюдження хронічної патології органів травлення у структурі захворюваності внутрішніх органів обумовлює високу актуальність цієї проблеми. Залучення сегментарних і надсегментарних вегетативних структур до патологічного процесу значно ускладнює перебіг захворювання, відповідно, корекція вегетативної дисфункції сприяє підвищенню ефективності лікування порушень із боку ШКТ (у т. ч. ХП). Вторинні психопатологічні прояви відсутні лише у 10,3% даного контингенту хворих. Окремі фрагментарні астенічні розлади реєструються у 22,1% пацієнтів, більш складні психопатологічні стани – у 67,3%. У таких ситуаціях спостерігаються певні особливості гастроентерологічної симптоматики, схильність до тривалого торпідного перебігу з тенденцією до залучення у патологічний процес інших відділів ШКТ.

В етіології та патогенезі ПСР відіграють роль психогенні та біологічні аспекти, що важливо враховувати при оцінці клінічного стану пацієнта й виборі лікувальної стратегії. Серед психогенних факторів – психотравми (службового, сімейного, інтимного характеру), пов'язані з розвитком захворювання, незадовільні умови життя в дитинстві; особливості особистості.

Характеристики людей, які схильні до розвитку ПСР: сенситивність; тривожна недовірливість; емоційна лабільність; демонстративність; субдепресивні ознаки; ригідність. Основні риси особистості формуються в дитинстві як сукупність спадково-конституційних ознак і чинників, зумовлених факторами зовнішнього середовища, умовами життя та вихованням.

Основні критерії діагностики ПСР: психотравмуюча ситуація; особливості особистості; наявність психічного конфлікту; клінічні прояви захворювання.

Біологічні аспекти патогенезу ПСР:

- спадковий анамнез (відхилення психіки або психічні захворювання відмічаються у близьких родичів 35-50% пацієнтів із ПСР);
- функціонально-анатомічні особливості мозку (до процесу залучені структури лімбіко-ретикулярного комплексу; блакитна пляма; ядро шва; гіпоталамус; септум; гіпокамп і парагіпокампальна ділянка; мигдалик; поясна закрутка; лобна та скронева кора);
- особливості функціонування ВНС (вона є кінцевою ланкою, що реалізує

Продовження на стор. 42.

Л.С. Бабінець, д.м.н, професор, **З.І. Сабат**, кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вегетативні дисфункції й інші психосоматичні розлади при хронічному панкреатиті та поєднаних шлунково-кишкових станах

Продовження. Початок на стор. 41.

соматичні периферичні прояви емоційних реакцій).

Залишається актуальною теорія Д. Ланге про первинні надмірні вегетативні реакції та тривожно-фобічні синдроми, що виникають вторинно. Відомо, що тривожність пов'язана з трьома основними трансмітерами: серотоніном, норадреналіном та γ-аміномасляною кислотою (ГАМК). В експериментах показано, що в механізмах тривоги суттєву роль відіграють порушення норадренергічних систем мозку. Цю концепцію підтверджує ефективність інгібіторів зворотного захвату норадреналіну в лікуванні тривоги. ГАМК є найбільш поширеним гальмівним медіатором у ЦНС. Існує припущення, що при ПСР виникає аномалія ГАМК-бензодіазепінових рецепторів або недостатність їх ендогенних лігандів, що зумовлює патологічну тривожність як рису особистості та легкість її провокування. Це підтверджується даними про ефективність у терапії тривоги анксіолітиків, особливо потужних бензодіазепінів (клоназепам, алпразолам). Підтвердженням патогенетичної ролі серотонінових рецепторів та метаболітів серотоніну є ефективність антидепресантів, які специфічно впливають на обмін серотоніну в мозку, так званих селективних інгібіторів або стимуляторів зворотного захвату серотоніну.

Піонерські дослідження, які провели у Санкт-Петербурзькому психоневрологічному інституті ім. В.М. Бехтерєва фахівці під керівництвом І.П. Лапіна в кінці 1960-х рр., показали важливу роль метаболітів серотоніну – нейрокінуренінів – у розвитку стресу, тривоги, депресії, алкоголізму, епілепсії. Виявилося, що причиною депресії можуть бути дефекти функціонування серотонінергічної системи мозку. Серотонін бере участь у регуляції прийому їжі, апетиту, сну, пам'яті, температури тіла, настрою, поведінки, агресивних і мотиваційних реакцій, функції серцево-судинної та ендокринної систем. Крім того, він має периферичну дію, яка проявляється стимулюванням перистальтики та скороченням непосмугованих м'язів, підвищенням агрегації тромбоцитів. Основний ефект антидепресантів полягає у збільшенні вмісту серотоніну в структурах головного мозку. Так, у 1990-х рр. з'явилися нові антидепресанти із селективною дією на рецептори серотоніну.

Система адаптації працює за схемою: гіпоталамус – передня доля гіпофізу – кора надниркових залоз, в результаті посилюється секреція гормонів надниркових, підвищується концентрація нейрокінуренінів унаслідок продукції ферменту триптофанпіролази в печінці та індоламін-2,3-діоксигенази в мозку. Нейрокінуреніни (L-кінуренін, 3-оксикінуренін, хінолінова кислота, нікотинамід та ін.) через систему адаптації повторно підвищують активність перерахованих ферментів (формується хибне коло, в результаті чого рівень нейрокінуренінів залишається підвищеним протягом тривалого часу). У той же час зміни концентрації індоалкіламінів є відносно короткоіснуючими (хвилини, години), їх циркуляція спостерігається переважно в початковій фазі стресу. Саме підвищення рівня нейрокінуренінів визначає наслідки стресу, його відтерміновані ефекти, наприклад невротичні, депресивні, психологічні та нейродегенеративні порушення.

L-кінуренін є попередником інших нейрокінуренінів, які відіграють провідну роль у генезі депресії, алкоголізму, епілепсії, алергічних захворювань, психосоматичних розладів і низки онкологічних хвороб. Таким чином, стає зрозумілою доцільність тривалого призначення (інколи ≥6 міс) антидепресантів із селективною дією на рецептори серотоніну.

Незважаючи на відносну безпечність селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніна, складність у підборі дози, побічні ефекти (в тому числі нудота, порушення сну, сексуальні дисфункції), наявність резистентності до них обмежує їх застосування в терапевтичній практиці. У зв'язку з цим виправданий інтерес фармакологів і клініцистів до пошуку та впровадження в практику альтернативних стратегій, які не поступаються за ефективністю цим засобам і мають переваги щодо профілю безпеки та широти терапевтичного застосування. Заслуговують уваги спроби створення фітопрепаратів, що мають властивості антидепресантів.

Найбільш розповсюдженим варіантом ПСР є гастралгія. Біль може мати різноманітний характер. Відзначаються виражена взаємозалежність між емоційною напругою, перевтомою й появою симптомів із боку ШКТ (відчуття важкості й розпирання в епігастральній ділянці, біль та ін.), відсутність зв'язку між скаргами та характером харчування, порушенням дієти.

Проявами невротичної симптоматики можуть бути нудота й блювання. Можливі варіанти психогенного блювання, що відрізняються за механізмами його розвитку. Вегетативні компоненти (блідість шкірних покривів, піт, салівація та ін.), як правило, відсутні або виражені слабо.

У деяких хворих фіксуються затруднення й біль при ковтанні (дисфагія), при цьому рідку їжу пацієнтам споживати тяжче, ніж тверду. В основі описаного порушення лежить езофагоспазм, який часто виникає вперше під час їди в результаті вкрай інтенсивного стресу, а потім повторюється майже під час кожного прийому їжі. Спазм стравоходу може бути не пов'язаним з вживанням їжі, виявляється болем або відчуттям стиснення за грудиною, що іноді вимагає диференційної діагностики зі стенокардією. При езофагоспазмі відмічаються виражені афективні порушення, постійна тривога й жах перед споживанням їжі. У частини хворих формуються тяжкий астеноіпохондричний синдром і канцерофобія.

Класичним невротичним синдромом є globus hystericus, що найчастіше виявляється у жінок молодого віку, характеризується відчуттям стороннього тіла (клубка) в горлі, тиском у ділянці шиї, що зазвичай слабшає під час їжі. Вважають, що це пов'язано з невротичними чутливими й руховими порушеннями функції стравоходу.

Частими й різноманітними є прояви синдрому подразненого кишечнику (СПК). Неврогенний біль у ділянці кишечнику, різний за характером, зазвичай посилюється на тлі емоційної напруги й стресових ситуацій. Інколи виникають кишкові кризи, що виявляються гострим абдомінальним болем, метеоризмом, голосним гурчанням, позивами до дефекації. Пацієнти з СПК фіксують увагу на частоті, кількості та якості випорожнень кишечника, що сприяє формуванню тяжкого іпохондричного синдрому. Імперативні позиви до дефекації в таких пацієнтів нерідко виникають у найбільш невідповідній ситуації, що негативно позначається на психологічному стані хворих. Часто діарея спостерігається вночі або в ранковий час, що призводить до розладів сну, провокує астенію.

У пацієнтів з гастроентерологічною патологією сама наявність захворювання впливає на самопочуття, настрій, активність, а також появу симптомів тривоги. Одним із частих клінічних симптомів у пацієнтів з патологією ШКТ є депресія. Традиційно вважається, що депресія маніфестує стійким зниженням настрою, загальмованістю. До додаткових проявів відносять зниження самооцінки та почуття впевненості в собі; самозвинувачення без причини чи немотивоване почуття провини; песимістичне бачення майбутнього; думки про смерть/самогубство або суїцидальну поведінку; розлади сну будь-якого типу; порушення апетиту (зниження або підвищення) з відповідними змінами маси тіла. Слід наголосити, що про депресію можна говорити лише в разі наявності відповідної симптоматики ≥2 тиж.

Низка наукових досліджень підтверджують наявність депресивних реакцій легкого й середнього ступеня тяжкості у 90% пацієнтів з ХП. Динамічне спостереження за станом хворих показує, що депресивні реакції легкого ступеня нівелюються за умови покращення соматичного стану хворих і практично не потребують призначення спеціального лікування. При депресивних реакціях помірного ступеня уповільнюється реалізація терапевтичного ефекту призначеного лікування, спостерігається збереження пригнічення та змін настрою навіть при стабілізації соматичного стану. Водночас депресія та вегетативні порушення доволі часто мають самостійний характер і не пов'язані з соматичною патологією. Але в будь-якому випадку депресія посилює симптоматику, погіршує перебіг захворювання й значно ускладнює її лікування (асоціюється зі збільшенням частоти звернень за медичною допомогою, негативно відображається на клінічній картині, різко знижує ефект терапії, збільшує кількість додаткових досліджень).

У той же час відомо, що крім поведінкових механізмів, які пояснюють вплив, наприклад, депресії на соматичне захворювання, мають значення й метаболічні порушення. Нині встановлено, що в депресивних хворих виявляються прокоагулянтні зміни, діабетоподібні реакції, посилення вираженості неспецифічного запалення. Є дані про те, що майже у 80% пацієнтів, які страждають на депресію, виявляють низьку активність амілази ПЗ.

Згідно з даними дослідження, проведеного в клініко-гастроентерологічній лабораторії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, у групи хворих з амілазною недостатністю порівняно з особами без вказаного порушення виявлено достовірне зниження ($p<0,05$) активності (4,3±0,1 проти 4,7±0,1), достовірно вищі ($p<0,05$) показники оцінки вегетативних порушень (30,8±0,8 проти 27,1±1,3) і тривоги (8,1±0,2 проти 6,9±0,5). Встановлено помітний вплив амілазної недостатності на активність ($\chi^2=7,2$) та вегетативні порушення ($\chi^2=6,68$). Ступінь амілазної недостатності не впливав на самопочуття ($r=0,2$), активність ($r=0,07$), настрій хворих ($r=0,2$), вираженість вегетативних порушень ($r=0,05$), симптомів тривоги ($r=0,08$) та депресії ($r=0,09$). За наявності амілазної недостатності незалежно від її ступеня необхідно проводити відповідну корекцію.

У більшості публікацій наведено дані про переважання ваготонії у хворих гастроентерологічного профілю, однак проведене в Українському НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса) дослідження вихідного стану вегетативного тонусу (за даними клінічних проб) довело значне переважання симпатикотонії в пацієнтів із хронічною патологією ШКТ, зокрема ХП. Самі науковці розбіжність даних пояснюють тим, що у більшості досліджень аналіз вегетативних проявів проводився без урахування хронізації гастроентерологічного процесу та характеру (первинний чи вторинний) вегетативних змін. Отримані дані про переважання симпатикотонії у хворих з порушеннями з боку органів травлення можуть бути пов'язані з хронічним характером основного захворювання. На думку дослідників, в разі хронізації патологічного процесу у ШКТ у ВНС задіюються компенсаторні механізми, тобто початкове переважання ваготонії компенсується збільшенням активності симпатичного відділу ВНС. Врешті-решт виникає напруження компенсаторних механізмів, адаптаційна система працює з перевантаженням, що викликає переважання симпатичної ланки ВНС. Той факт, що воно виявлялося за різної тривалості основного патологічного процесу, дозволяє припустити, що компенсаторні механізми регуляції вегетативного тонусу виснажуються досить швидко (протягом року після появи патологічних симптомів). Навіть у пацієнтів з тривалістю захворювання до 1 року з вихідним нормальним вегетативним тонусом функціональні навантаження (клиноортостатична проба) виявляли виснаження компенсаторних механізмів його регуляції (реєструвалася асимпатикотонічна реактивність).

Питання появи вегетативних порушень у разі патології ШКТ, зокрема при ХП, залишається недостатньо вивченим, що зумовлює потребу в подальших дослідженнях.

Список літератури знаходиться в редакції.

Всемирный день семейного врача в Украине

19 мая в Киеве состоялась научно-практическая конференция с международным участием, приуроченная к Всемирному дню семейного врача. Основной задачей конференции являлось освещение современного состояния и перспектив развития семейной медицины в Украине в условиях возрастающей роли семейного врача в жизни каждой семьи, а также в профилактике и лечении различных заболеваний. Инициатива празднования Дня семейного врача принадлежит Всемирной организации семейных врачей (World organisation of family doctors — WONCA), что обусловлено стремлением подчеркнуть существенный вклад специалистов первичного звена в сохранение здоровья популяции во всем мире.

В ходе торжественной части мероприятия с приветственным словом выступил **заместитель начальника Департамента реформ и развития Министерства здравоохранения (МЗ) Украины Михаил Петрович Комаров**, отметивший, что отечественная медицинская отрасль решилась на системные изменения в здравоохранении и продолжает двигаться в этом направлении, несмотря на сложную социально-экономическую ситуацию. М.П. Комаров выразил уверенность в правильности выбранного пути: в большинстве стран мира в структуре системы здравоохранения первичная медицинская помощь играет ключевую роль, поскольку на первичном уровне предоставляется 80% ее общего объема.

Искренние поздравления в адрес семейных врачей прозвучали из уст **проректора по научно-педагогической работе Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Александра Константиновича Толстанова**. Он, в частности, указал на первоочередную важность вопросов, связанных с подготовкой врачей на до- и последипломном уровне, на необходимость их постоянного профессионального роста. По мнению А. Толстанова, семейная медицина в нашей стране постепенно развивается и основной фундамент этого процесса уже заложен. Сегодня необходимо постоянно формировать соответствующую базу знаний и обеспечить научно-педагогический процесс подготовки врачей общей практики – семейной медицины в соответствии с международными программами при поддержке WONCA, Европейской академии преподавателей семейной медицины (European academy of teachers in general practice / family medicine – EURACT) и других организаций».

Во время торжественной части мероприятия состоялось также награждение врачей и медсестер общей практики – семейной медицины почетными грамотами департамента здравоохранения Киевской городской государственной администрации (КГГА). Церемонию вручения провел **директор Института семейной медицины НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Олег Григорьевич Шекера** совместно с **главным внештатным специалистом КГГА по специальности «Общая практика – семейная медицина, заместителем директора Института семейной медицины НМАПО им. П.Л. Шупика, председателем Украинского молодежного движения семейных врачей, доцентом Викторией Ивановной Ткаченко**.

Профессор О.Г. Шекера посвятил свое выступление современным аспектам семейной медицины.

– Как известно, Украина имеет очень высокую, в сравнении со странами ЕС, статистику смертности среди трудоспособного населения. Так, приблизительно $^1/_3$ украинцев умирает в возрасте до 65 лет. Причем почти половину случаев смерти среди возрастной когорты до 75 лет можно было бы предотвратить с помощью надлежащей профилактики и лечения. Таким образом, смертность среди трудоспособного населения (80% мужчин и 30% женщин) возможно значительно снизить, усовершенствовав существующую модель системы здравоохранения Украины, которая имеет следующие недостатки:

• неоправданно низкая доля первичной медицинской помощи в общем комплексе оказания медицинских услуг;

• неэффективная структура системы медицинских услуг;

• отсутствие механизма планирования и оценки работы медицинских учреждений в привязке к оказанию медицинских услуг;

• мизерный уровень финансирования из небюджетных источников (общественных фондов, системы страхования, платных услуг);

• неэффективность использования существующих ресурсов системы здравоохранения.

Устранить все эти недостатки и значительно понизить уровень смертности среди трудоспособной популяции можно только путем проведения последовательных реформ, целью которых должно быть обеспечение эффективного лечения на уровне первичной медицинской помощи.

Начиная с 2015 г. Кабинет министров Украины предпринял ряд шагов в направлении передачи функции тендерных закупок от МЗ международным организациям, дерегуляции фармацевтического рынка, существенного сокращения количества лицензий и разрешений. Был также предложен к рассмотрению проект закона «Об общеобязательном государственном социальном медицинском страховании».

С целью поднятия престижа профессии семейного врача в Украине, обеспечения надлежащего качества оказания медицинской помощи специалистами первичного звена и достойного уровня заработной платы медицинским работникам необходим закон «О семейной медицине». Кроме того, в Украине следует учредить профессиональный праздник – День семейной медицины.

Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Общая практика – семейная медицина», президент Ассоциации семейной медицины, заведующая кафедрой семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Лариса Федоровна Матюха представила доклад «Корпоратизация медицинских работников первичной медицинской помощи в ракурсе внедрения самоуправления медицинских профессий в Украине».

– В настоящее время врачебное самоуправление является нормой для медицинской сферы стран с высоким уровнем экономического развития. Основной целью врачебного самоуправления стало формирование такой модели гражданско-правовых отношений, в рамках которой врач несет личную профессиональную ответственность перед национальной врачебной организацией. Одними из функций врачебного управления являются обеспечение надлежащего выполнения каждым врачом своих обязанностей и соответствующий контроль в этой сфере. Органы врачебного самоуправления формируют и утверждают принципы профессиональной врачебной этики и контролируют их соблюдение врачами, а также отстаивают интересы профессии врача в отношениях с государством и обществом, инициируют снижение бюрократической нагрузки на процесс организации оказания медицинских услуг.

Важно отметить, что практически везде, где существует врачебное самоуправление, его деятельность регулируется специальными законами, например в Польше, Болгарии, Германии, Словакии, Швейцарии, Норвегии, Испании, Венгрии, Румынии, США, Канаде, Турции и во многих других странах. В Украине, в условиях длительного существования преимущественно административной системы управления, до сих пор отсутствует законодательная основа врачебного самоуправления. В связи с этим

медицинские объединения и экспертные ассоциации практически не имеют влияния на процедуры аттестации медицинских специалистов и лицензирование медицинской деятельности, поскольку, являясь по сути гражданскими организациями, не обладают соответствующими полномочиями. Таким образом, у врача отсутствует возможность регулировать свою профессиональную деятельность. Украина нуждается в разрешении сложившейся ситуации и реформировании существующего законодательства путем объединения усилий врачебных организаций и разработки проекта закона «О врачебном самоуправлении».

Среди проблем, которые способна решить Украинская ассоциация семейной медицины (УАСМ),– низкая социальная защищенность украинских врачей, низкий уровень их заработной платы, крайняя бюрократизация процесса организации и оказания первичной медицинской помощи. УАСМ также может работать над усовершенствованием системы регулирования в условиях ограниченных ресурсов, повышением конкурентоспособности и улучшением инвестиционного климата, а также над созданием единого реестра лекарственных средств. Последнее является очень важной управленческой функцией, которую в странах ЕС осуществляет врачебное самоуправление.

Академик Академии наук высшего образования Украины, доктор медицинских наук, заслуженный профессор Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого Евгения Фоминична Заремба рассказала о достижениях и перспективах семейной медицины в Украине.

– Анализируя практический опыт, можно прийти к выводу, что семейная медицина обладает значительными преимуществами перед традиционной медицинской участковой службой, поскольку семейный врач является координатором и организатором профилактической и санитарно-просветительской работы, оказания медико-социальной помощи своим пациентам. Семейная медицина экономически выгодна, более приближена к пациентам и более доступна для них, как правило, характеризуется высоким уровнем квалификации врачей.

Благодаря развитию семейной медицины в Украине были созданы учебно-тренинговые центры НМАПО им. П.Л. Шупика для отработки практических навыков врачами и интернами. При поддержке департамента здравоохранения КГГА стали проводиться региональные конференции для врачей первичного звена Киевской области «Чтения семейной медицины имени профессора Г.И. Лысенко». В настоящее время активно работает Украинское молодежное движение семейных врачей, что позволило многим молодым специалистам принимать участие в международных программах по обмену опытом и в развитии семейной медицины в мире. В медицинских университетах Украины были открыты кафедры и факультеты семейной медицины.

Однако, несмотря на несомненные достижения, процесс подготовки семейных врачей требует принципиальной перестройки. Учебные программы на кафедрах последипломного образования необходимо подвергнуть переработке путем их коррекции с учетом стандартов квалификационных характеристик соответствующих врачебных специальностей мирового и европейского уровня. С целью подготовки кадров следует и дальше открывать в медицинских академиях и университетах факультеты общей практики – семейной медицины. При кафедрах семейной медицины нужно создать учебно-практические центры в качестве эталонных моделей офиса семейных врачей, что позволит существенно повысить качество их профессиональной подготовки. Необходимо также продолжить сотрудничество с врачами и преподавателями семейной медицины из Великобритании, США, Польши, Финляндии и других экономически развитых стран мира и разработать единые требования по учебно-методической документации для кафедр семейной медицины на последипломном этапе.

Подготовил ***Игорь Кравченко***

Урядовий вісник: про проблеми та шляхи їх вирішення

У ході засідання Комітету Верховної Ради (ВР) з питань охорони здоров'я (далі – Комітету), що відбулося 1 червня, було розглянуто низку важливих питань.

За результатами офіційного візиту української делегації до Румунії на запрошення НАТО та Департаменту надзвичайних ситуацій Румунії **голова Комітету Ольга Вадимівна Богомолець** ознайомила присутніх з досвідом Румунії в імплементації стандартів НАТО в систему парамедичної допомоги. Окрім О.В. Богомолець, до складу делегації увійшли колишній заступник міністра оборони України Юрій Гусєв і заступник начальника управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України Людмила Йосипівна Шостак.

«У рамках візиту ми розглянули принципи надання екстреної допомоги. Слід зазначити, що в Румунії ситуація в цьому сегменті кардинально відрізняється від такої в Україні: повноваження екстреної медичної допомоги передані парамедикам, – повідомила **О.В. Богомолець**. – Також ми ознайомилися з досвідом підготовки парамедиків за стандартами НАТО і досягнули домовленості щодо створення в Україні тренінгового центру для парамедиків під патронатом НАТО».

Під час засідання члени Комітету не підтримали законопроект про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо соціальної спрямованості державних лотерей (№ 3083), що пропонує перерозподіл ресурсів шляхом збільшення обсягу коштів на культуру до 50%, хоча протягом останніх 2 років видатки з реалізації державних лотерей – єдине стабільне джерело фінансових надходжень для реалізації державних програм з лікування дітей з онкопатологією та орфанними захворюваннями. Навіть зараз через брак коштів ці програми виконуються лише на 30-70%.

Складним, тривалим (робота продовжувалася понад 3,5 год) і вкрай напруженим виявилося засідання Комітету 15 червня, під час якого народні депутати обговорили чимало важливих пропозицій.

Палкими дискусіями супроводжувався розгляд поправок до законопроекту «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (№ 2309а-д, друге читання), відомий серед медиків як «законопроект про автономізацію». Авторами документа виступили 11 членів Комітету. (Нагадаємо, 21 квітня його було прийнято парламентом у першому читанні.)

Над підготовкою проекту до другого читання працювала робоча група під керівництвом **заступника голови Комітету Ірини Володимирівни Сисоєнко**, до якої увійшли помічники всіх народних депутатів (у т. ч. такі відомі медичній спільноті фахівці, як консультант з координації впровадження нового фінансового механізму спільного проекту МОЗ України та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» Володимир Мирославович Рудий, головний експерт медичної групи Реанімаційного пакету реформ Зоряна Степанівна Черненко та ін.). За результатами неодноразових засідань групи, її тривалої напруженої діяльності запропоновано узгоджені поправки до документа.

«Попри те, що без законопроекту № 2309а-д, покликаного надати закладам охорони здоров'я дієві важелі для забезпечення їх самостійності в прийнятті управлінських та фінансових рішень, проголошена медична реформа, по суті, реалізуватиметься лише на папері та залишатиметься фікцією», – виступив з різкою критикою **заступник голови Комітету Олег Степанович Мусій**. Він переконаний, що комплексним підґрунтям для побудови нової системи охорони здоров'я повинен стати законопроект № 4456 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні»: «Я вбачаю спробу нівелювати цей ґрунтовний законопроект, перекреслити наші напрацювання та натомість внести поправки до законопроекту № 2309а-д, які не мають відношення до автономізації лікувальних закладів (таких більше половини із запропонованих)». Варто зазначити, що О.С. Мусій спирався у своїх твердженнях на законопроекти, які ще навіть не розглядалися Комітетом.

За більш ніж 1,5 год вдалося обговорити лише 12 із 42 наданих поправок до законопроекту № 2309а-д. Врешті-решт Комітет прийняв рішення зібрати робочу групу за участі народних депутатів, а не їх представників, і відкласти розгляд до наступного засідання.

«Така позиція членів Комітету вкотре доводить, що депутатам важливіше, за чиїм авторством буде прийнятий законопроект, а не суть змін у законодавстві. На жаль, зміна системи фінансування охорони здоров'я – це тільки один крок на шляху під назвою «реформа», але навіть він саботується багатьма членами Комітету», – прокоментувала **І.В. Сисоєнко.**

Члени Комітету підтримали включення до порядку денного 4-ї сесії ВР України VIII скликання законопроекту про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо допуску членів сім'ї, опікуна, піклувальника до пацієнта у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (№ 4649). «У світі подібна можливість надається пацієнтам та їх родичам автоматично, у той час як в Україні досі існує рудимент радянської практики, негативний спадок з минулого. Ситуацію, коли батькам забороняють доступ до невиліковно хворих дітей, без перебільшення можна вважати глобальною трагедією. Варто зазначити, що законопроект забезпечує оптимальний баланс між спрощенням доступу до реанімації родичів та водночас посиленням вимог (санітарно-гігієнічних і т. п.) до них», – уточнила співавтор законодавчої ініціативи, **народний депутат Олена Сергіївна Сотник**.

На доопрацювання було відправлено проект Закону «Про засади державної політики охорони здоров'я» (№ 2409а), оскільки деякі його положення суперечать Конституції України. Очікується, що нову версію документа (з урахуванням зауважень Головного науково-експертного управління) фахівці підготують протягом 2 тиж. Законопроект планують розглянути на наступній пленарній сесії.

Члени Комітету за результатами розгляду в першому читанні ухвалили рішення рекомендувати ВР України прийняти за основу законопроект № 4449 «Про внесення змін до законодавчих актів щодо надання психіатричної допомоги». Необхідність прийняття документа зумовлена потребою у створенні реального механізму захисту прав недієздатних осіб та попередження свавілля під час їх госпіталізації до психіатричних закладів, а також створення умов для розвитку реабілітаційних програм. «Запропоновані зміни сприятимуть насамперед поліпшенню соціальної захищеності недієздатних осіб з розладами психіки й поведінки, забезпечать попередження зловживань з боку осіб, які здійснюють догляд за інвалідами внаслідок психічного захворювання, дозволять покращити доступ осіб з вадами психічного здоров'я до правосуддя, попередять випадки нелюдського ставлення до недієздатних осіб (стерилізація без згоди особи) та покращать якість надання психіатричної допомоги ув'язненим», – зауважила співавтор законопроекту **І.В. Сисоєнко**.

У відповідь на звернення Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) стосовно визначення представника від Комітету для участі в роботі комісії (створюється урядом для перевірки наявності та стану медичного обладнання, закупленого для потреб сучасного лікувально-діагностичного комплексу НДСЛ «Охматдит»), а також для забезпечення подальшої співпраці з МОЗ з питань реалізації державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу НДСЛ «Охматдит», члени Комітету делегували Олексія Миколайовича Кириченка. Його обрано за результатами рейтингового голосування, у якому також брали участь Тетяна Анатоліївна Донець та Оксана Анатоліївна Корчинська. При цьому, як підкреслив заступник міністра охорони здоров'я Роман Романович Ілик, усі без винятку народні депутати матимуть право безперешкодно долучатися до роботи комісії. Варто нагадати, що відкрито кримінальні провадження щодо зловживань під час будівництва нового корпусу НДСЛ «Охматдит» та закупівлі медобладнання за ч. 2 ст. 364 Кримінального Кодексу України «Зловживання владою або службовим становищем, що спричинило тяжкі наслідки». За даними О.А. Корчинської, нанесену шкоду оцінюють орієнтовно в 73 млн грн і є підозра про зникнення 1 з 4 заявлених позицій обладнання (наразі воно зберігається в підвальних приміщеннях у неналежних умовах).

Збільшення бюджетних призначень на 10 млн грн для ДЗ «Спеціалізована медико-санітарна частина № 16 МОЗ України» (м. Чорнобиль, Київська обл.) передбачав законопроект № 4450 «Про внесення змін до Закону України «Про державний бюджет України на 2016 рік» (щодо збільшення видатків на надання медичної допомоги працівникам зони відчуження за рахунок резерву коштів медичної субвенції, що наразі складає 400 млн грн). За словами **І.В. Сисоєнко**, фінансування цього закладу неможливо проводити згідно з загальноприйнятими розрахунками: він обслуговує виключно працівників зони відчуження, вахтовий метод роботи та шкідливі умови праці яких потребують додаткових спеціальних вимог (проживання, лікувально-профілактичне харчування, дозиметричний контроль тощо). Медичну допомогу в цій установі також отримують 160 самоселів зони відчуження. Хоча законопроект отримав підтримку Комітету з питань бюджету (визначеного головним), більшість членів Комітету з питань охорони здоров'я проголосували проти, аргументуючи своє рішення 2 причинами: дефіцитом коштів у фонді медичної субвенції та необхідністю вирішувати проблему одночасно й комплексно, а не лише на рівні одного з численних медичних закладів.

Р.Р. Ілик презентував законопроект «Про внесення змін до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» щодо удосконалення системи соціальних стандартів (№ 4575, КМУ). Метою документа є удосконалення системи соціальних стандартів і нормативів, механізму фінансового забезпечення надання населенню послуг відповідно до визначених урядом напрямів реформування місцевого самоврядування й територіальної організації влади в Україні. До державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я відносяться:

- перелік видів медичної допомоги, показники обсягу та якості надання гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- нормативи забезпечення мережею амбулаторій, що є структурними або відокремленими структурними підрозділами центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

• нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

• нормативи забезпечення стаціонарної медичної допомоги;

• нормативи матеріального забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я лікарськими засобами, виробами медичного призначення, обладнанням та устаткуванням, харчуванням тощо;

• нормативи забезпечення населення санаторно-курортним лікуванням.

Члени Комітету одноголосно ухвалили рішення рекомендувати ВР прийняти його в першому читанні за основу.

Також Комітетом прийнято рішення щодо:

• звернення до МОЗ стосовно надання інформаційно-аналітичних матеріалів за результатами виконання Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» з висновками щодо ефективності заходів з реформування охорони здоров'я, здійснених у рамках пілотного проекту (прохання О.М. Кириченка);

• запиту до МОЗ з проханням надати роз'яснення щодо права видачі лікарняних листків працівниками клінік (однопрофільних кафедр) та можливості внесення відповідних змін до наказу МОЗ України від 13 листопада 2001 р. № 455 (за пропозицією І.В. Сисоєнко), а також приватними клініками, які відповідним чином акредитовані та ліцензовані (доповнення О.В. Богомолець);

• проведення 8 липня засідання круглого столу з питання розвитку служби крові в Україні (ініціатива І.В. Сисоєнко);

• початку наступних засідань Комітету зі звіту МОЗ щодо поставок лікарських засобів, закуплених за державні кошти у 2015 р., у т. ч. й через міжнародні організації (вимога І.М. Шурми та О.С. Мусія);

• визначення координаторами робочої групи з доопрацювання законопроекту «Про лікарські засоби» (№ 2162-д) О.М. Кириченка та О.С. Мусія.

На позачерговому засіданні, що відбулося 16 червня, члени Комітету розглянули питання про необхідність виділення у 2016 р. додаткових коштів з Державного бюджету України на лікування громадян України за кордоном.

За наданою МОЗ України інформацією, Законом України «Про Державний бюджет України на 2016 рік» для лікування громадян України за кордоном передбачено 203,9 млн грн, що задовольняє потребу лише на 57,5%. У межах зазначених асигнувань у першому півріччі поточного року МОЗ України оплачено лікування за кордоном 75 осіб на суму 203 948,9 тис. грн (вичерпано 100% виділених бюджетом коштів).

У звіті, презентованому **заступником міністра охорони здоров'я, керівником апарату Романом Йосиповичем Василишиним**, було перераховано виявлені недоліки, що стосуються реалізації вказаної програми: не наявна відповідна документація; хворі не перебувають на обліку; не здійснюється диспансерний нагляд (відповідно, неможливо провести аналіз віддалених результатів лікування та визначити структуру клінік, де пацієнти отримували терапію, встановити, який обсяг коштів витрачено на авіаквитки, їх клас і т. ін.): «Питання вирішувалося хаотично, прямі угоди з клініками не укладалися. Крім того, особи, відповідальні за реалізацію програми, – секретар та заступник міністра – звільнилися, що також ускладнює пошук та обробку результатів їх діяльності».

Наразі МОЗ України завершило опрацювання низки документів нового зразка та визначило пакет необхідних паперів (заява, виписка з історії хвороби, направлення обласного департаменту охорони здоров'я за місцем проживання хворого, висновок головного позаштатного спеціаліста МОЗ відповідного профілю). Також впроваджено норму, згідно з якою обласні департаменти охорони здоров'я кожні 6 міс звітуватимуть МОЗ про самопочуття пацієнта, направленого на лікування за кордон. Прийматиме й опрацьовуватиме документи (протягом доби) реєстраційний відділ МОЗ. Якщо питання потребуватиме термінового розгляду, скликатиметься комісія (у виняткових випадках за умови відповідності вимогам пакету документів голова комісії зможе поставити хворого на облік без засідання комісії). Заплановано, що перелік пацієнтів буде оприлюднено на сайті МОЗ із зазначенням діагнозу та/або ПІБ (у разі згоди хворого або його батьків на обробку персональних даних). «Зелене світло» надаватимуть особам, які потребують трансплантації кісткового мозку, серця, нирок. «МОЗ за допомогою Міністерства закордонних справ України надіслано офіційні листи до українських посольств у країнах Європи, США, Індії з проханням порекомендувати клініки, у яких виконуються певні втручання (відповідно до переліку найбільш актуальних нозологій). Сподіваюся, це сприятиме укладанню прямих договорів з медичними закладами, оптимізації звітності, підвищенню прозорості співробітництва, можливо, навіть зниженню вартості послуг, – зазначив **Р.Й. Василишин**. – Всі засідання нашої комісії будуть відкритими, їх проведення анонсуватиметься онлайн». Також він поінформував, що за результатами засідання комісії МОЗ, яке відбулося напередодні, підписано гарантійні листи на лікування за кордоном 3 осіб, які перебувають у критичній ситуації. Станом на 16 червня невідкладного лікування за кордоном потребували ще 46 осіб, стосовно яких комісія МОЗ України з питань направлення на лікування за кордон ухвалила позитивне рішення про надання за життєвими показаннями медичної допомоги, яку неможливо забезпечити у вітчизняних закладах охорони здоров'я. Її орієнтовна вартість – 183,8 млн грн.

О.В. Богомолець висловила впевненість у тому, що доповідь Р.Й. Василишина не може розглядатися як звіт МОЗ, оскільки не містить конкретних даних, що стосуються реалізації програми за останні 5 років (зокрема, обсягу витрачених коштів, поіменного переліку людей, направлених на лікування за кордон, структури витрат у медичних закладах, віддалених результатів терапії), та пояснень у відповідь на численні зауваження Рахункової палати. Також вона повідомила про результати співпраці з державами НАТО (за останні 2 роки в найкращих лікувальних закладах більш ніж 20 країн отримали допомогу понад 400 учасників АТО; середня вартість лікування 1 особи склала 300-500 тис. доларів) та про домовленість, досягнуту з дитячою лікарнею Shriners (м. Бостон, США), яка погодилася приймати пацієнтів з України на безкоштовній основі (за певною квотою): «МОЗ необхідно буде забезпечити лише транспортування хворого – оплатити авіаквитки і т. п.».

О.С. Мусій зосередив увагу на необхідності більш оперативного реагування МОЗ на потреби постраждалих під час АТО: «Завдяки зусиллям народних депутатів обсяг фінансування програми лікування за кордоном збільшився з 50 до 200 млн грн. Передбачалося, що частина коштів буде спрямована на лікування онкохворих дітей та постраждалих військовослужбовців, однак досі не розроблено алгоритм постановки на облік цієї категорії хворих». (Існує єдина черга пацієнтів, однак станом на 16 червня жодного учасника АТО в ній не зареєстровано.)

«За останні 3 роки на лікування пацієнтів за кордоном спрямовано понад 460 млн грн, тому питання про доцільність витрат та наявність залишків коштів є першочерговим,– вважає **перший заступник голови Комітету Оксана Анатоліївна Корчинська**.– На жаль, МОЗ працює вкрай повільно: досі не підписано Меморандум про співпрацю, надісланий найбільшою італійською дитячою клінікою Bambino Gesu (єдиний у світі заклад, що приймає маленьких українців, які потребують трансплантації кісткового мозку, за гарантійними листами) ще 3 міс тому. На сьогодні на лікуванні в клініці перебувають 12 українських дітей (серед них 2 – із зони АТО, їм допомогу надають безкоштовно). І якби заклад дотримувався усіх формальностей, наслідки бюрократичної затримки могли би бути драматичними. Що стосується учасників АТО, за останні 2 роки лікування за програмою отримали лише 3 осіб. Досі не розроблено методику постановки на облік, не створено робочу групу спільно з силовими відомствами задля визначення пакета документів, який повинен надаватися цим контингентом хворих».

«Проблема дефіциту фінансування програми з лікування за кордоном є бездонною, її неможливо вирішити одномоментно, без системних змін у вітчизняній системі охорони здоров'я,– поділився міркуваннями **член Комітету Ігор Михайлович Шурма**.– Принципово, щоб за виявлені недоліки й зловживання під час її реалізації понесли відповідальність особи, які координували проект». І.М. Шурма озвучив ряд пропозицій щодо оптимізації роботи МОЗ у цьому сегменті: створити електронний реєстр хворих (дорослих та дітей) та своєчасно його коригувати; на основі орієнтовної суми витрат на лікування 1 особи розрахувати приблизну вартість гарантійного листа; визначити перелік клінік, з якими можливо співпрацювати, та укласти з ними прямі угоди; проводити засідання комісії з фахівцями обласних департаментів охорони здоров'я у форматі skype; чітко встановити максимальний термін подання заяви пацієнта до МОЗ обласним департаментом (приміром, протягом 3 днів); здійснити аудит. «МОЗ слід посилити партнерство з благодійними фондами, громадськими організаціями, закордонними клініками»,– доповнив колегу **член Комітету Андрій Федорович Шипко**.

«Для багатьох пацієнтів кожен день (навіть година) очікування може вартувати життя. Підставою для сьогоднішнього позачергового засідання є саме розгляд питання щодо необхідності якомога швидше збільшити обсяг коштів на реалізацію програми, – нагадала **І.В. Сисоєнко**. – Потрібно звернутися до прем'єр-міністра України В.Б. Гройсмана з проханням терміново відшукати можливість виділити МОЗ додаткові кошти в сумі 183,8 млн грн з державного бюджету за програмою «Лікування громадян України за кордоном». Життя багатьох дітей висить на волосині. Неприпустимо, аби хтось із них не дочекався допомоги».

Комітет одностайно ухвалив відповідне рішення. Резюмуючи сказане, **І.В Сисоєнко** наголосила, що 183,8 млн грн – це сума, необхідна на лікування «черги сьогоднішнього дня» (станом на 16 червня в ній перебувало 46 осіб), яка, безумовно, у подальшому невпинно збільшуватиметься. Тому законодавці повинні об'єднати зусилля й працювати над системними реформами, що дозволять докорінно змінити галузь.

Підготувала ***Ольга Радучич***

П.А. Ковальский, бизнес-тренер компании «Агентство Медицинского Маркетинга», г. Киев

Невербальные аспекты в работе врача: как читать жесты и мимику пациента?

П.А. Ковальский

Немногие придают значение тому, насколько важную роль играет невербальное общение врача и пациента. Между тем человек лишь 23% информации воспринимает на слух, остальные 77% он получает при помощи визуализации объекта.

Если эти цифры кажутся вам неубедительными, предлагаю провести небольшой эксперимент. Вспомните ваши студенческие годы и все, что с этим периодом связано. В том числе – своих преподавателей. Наверняка среди них была яркая личность, преподаватель с большой буквы, его лекции вы старались не пропускать. А вот манера излагать материал другого лектора вызывала у вас только одно желание – спать. Вспомнили? А теперь – внимание, вопрос. О чем рассказывали и тот и другой преподаватель на самой первой паре? А на последней? Дай бог, чтобы вы вспомнили хотя бы название предмета и общую суть лекций. Но вот жесты, манеру говорить, смеяться, тембр голоса и вообще весь внешний облик мы вспоминаем достаточно отчетливо.

Этот небольшой экскурс в ваше студенческое прошлое убедительно демонстрирует, насколько плохо мы помним то, ***что*** нам говорят. В то же время память долго хранит то, ***как*** нам это говорят. То есть невербальное общение более информативно, чем вербальное.

Невербальное общение («язык тела») *– это коммуникационное бесловесное взаимодействие между людьми (передача информации или влияние друг на друга) посредством интонации, жестов, изменения мизансцены общения, то есть без речевых и языковых средств, представленных в прямой или какой-либо знаковой форме. Инструментом такого общения становится тело человека, обладающее широким диапазоном средств и способов передачи информации или обмена ею.*

Умение «читать» жесты и мимику – один из важнейших навыков врача в коммуникации не только с пациентами, но и в обычной житейской практике. К сожалению, не владеющие этим навыком люди смогут успешно трактовать невербальные методы коммуникации лишь в 50% случаев. Другими словами – угадал/не угадал. А уметь «считывать» выражение лица собеседника означает уметь правильно выстраивать с ним диалог.

На сегодняшний день опубликовано немалое количество научных работ (в основном в США и западноевропейских странах) на тему невербального поведения пациентов и умения врача разбираться в психологических аспектах эмоций пациентов и т. д. Стали уделять больше внимания этой проблеме и в нашей стране.

Нас в данном случае интересует именно практическая сторона невербального общения между врачом и пациентом. Но перед тем как перейти к ней, необходимо добавить несколько комментариев:

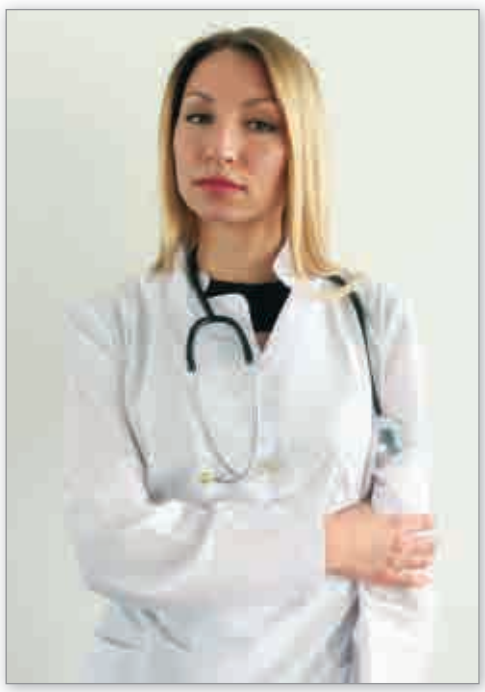
• Жесты и мимика человека – физиологическая реакция на внешний раздражитель. Другими словами – если вы увидели/прочли/услышали/вспомнили что-либо, по вашему мнению, смешное, вы обязательно хотя бы на долю секунды улыбнетесь.

• Невербальное общение можно рассматривать как некий интернациональный метод, одинаковый для всех наций, возрастов, языков и культур. Потому что люди во всех странах одинаково выражают радость, грусть, боль, отвращение, восхищение и т. п.

• Контролировать свое невербальное поведение крайне тяжело, это требует многих лет профессиональной подготовки (например, в силовых структурах агенты годами учатся «языку тела» и контролю над своими эмоциями).

За несколько лет существования проекта «Академия Успешного Врача» часто приходится сталкиваться с тем, что врач, в распоряжении которого всего 12 минут на осмотр каждого пациента и заполнение медицинской карточки, просто не имеет возможности уделить внимание изучению ни выражения лица, ни поз, ни вариантов поведения своего пациента.

Например, больной сидит скрестив ноги и руки – так называемая «закрытая поза». Казалось бы, она привычна для многих, и мало кто из врачей обращает на нее внимание. А зря. Она служит своего рода сигналом – пациент испытывает дискомфорт. Это сигнал и для пациента, в случае если он видит перед собой доктора в такой же позе.



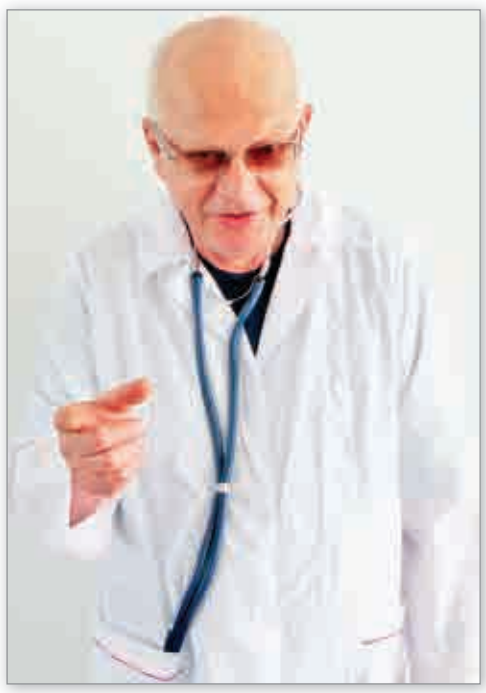
Бывает и так, что пациент во время беседы или осмотра время от времени сжимает плечи. Это говорит о том, что он либо чувствует себя неуверенно, либо сомневается в том, что говорит ему врач. На это, снова-таки, можно не обращать внимания, но если врач хочет достичь успеха в лечении, ему необходимо заслужить доверие больного, хотя бы с целью повышения его комплайенса к назначенной терапии. Это во многом обеспечивает достижение благоприятного результата, а значит – послужит для врача доказательством его успешности как специалиста. То есть доверие и благосклонность пациента – это почти половина успеха. В противном случае могут возникнуть и весьма неприятные ситуации. Рассмотрим их.

Во время осмотра или сбора анамнеза пациент хмурится, смотрит исподлобья, крепко сжимает кулаки, выставив при этом указательный палец, кривит губы – словом, всем своим видом показывает, что настроен на конфликт.

К сожалению, как правило, врач предпочитает делать вид, что не замечает агрессивного настроя пациента, а иногда, что еще хуже, «принимает вызов» и начинает в ответ демонстративно вести себя грубо. Конечно, ни о каком доверии между врачом и пациентом в подобных случаях нечего и говорить, ни на какой успех в лечении надеяться нечего, а следовательно – никому не придет в голову назвать такого врача успешным. И все только потому, что он не счел для себя нужным научиться правильно трактовать невербальные методы общения.

Так зачем все-таки врачу уделять такое внимание невербалике? Ответ прост – это позволит ему меньше тратить времени на разговоры при осмотре, вовремя перехватывать инициативу, преодолевать возражения, предотвращать конфликты и устанавливать долгосрочные доверительные отношения с пациентом.

Рассмотрим еще одну ситуацию. После планового осмотра грудного ребенка педиатр, давая молодым родителям разного рода предписания, обильно использует в своей речи не всегда понятные медицинские термины для обозначения даже самых обыденных вещей. Но что для медика – рутина, то для обычных мам и пап – сплошной темный лес. Родители, вместо того чтобы запоминать назначения, начинают растерянно моргать, переглядываться, морщить лоб, пытаясь понять, то ли самое они имеют в виду, что и доктор, в результате начинают задавать много вопросов. Но если бы врач вовремя обратил внимание на невербалику своих визави, он бы начал употреблять более понятные неспециалисту слова, что дало бы ему возможность сократить время приема, а это очень важно, когда твой пациент – младенец.



Несколько советов врачу, желающему научиться распознавать невербальные проявления пациента, но не имеющему времени и возможности для прохождения обучения этому навыку:

1. Постарайтесь определить ***норму*** поведения вашего пациента. Спокоен ли он во время общения или, наоборот, чересчур активен или даже нервозен, общителен или немногословен, свойственна ли ему активная жестикуляция, или он скуп в движениях. Это станет вашей отправной точкой в дальнейшем диалоге.

2. Во время общения с пациентом старайтесь смотреть на него, а не на документы, в компьютер и т. д. То есть проявляйте заинтересованность и внимание.

3. При любом отклонении от нормы в поведении пациента – не утруждайте себя попыткой трактовать эти отклонения. У вас нет на это времени и, скорее всего, недостаточно опыта и специальных знаний.

4. Заметив отклонение от нормы, задайте пациенту вопрос. К примеру: во время консультации он ведет себя спокойно, но в конце начинает говорить быстрее, больше жестикулирует. Почему он стал себя так вести? Причин может быть 1000 и одна! Лучше всего задать уточняющий вопрос: «все ли вам понятно?», «есть ли у вас вопросы?», «могу ли я быть чем-то еще вам полезен?». Уверяем вас – пациент будет благодарен вам за вашу внимательность.

5. Помните, причин у больного на тот или иной жест или ту или иную позу может быть масса! Во время нормального, дружелюбного общения с вами он вдруг скрестил руки на груди. Какие могут быть причины? У него может заболеть живот, ему может стать внезапно холодно. Возможно, его знобит. Но возможно также, что ему что-то непонятно и т. д.

6. Чтобы хорошо разбираться в невербалике, недостаточно просто задавать наводящие вопросы своим пациентам. Если действительно хотите понять, что скрывается за тем или иным жестом,– попробуйте скопировать его! Организм человека – удивительный механизм. Любое наше ощущение, чувство, любая наша эмоция получит свое невербальное воплощение – в жесте, гримасе или позе. Чаще всего они читаются довольно легко, потому что практически у всех одинаковые. Ведь мы вряд ли спутаем гримасу отвращения с радостным и счастливым выражением лица. Поэтому, чтобы разобраться, о чем думал ваш пациент во время последнего к вам визита, когда смотрел куда-то поверх вашей головы и нетерпеливо постукивал кончиками пальцев по столу, воспроизведите все это дома, перед зеркалом. И когда вы увидите свое лицо, поймете, что пациент не считает вас крупным специалистом в своей области, а стало быть, и к вашим предписаниям отнесется скептически.

Успешный доктор обязан уметь читать невербалику пациента, с тем чтобы адекватно и вовремя реагировать на ее изменения. Это упростит взаимоотношения с больным, позволит установить с ним доверительные отношения, сбережет время, предотвратит конфликты и напрямую будет способствовать переводу больного из разряда «пациент» в разряд «клиент».

Асоціація педіатрів України
Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

XIII З'ЇЗД ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ «Актуальні проблеми педіатрії»

11-13 жовтня, Київ

Основні теми

- Актуальні питання організації медичної допомоги дітям.
- Проблеми розвитку і виховання дитини в сучасних умовах.
- Удосконалення надання медичної допомоги новонародженим.
- Сучасні аспекти раціонального вигодовування дітей раннього віку.
- Шкільна педіатрія: Актуальні проблеми адаптації та захворюваності школярів.
- Дитяча інвалідність: Медичні, педагогічні та соціальні аспекти.
- Проблеми інфекційної патології дитячого віку та вакцинації.
- Дотримання прав дитини та проблеми соціальної педіатрії на сучасному етапі.

АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ

АНОНС

ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов»

ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины»

Национальная академия медицинских наук Украины

Министерство здравоохранения Украины

XVII Съезд ортопедов-травматологов Украины

5-7 октября, г. Киев

Основные направления

- Боевая травма (минно-взрывные и огнестрельные ранения, организация медицинской помощи)
- Эндопротезирование больших суставов
- Актуальные вопросы артроскопии
- Хирургия верхней конечности
- Хирургия нижней конечности
- Хирургия позвоночника
- Фундаментальные исследования
- Актуальные вопросы детской ортопедии-травматологии

Подробная информация, а также сведения о возможных изменениях и формате съезда доступны на сайтах: http://www.uaot.org.ua и http://www.ito.gov.ua.

Контактные лица:

Долгополов А.В. – тел.: (044) 234-73-33, (050) 358-05-65
Тимочук В.В. – тел.: (044) 486-31-97, (095) 284-60-31

Все материалы необходимо прислать до 01.05.2016 г. по адресу:
ул. Бульварно-Кудрявская, 27, 10601 МПС г. Киев

Лысак Андрей Сергеевич
Тел.: (095) 429-69-42
E-mail: dr.andrew.lysak@gmail.com

Анатолий Пелещук – тихая звезда киевской медицинской мысли

Родиться на улице Тургеневской, само название которой напоминает об отмене крепостного права, трудиться в очаге милосердия, к которому ведет Некрасовская, встретить преклонные лета на Вышгородской, невдалеке от маленькой обители, в которой останавливался Шевченко... Это триптих биографии Анатолия Петровича Пелещука, выдающегося украинского врача-интерниста, лауреата премий имени Н.Д. Стражеско и Ф.Г. Яновского НАН Украины, одного из патриархов Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, трудившегося в его стенах около семи десятилетий.

После табачной фабрики

Как и Н.М. Амосов, А.П. Пелещук пришел в мир в 1913 г., когда еще не грянули орудия Первой мировой войны. Но раннее его детство совпало с трудностями в родном городе, вскоре ставшим фронтовым. «Как я выжил, будем знать только мы с тобой», – эти строки Константина Симонова об иной войне воссоздают стенограмму трудностей тех лет в великом городе над Днепром – голод, разруху. Наплыв раненых и беженцев, четырнадцать переворотов. И все же школа оказалась благословенной для Анатолия.

Поступить сразу в высшее учебное заведение он не мог, так как происходил не из «пролетарской» семьи – отец был счетоводом. Устроился рабочим на табачную фабрику и, возможно, благодаря этому никогда не курил. В 1930 г. удалось попасть на вечернее подготовительное отделение Киевского медицинского института (КМИ) и в 1931-м стать студентом лечебно-профилактического факультета.

Скрыть Голодомор было невозможно, но его стали лицемерно именовать авитаминозом, а студентов-медиков направили как-то помогать детям с раздачей витаминов в селе. Студенты и сами голодали. В Киеве, пишет А. Пелещук в своих великолепных записках «Спогади київського професора медицини», студенты получали по 200 граммов ячменного хлеба в день, стипендия была мизерной. Перед глазами стояли картины нового апокалипсиса, когда люди в селах ели кору с деревьев и умирали. Между тем некоторые нанятые западные журналисты, в частности Ф. Дюранди, получивший за это даже престижную премию, описывали процветание в советской империи. Кажется, один лишь Н. Стражеско в научной статье осмелился употребить термин «голодные отеки».

Что побудило Толю Пелещука осознать, что служение медицине – промысел? В своих воспоминаниях он описывает, как в 1928 г. увидел, как хоронят «святого доктора», как называли его в Киеве, – Феофила Гавриловича Яновского. Море людей возглавляли священнослужители всех конфессий. Власть, казалось бы, так успешно насаждавшая атеизм, вынуждена была стерпеть народное волеизъявление. Школа Яновского, как и иные классические направления в КМИ, чудом сохранилась.

Славные учителя

В 1936 г. А. Пелещук получил врачебный диплом. Сомнений, какой дорогой идти дальше, не было. Его основными наставниками, как бы олицетворявшими лампады медицины внутренних болезней, стали Вадим Николаевич Иванов, продолжатель начинаний своего великого учителя Ф.Г. Яновского, и Николай Дмитриевич Стражеско, сподвижник планетарного гения медицины Василия Парменовича Образцова.

Клиника в переделах «Ярослава града» на недавней улице Юрия Коцюбинского, где трудился Анатолий Петрович, заслуживает особых слов. Ее очертания, хотя она всегда называлась «больницей водников», позволяют сказать, что это и лечебница под эгидой Всевышнего. Она была возведена накануне Первой мировой войны евангелической общиной Киева. В дни сражений, во все войны, была госпиталем, но в двадцатых годах опять превратилась в гражданскую больницу. В 1934 г. попала под опеку воззравотдела, которым руководил смелый и одаренный зодчий новой медицины Лев Иванович Медведь, и это многое предопределило в ее чертах. Сюда пришел со своей кафедрой Вадим Николаевич Иванов. Проистекла, в сущности, непреходящая учеба: обходы В. Иванова порой происходили поздними вечерами, интересы его охватывали терапию целиком, но с концентрацией на онкологии – недаром позже Вадим Николаевич станет одним из создателей томофлюорографии. Перед войной А. Пелещуком была подготовлена кандидатская диссертация «Окислительно-восстановительные процессы при раке внутренних органов». В процессе ее вызревания А. Пелещук был направлен в Ленинград, в Павловскую лабораторию. Близкое знакомство со школой И.П. Павлова скажется позитивным образом на его терапевтическом универсализме. Но пока летом 1941 г. назревали иные события...

«Спасая, сгораю...»

Итак, грянула война. А. Пелещук, находившийся на стажировке в знаменитой московской клинике М.П. Кончаловского, поспешил в Киев. Был мобилизован в качестве старшего врача кавалерийского полка. Под Днепродзержинском попал в плен и оказался в тюрьме под Днепропетровском, отведенной немецкими властями под концентрационный лагерь. А. Пелещука как врача определили в лазарет. Оккупанты опасались тифов. Тифозные вспышки действительно возникали. Больных со всей сердечностью и тщательностью лечил их собрат Пелещук. Ряд пациентов ему удавалось переводить в инфекционную больницу, и, с фальшивыми диагнозами во имя спасения, из больницы пленным порою удавалось уйти. Заболел тяжелой формой сыпного тифа, осложнившегося миокардом, и сам тюремный «Гиппократ»... Находился в больнице около трех месяцев, и возвращения в лагерь удалось избежать.

Оказался в родном Киеве накануне его освобождения. Благополучно прошел и советский фильтрационный лагерь. Бывшие

Анатолий Петрович вместе с группой студентов (1956)

его подопечные дали показания, что доктор был патриотом, врагу не служил... Начиналась мирная жизнь. Доктор Г. Ромбульт, бывший главврач больницы водников, предложил А. Пелещуку должность участкового врача. А потом в прежнем статусе заведующего кафедрой к работе приступил профессор В. Иванов и Анатолий Петрович стал там ассистентом, а позже – доцентом. В 1944-м он защитил свою многострадальную диссертацию. Работал во имя больных в духе Ф. Яновского – до и после Победы... Как раз в этот период посчастливилось вновь общаться с академиком Евгением Михайловичем Тареевым, облучившего киевского последователя моральной приверженностью к вере, не афишируя этого.

В месяцы «дела врачей»

После гонений «космополитов» в Москве назревала провокация против группы врачей, причастных к кремлевской клинике. В 1938 г. В.Н. Иванов узнал, что разыгрывается нечто страшное: с титула научного журнала исчезло имя В.Х. Василенко как главного редактора... Интуиция подсказывала: его могут привлечь в качестве эксперта по обвинению коллег. Нездоровье усилилось, но это был и вызов перед совестливостью: устоять и отказаться. Ученый слег в постель, был устроен домашний стационар. В фиксировавшееся здесь были посвящены лишь А. Пелещук, Н. Скопиченко, Е. Ревуцкий, которым В. Иванов доверил тайну и дежурства. Дважды Вадима Николаевича представители соответствующей властной инстанции из Москвы принуждали поставить подпись под подложными документами, но он ответил отказом, рискуя своей жизнью. Это, возможно, на некоторое время затянуло следствие, и вдруг наступил март 1953 г., перемены в стране. На съезде медиков, после реабилитации незаконно обвиненных, В. Иванова, избранного академиком АМН СССР, сердечно приветствовали спасенные коллеги, которых он мужественно отказался оклеветать. А. Пелещук был свидетелем этих минут, и в своих воспоминаниях он их воссоздал.

Сон как явь медицины

В условиях политической оттепели происходило возвращение к науке. А. Пелещук работает над докторской диссертацией «Влияние сна на моторную и секреторную функцию желудка». Работа не устарела, это возвращение к гениальным прозрениям И.П. Павлова о потенциалах нервной регуляции жизнедеятельности, однако без бушевавшей вульгаризации. Защита состоялась в 1962 г. И вот, в течение более четверти века, А. Пелещук, профессор с 1964 г., руководит кафедрами терапии на различных факультетах родного института. С 1973 г. – Заслуженный деятель науки УССР. Множится его школа: в нее войдут 6 докторов и 32 кандидата наук. Под пером рождается отличнейший учебник по внутренним болезням (1977). Но интересы клиники и душа врача побуждают А. Пелещука углубиться в одну из научных мелодий Ф.Г. Яновского – ренессанс нефрологии.

Наперекор молчаливым катастрофам

Почечная недостаточность... С ней невыразимо трудно бороться. Школа Ф.Г. Яновского в этом ключе – одна из великих армий, но все же побед у нее было меньше, чем поражений. С 1972 г., наряду с развитием геронтологии, включая редкие болезни желудка и кишечника, А. Пелещук как бы возвращает этой научной плеяде данные его приоритеты. В учебнике Е.М. Тареева «Внутренние болезни» в 2 томах именно А. Пелещук излагает нефрологические моменты. В 1965-1973 гг. Анатолий Петрович возглавляет и фактически организовует отдел терапевтической нефрологии в созданном рядом с бывшей Евангелической больницей Институте урологии и нефрологии, передав затем эту научную эстафету Любомиру Антоновичу Пирогу, близкому ученику, ныне академику НАМН Украины. Как раз Анатолий Петрович, без претензий на некое официозное лидерство, является инициатором благодетельных начинаний – внедрения метода гемодиализа, а затем первой в Украине пересадки почки, осуществленной В.С. Карпенко.

А.С. Свинцицкий организовал кафедральный музей, где воссозданы научные эпопеи В. Иванова и А. Пелещука. Почему они, воспитанники, так чтили учителя в воспоминаниях к 100-летию со дня рождения патриарха украинской терапии? Быть может, потому, что он, научный мудрец, был и просто добрым безо всяких причин. Перефразировав изрядно стертую формулу «Врач от Бога», об Анатолии Петровиче можно сказать иначе – «Врач, угодный Богу».

Красота в старости

Интеллект в сочетании с возвышенной душой с годами лишь облагораживает внешность. Вот почему на фото к 100-летию со дня рождения Анатолия Петровича он так трогателен. Он стал более хрупким, но не выглядел увядающим. Лишь ходить стало труднее. Одному из авторов этих заметок (Ю.В.), по приглашению Анатолия Петровича, посчастливилось не раз вместе с фтизиатром и пульмонологом Леонидом Львовичем Винницким бывать у него дома. Нас гостеприимно принимала Кира Владимировна, его спутница и вечный ангел. Иногда мы заставали его с французским романом в руках. Однажды А. Пелещук показал нам учебник Д.Д. Плетнева, который сохранил несмотря ни на что.

Конечно же, созидательный путь Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца вмещает множество больших имен. И все же Анатолий Петрович чем-то выделяется – быть может, кротким внутренним светом. Таким он был, а главное – остался в памяти. Он – гордость и честь своей просвещенной школы, которую призвал к совершенствованию словами А.П. Чехова: «Врач, не знающий ничего, кроме медицины, не знает и ее...»

Подготовили ***Юрий Виленский, Игорь Свинцицкий***

Добавляет ценность диагнозу

СИНЭВО
медицинская лаборатория

ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

И.А. Зайцев, д.м.н., **В.Т. Кириенко**, к.м.н., Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Гепатиты, вызванные вирусами простого герпеса

Несмотря на широкое распространение герпетической инфекции (маркеры вируса простого герпеса 1/2 типа (HSV-1/2) выявляются у 13-22% жителей Европы и США, в том числе у 25-64% пациентов клиник, занимающихся лечением инфекционных заболеваний, передающихся половым путем), гепатиты этой этиологии относят к редким заболеваниям [1]. Для них характерны крайне тяжелое течение, частое развитие фульминантного гепатита (ФГ) и высокий уровень летальности [2].

Традиционно под ФГ подразумевают развитие печеночной недостаточности (энцефалопатии) у больного острым гепатитом в течение 2-8 нед от появления первых признаков болезни при условии отсутствия у него хронической патологии печени в анамнезе [3]. В общей структуре причин летальных исходов от острой печеночной недостаточности (ОПН) на герпетический гепатит (ГГ) приходится ~1% случаев [4]. В 40% случаев причиной фульминантного герпетического гепатита (ФГГ) является HSV-1, в 60% – HSV-2 [5].

Еще одним аспектом, определяющим актуальность гепатитов этой этиологии, является превалирование в 3-4 раза постмортальной диагностики над прижизненной, что связано с отсутствием каких-либо патогномоничных признаков инфекции у подавляющего большинства больных [6]. В одной из серий наблюдений прижизненный диагноз ФГГ был установлен только у 23% пациентов [7]. Ключом к нему могли бы служить типичные высыпания на коже и слизистых оболочках, однако при гепатите они встречаются достаточно редко [8]. В этой связи необходимо вспомнить о том, что своевременно назначенная терапия ацикловиром потенциально могла бы оказать существенное влияние на структуру исходов ГГ, что, в свою очередь, определяет необходимость совершенствования как клинической, так и лабораторной диагностики этого заболевания [8].

HSV-1 и HSV-2 относятся к ДНК-содержащим вирусам и принадлежат к подсемейству α-herpesviridae семейства Herpesviridae. Заражение происходит при тесном контакте с имеющими клинические проявления больными или бессимптомными выделителями вируса через поврежденную кожу или слизистые оболочки ротоглотки, шейки матки и конъюнктивы [9]. После инокуляции вирус размножается в клетках эпидермиса или дермы, после чего нуклеокапсид по чувствительным или автономным нервам попадает в соответствующие ганглии [10-14]. К примеру, HSV-1 чаще персистирует в ганглиях тройничного нерва, хотя может быть обнаружен в верхних и нижних шейных ганглиях [15]. В случае генитальной инфекции HSV-2 чаще выявляется в сакральных ганглиях [16].

Реактивация инфекции с клиническими проявлениями, в том числе и диссеминированными формами, зависит от состояния иммунитета организма-хозяина. У иммунокомпрометированных пациентов диссеминированные и тяжелые формы инфекции встречаются намного чаще. Риску подвержены в первую очередь больные с нарушением Т-клеточного звена иммунитета (врожденные иммунодефициты, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия после трансплантации и пр.) [17]. У иммунокомпетентных пациентов любые события, нарушающие иммунный контроль над инфекцией, ведут к ее реактивации, что чаще всего сопровождается появлением более или менее распространенных высыпаний на слизистых и коже. Считается, что у таких пациентов причинами развития гепатита могут быть: большая инфицирующая доза возбудителя; реактивация латентной инфекции после инфицирования другим штаммом HSV с более высокой вирулентностью; наследственный дефект иммунной системы, не позволяющий развиться адекватному ответу на инфекцию [18].

Манифестация и течение HSV-инфекции зависят от места внедрения возбудителя, возраста, иммунного статуса хозяина и антигенного варианта вируса. Первый эпизод, особенно в случае первичной инфекции, возникает на фоне отсутствия или недостаточного титра антител к вирусу, часто сопровождается системными проявлениями и развитием тяжелого стоматита или фарингита, как правило, более длительным течением и вирусовыделением, возможностью развития осложнений в виде диссеминированной инфекции [19]. Напротив, рецидив чаще ассоциирован с типичными высыпаниями на слизистых оболочках и коже и характеризуется меньшей частотой генерализации процесса [20].

Клинические проявления инфекции, вызванной HSV-1 и HSV-2, схожи, но частота реактивации определяется местом инокуляции вируса и его типом (например, HSV-1 чаще рецидивирует в случае его персистенции в тройничном нерве, а не в сакральных ганглиях) [21].

Впервые ГГ был описан в 1969 г. [22]. Он является следствием гематогенной диссеминации вируса. Проявлениями последней могут быть обширные кожные высыпания в области грудной клетки, конечностей, а также развитие асептического менингита, эзофагита, пневмонита или артрита [23]. Диссеминированная инфекция может сопровождаться тромбоцитопенией и миоглобинурией [24]. Сочетание гепатита с упомянутыми состояниями может быть ключом к постановке диагноза на основе клинической симптоматики [5]. Однако на самом деле предположение о герпетической этиологии гепатита на основании клинических критериев возникает не более чем в 10-30% случаев.

У иммунокомпетентных взрослых ГГ является результатом первичного инфицирования. Случаи поражения печени вследствие реактивации инфекции у этой категории пациентов не описаны [25]. Обычно между моментом инфицирования и появлением высыпаний проходит от 3 до 7 дней.

Клиническая картина острого ГГ включает в себя высокую температуру (98%), болезненность в правом подреберье, повышение уровней конъюгированного билирубина и аминотрансфераз, а также лейкопению и тромбоцитопению (71 и 93% соответственно). Концентрации сывороточных трансаминаз иногда превышают верхнюю границу нормы в 100-1000 раз. Относительно трансаминаз уровень билирубина может быть не очень высоким (4927±4099 Ед/л и 98±102 мкмоль/л соответственно) [5]. Поскольку гепатит имеет тяжелое течение (в ряде случаев фульминантное), признаки тяжелой печеночной недостаточности также выявляются довольно часто (геморрагический синдром – 84%, энцефалопатия, кома – 80%, олигурия – 65%). Уровень летальности высокий и колеблется, по данным различных авторов, от 40 до 80% [5, 26, 27]. Высыпания, как уже упоминалось, встречаются менее чем у половины больных (44%), в основном на слизистых оболочках (27%). У 17% они имеют диссеминированный характер [5].

С целью улучшения результатов клинической диагностики пациентов всегда следует спрашивать о боли в горле, дисфагии, дизурии или выделениях из половых органов. Тем не менее, независимо от того, жалуется пациент на высыпания на коже или нет, его слизистые оболочки и кожные покровы необходимо осматривать на предмет патологических изменений; иногда существует потребность в гинекологическом осмотре (наличие везикул на шейке матки не всегда могут сопровождаться высыпаниями (везикулами) на наружных половых органах или во влагалище). Если обнаружены изменения на коже или слизистых оболочках, то окрашивание мазка, полученного путем соскоба, по Гимзе или Райту (тест Тцанка), позволяет заподозрить диагноз на основании обнаружения гигантских многоядерных клеток с характерными матово-стекловидными включениями Cowdry в ядрах.

К сожалению, реалии таковы, что у многих пациентов герпетическая этиология ФГ устанавливается на основании данных аутопсии. Так, по данным Norvell и соавт. [5], аутопсия была первоначальным методом установления диагноза у 58% больных, еще у 31% герпетическая этиология гепатита была подтверждена после биопсии печени, у 3% – при исследовании эксплантированной печени.

Гистологически при ФГГ выявляют большие участки некроза паренхимы печени. В гепатоцитах с помощью реакции гибридизации in situ может быть выявлена ДНК вируса. Иногда при микроскопии удается обнаружить тельца Cowdry типа А – эозинофильные включения, состоящие из нуклеиновых кислот и белка. После начала противовирусной терапии они могут исчезать [28]. Помимо некроза существенную роль в поражении печени может играть апоптоз [29].

Наряду с иммунодефицитом еще одним важным состоянием, предрасполагающим к диссеминации инфекции, является беременность [30, 31]. В отделениях, занимающихся трансплантацией печени, беременные составляют не менее 20-25% от общего числа больных с ФГГ [5]. Гепатит, вызванный HSV (как первого, так и второго типа) во время беременности, может быть следствием как первичной инфекции, так и ее реактивации. Беременность является особой формой иммуносупрессии, что подтверждается сниженным ответом созревающих лимфоцитов на стимуляцию фитогемагглютинином, уменьшением числа Т-клеток, а также уровня IgG с 27-й по 33-ю нед беременности, что коррелирует с гемодилюцией, характерной для этого периода. Особенно опасно инфицирование во время третьего триместра беременности, когда вирус может преодолевать плацентарный барьер, что связано с высоким риском смерти и матери, и плода [32].

По различным данным, сыпь встречается у 33-70% беременных [7, 33, 34]. Поскольку диссеминированная герпетическая инфекция редко предполагается как причина гепатита у иммунокомпетентных лиц при отсутствии высыпаний на слизистых оболочках и коже, у беременных следует исключить альтернативные причины поражения печени: острую жировую дистрофию печени, HELLP-синдром, а также подкапсульное (реже в паренхиму) кровоизлияние вследствие тяжелой преэклампсии. Не следует сбрасывать со счетов возможность гепатита, вызванного другими вирусами, или воздействием экзогенных субстанций, таких как наркотики [35].

Гепатит при врожденной HSV-инфекции также является следствием ее диссеминации. Он встречается примерно у 25% новорожденных, инфицированных HSV, или с частотой 1 установленный случай на 2-5 тыс. новорожденных в год [36]. ГГ рассматривают как наиболее частую инфекционную причину ОПН у новорожденных [37]. Помимо поражения печени отмечаются нарушения со стороны других органов и систем: центральной нервной системы (ЦНС), легких, надпочечников, кожи, глаз, слизистой оболочки ротовой полости. У 60-80% женщин, дети которых рождаются с HSV-инфекцией, не удается выявить признаков генитального герпеса или указаний на него в анамнезе, а также наличия сексуального партнера(ов) с данной инфекцией [38]. Показатели материнской

Продолжение на стр. 50.

Добавляет ценность диагнозу

СИНЭВО
медицинская лаборатория

ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

И.А. Зайцев, д.м.н., **В.Т. Кириенко**, к.м.н., Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Гепатиты, вызванные вирусами простого герпеса

Продолжение. Начало на стр. 49.

смертности и новорожденных по причине ГГ могут достигать 39% [39].

В отличие от иммунокомпетентных лиц у пациентов с иммуносупрессией всегда следует рассматривать вероятность герпетической этиологии гепатита. В этом случае заболевание является, как правило, следствием реактивации латентной инфекции [40]. Типичные для этих больных обширные поражения кожи и слизистых оболочек упрощают диагностику патологии. У пациентов, имеющих антитела к HSV и получающих иммуносупрессивную терапию после трансплантации солидных органов или костного мозга, с высоким постоянством вирус обнаруживается в слюне в течение первых 2-3 нед лечения, хотя диссеминированные формы инфекции встречаются у меньшей части больных [41]. Интересно, что в случае трансплантации костного мозга от HSV-серонегативных доноров HSV-серопозитивные реципиенты подвергаются более высокому риску рецидива, у них с большей вероятностью могут появиться штаммы HSV, устойчивые к ацикловиру, по сравнению с пациентами, которым пересаживают костный мозг от HSV-серопозитивных доноров [5]. Сообщалось о летальных исходах вследствие ГГ, развившегося у пациентов с неопластическими заболеваниями, в результате лечения кортикостероидами [43].

Несмотря на высокую летальность, ГГ является потенциально курабельным заболеванием, т. к. ацикловир и валацикловир проявляют высокую терапевтическую активность как in vitro, так и in vivo. Теоретически возможность серологической диагностики, выявления вируса с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) по данным биопсии печени может улучшить своевременную диагностику и выживаемость. Основанием для лабораторного обследования на HSV-инфекцию может быть тяжелое течение заболевания с развитием ФГ или без него при отрицательных результатах анализа на маркеры гепатитов A-E.

Выявить антитела к HSV-1 и HSV-2 в сыворотке HSV-инфицированных лиц легко, но их нельзя использовать для диагностики острой инфекции. Наличие сывороточных антител – IgM, а также увеличение титра антител IgG в 4 раза не указывают на первичную инфекцию, так как они могут появляться при реактивации. Тем не менее серологические методы считаются достоверными для выявления лиц, находящихся в ремиссии или являющихся носителями HSV [44]. Антитела IgG к HSV-1 и HSV-2, которые различаются по антигенным свойствам, могут быть обнаружены в сыворотке; скрининг на HSV-2 рекомендуется в отдельных группах риска [45]. Вестерн-блот может быть полезен для дифференциации инфекции, вызванной HSV-1, от таковой, спровоцированной HSV-2, с чувствительностью и специфичностью >98% [46].

Обнаружение ДНК HSV методом ПЦР обладает высокой специфичностью (99%) и чувствительностью (≥90%), особенно когда вирусная нагрузка составляет >500 копий/мм^3 [47]. Наибольшей же значимостью обладает выявление вируса в пораженных тканях (гепатоцитах). Для этого используют различные методы, в частности выявление вирусных антигенов при помощи меченных флуоресцеином антител, ДНК вируса при помощи ПЦР [26]. Всегда следует проводить культивирование, поскольку оно обеспечивает выделение вируса, который может быть типирован. Для этого подходят кровь, соскобы кожи, содержимое везикул.

Цитопатический эффект, как правило, наблюдается спустя 24-48 ч после заражения культуры вирусом. Тем не менее противовирусную терапию не следует откладывать в ожидании подтверждения диагноза вирусологическим методом [41].

Один из предложенных алгоритмов действий при подозрении на ГГ представлен на рисунке.

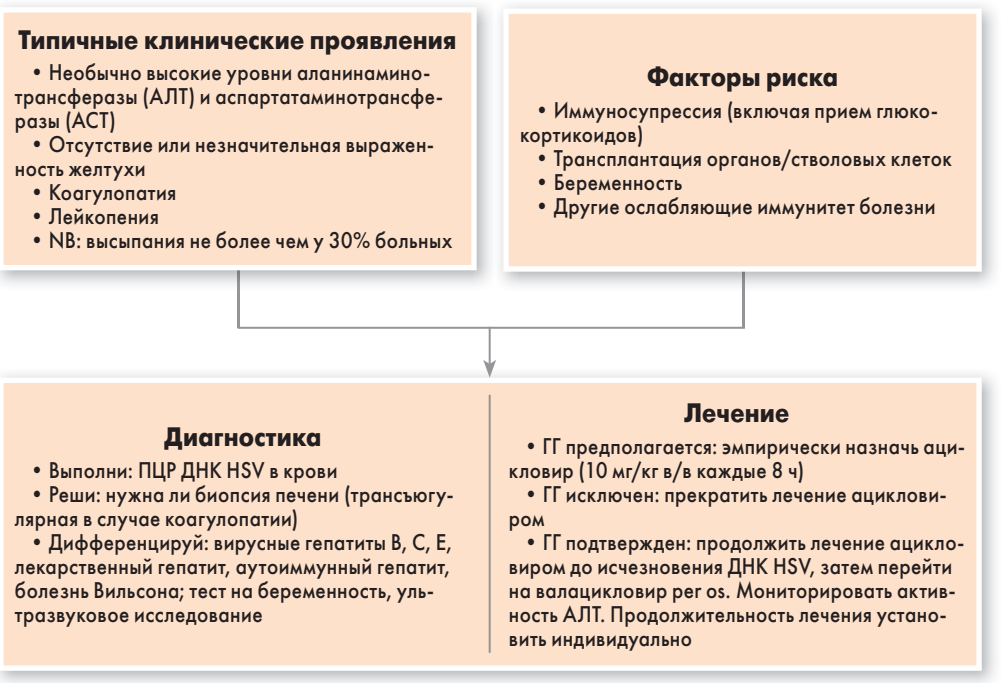


Рис. Возможный алгоритм диагностики и лечения ГГ

Без адекватной противовирусной терапии и трансплантации печени прогноз при ГГ, как правило, неблагоприятный. Лечение ацикловиром может существенным образом повлиять на выживаемость пациентов, которая у пролеченных больных выше, чем у не получавших терапию ацикловиром (88 vs 51% в одной серии наблюдений) или тех, у кого лечение было начато позже [5].

Пока не ясно, как долго и в каких дозах должен назначаться ацикловир при лечении гепатита. При большинстве форм герпетической инфекции рекомендуемая продолжительность парентерального введения ацикловира составляет 5-7 дней. Исключение составляет энцефалит, при котором лечение должно длиться не менее 14-21 дня вследствие высокого риска развития рецидива в случае меньшей продолжительности терапии [48]. Rimawi и соавт. сообщают об успешной терапии 2 пациентов с ГГ, продолжавшейся 7 дней. Нормализация активности трансаминаз была подтверждена результатами исследования спустя месяц после начала заболевания [49].

Haag и соавт. сообщают об успешном лечении ацикловиром (10,5 мг/кг каждые 8 ч) ГГ у больной с иммунодефицитом (болезнь Крона) [50]. После 14 дней лечения (клиническое улучшение отмечено на 7-й день) пациентка была переведена на терапию валацикловиром (1000 мг 2 р/день), которая также продолжалась 2 недели с последующим постепенным снижением дозы препарата (500 мг 2 р/день).

В случае ФГ некоторые авторы допускают возможность эмпирической противовирусной терапии в ожидании результатов лабораторного обследования. У больных с иммуносупрессией, поражением костей, обширными ожогами о герпетической природе гепатита необходимо думать в первую очередь. У пациентов с иммунодефицитом, особенно после индукционной химиотерапии или трансплантации, профилактический прием ацикловира снижает вероятность развития клинических симптомов герпетической инфекции. Сопоставимую эффективность имеют фамцикловир и валацикловир [35].

Прием ацикловира per os связывают с развитием почечной недостаточности у лиц пожилого возраста [51]. Риск нефротоксичности может быть уменьшен за счет медленной инфузии препарата и обеспечения адекватной гидратации. Внутривенное введение ацикловира иногда сопровождается нарушениями со стороны ЦНС (возбуждение, галлюцинации, дезориентация, тремор и миоклонии). Теоретически (поскольку ацикловир проникает через плаценту и накапливается в амниотической жидкости) существует вероятность нефротоксического воздействия препарата на плод. Тем не менее пока в клинической практике таких случаев не зафиксировано [52].

При лечении ацикловиром может возникать резистентность. К факторам, увеличивающим риск ее появления, относят предыдущее лечение ацикловиром, ВИЧ-инфекцию, реакцию «трансплантат против хозяина». Резистентность чаще всего обусловлена мутациями в гене тимидинкиназы вируса. В общей популяции у иммунокомпетентных пациентов устойчивость HSV была выявлена в 0,28-0,33% случаев [53]. Более высокие показатели наблюдались у больных с иммуносупрессией (6-7,6%), у реципиентов трансплантата костного мозга (7,0-15,4%) [5] и у ВИЧ-инфицированных (4,2-7,1%) [54].

Преодолеть резистентность к препарату можно с помощью альтернативных схем лечения. В этом случае средством выбора является фоскарнет [55]. В случае устойчивости как к ацикловиру, так и к фоскарнету возможно применение цидофовира – нуклеотидного аналога, активного в отношении широкого спектра ДНК-содержащих вирусов, в том числе HSV [56].

Профилактический прием противовирусных препаратов может снизить частоту осложнений, связанных с реактивацией HSV-инфекции у больных с иммуносупрессией. Так, в одном из исследований было показано, что прием ганцикловира снижал частоту клинически манифестных форм герпетической инфекции после трансплантации печени до 3,5 vs 23,5% у реципиентов, получавших плацебо [57].

Трансплантация печени в случае ФГ является методом выбора. Использование прогностических маркеров может быть полезным в разграничении больных, нуждающихся в трансплантации печени, и пациентов, у которых возможно спонтанное выздоровление [58]. Необходимо учесть, что у пациентов с иммуносупрессией трансплантация печени и последующая иммуносупрессия могут осложнить течение инфекции в посттрансплантационном периоде. У пациентов с криптогенным гепатитом, этиология которого была установлена при исследовании эксплантированной печени, лечение ацикловиром в посттрансплантационном периоде было успешным [59]. К сожалению, времени на принятие решения о необходимости лечения ацикловиром не так много, т. к. период от момента начала заболевания до развития ФГ, требующего трансплантации, очень короток.

Таким образом, ГГ является редким заболеванием, а его своевременная диагностика чрезвычайно важна с учетом риска развития ФГ. Лечение ацикловиром может существенно улучшить прогноз заболевания, снизить частоту летальных исходов и уменьшить потребность в трансплантации печени.

сінево
медична лабораторія

СПІВПРАЦЯ З «СІНЕВО» —

СУЦІЛЬНИЙ ПЛЮС ДЛЯ ЛІКАРЯ

Повний спектр досліджень на кращому світовому обладнанні

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

72 медичні лабораторії у 16 країнах Європи

Інформаційна підтримка та зручні онлайн-сервіси для лікарів і пацієнтів

0 800 50 70 30 безкоштовно з усіх номерів

044 20 500 20

www.synevo.ua

synevolab

НАРЕШТІ!

ТіараТріо®

УВАГА!

ПЕРША В УКРАЇНІ

3-КОМПОНЕНТНА ГЕНЕРИЧНА КОМБІНАЦІЯ

ВАЛСАРТАНУ АМЛОДИПІНУ ГІДРОХЛОРТІАЗИДУ[1, 2, 3, 4]

ПОТРІЙНА СИЛА[4]
ДЛЯ ПОКРАЩЕНОГО КОНТРОЛЮ АТ

ПОТРІЙНИЙ ЗАХИСТ[4]
ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ

- За українською ціною[4]
- Від лідеру довіри українців фармацевтичної компанії «Дарниця»[5]

[1] Перша генерична 3-компонентна комбінація, що містить валсартан, амлодипін та гідрохлортіазид, зареєстрована в Україні
[2] За даними Державного реєстру лікарських засобів МОЗ України про зареєстровані препарати станом на 6.06.2016 р. (http://www.drlz.kiev.ua)
[3] Дані надані ООО "Проксіма Рісерч" № 363 від 13 травня 2016 р.
[4] http://www.apteka.ua/article/371624
[5] За даними соціологічного дослідження 2015 р., репрезентативного для дорослого населення України — споживачів лікарських засобів — за показником «довіра» до суб'єктів фармацевтичної галузі

ТіараТріо®. Р.п. №UA/15069/01/01 від 06.04.2016 р. **Склад.** 1 таблетка по 5 мг/12,5 мг/160 мг містить: амлодипіну безилат в перерахуванні на амлодипін 5 мг, гідрохлортіазид 12,5 мг, валсартан 160 мг; 1 таблетка по 10 мг/12,5 мг/160 мг містить: амлодипіну безилат в перерахуванні на амлодипін 10 мг, гідрохлортіазид 12,5 мг, валсартану 160 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Антагоністи ангіотензину II, інші комбінації. Код АТХ С09D Х01. **Показання.** Лікування ессенціальної гіпертензії у дорослих пацієнтів з артеріальним тиском, адекватно контрольованим комбінацією амлодипіну, валсартану і гідрохлортіазиду, які застосовують у вигляді трьох окремих препаратів або у вигляді двох препаратів, один з яких є комбінованим. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючих речовин, інших сульфонамідів, похідних дигідропіридину або до будь-якої допоміжної речовини. Протипоказано вагітним та жінкам, які планують завагітніти. Порушення функції печінки, біліарний цироз або холестаз. Тяжкі порушення функції нирок, анурія, перебування на діалізі. Супутнє застосування антагоністів рецепторів ангіотензину, включаючи валсартан, або інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту з алісікреном пацієнтам з цукровим діабетом або з порушенням функції нирок. Рефрактерна гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіперкальціємія, симптоматична гіперурикемія. Тяжка гіпотензія. Шок, включаючи кардіогенний. Обструкція вивідного тракту лівого шлуночка. Гемодинамічно нестабільна серцева недостатність після гострого інфаркту міокарда. Не призначають дітям. **Побічні реакції.** Можливі реакції з боку системи крові та лімфатичної системи (агранулоцитоз, пригнічення кісткового мозку, зниження рівнів гемоглобіну і гематокриту, гемолітична анемія, лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопені), з боку імунної системи (гіперчутливість), з боку метаболізму та живлення (анорексія, гіперкальціємія, гіперглікемія, гіперліпідемія, гіперурикемія, гіперхлоремічний алкалоз, гіпокаліємія, гіпомагніємія, гіпонатріємія, посилення метаболічних ознак діабету), з боку психіки (депресія, безсоння або порушення сну, зміни настрою, зніяковілість), з боку нервової системи (порушення координації, запаморочення, дисгевзія, екстрапірамідний синдром, головний біль, гіпертонія, летаргія, парестезія, периферична нейропатія, сонливість, синкопе, тремор), а також з боку органів зору та слуху, з боку серця та судинної системи, з боку дихальної системи, органів грудної клітки та середостіння, з боку ШКТ, печінки та жовчовивідних шляхів, з боку шкіри та підшкірних тканин, скелетно-м'язової системи і сполучної тканини, з боку нирок і сечовидільної системи, репродуктивної системи, молочних залоз та ін. **Умови зберігання.** Зберігати в недоступному для дітей місці при температурі не вище 25 °С. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13.
Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкціях для медичного застосування.

Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця