

ЛИПРИМАР МИРОВОЕ ПРИЗНАНИЕ

изучен в 400 клинических
исследованиях у более
80 000 пациентов¹⁴



СИЛА

МОЩНОЕ СНИЖЕНИЕ ХС-ЛПНП^{1,2}
более 50%

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

ДОКАЗАННОЕ СНИЖЕНИЕ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РИСКОВ³⁻¹¹
для широкого круга пациентов

УВЕРЕННОСТЬ

ИЗУЧЕННЫЙ ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ¹²⁻¹³
опыт, которому можно доверять

Литература: 1. Malhotra HS, Goa KL. Atorvastatin: an updated review of its pharmacological properties and use in dyslipidaemia. *Drugs* 2001;61(12):1835-81. 2. Wiezbicki AS. Atorvastatin. *Exp Opin Pharmacother* 2001;2(5):819-30. 3. Sever PS, Dahlof B, Poulter N, et al. for the ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre, randomized, controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-58. 4. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington P, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre, randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-96. 5. Cannon CP, Braunwald E, McCabe C, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2004;350:1495-504. 6. Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285(13):1711-18. 7. P. Amarenco, J. Bogousslavsky, A. Callahan, et al. High-Dose Atorvastatin after Stroke or Transient Ischemic Attack. *The New England Journal of Medicine*. 2006; 10:549-559. 8. Koren MJ, Hunninghake DB, on behalf of the ALLIANCE Investigators. Clinical outcomes in managed-care patients with coronary heart disease treated aggressively in lipid-lowering disease management clinics: the ALLIANCE study. *J Am Coll Cardiol* 2004;44(9):1772-79. 9. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein J, et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction. The IDEAL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:2437-45. 10. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, et al. for the Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med* 2005;352:1425-35. 11. Athyros VG, Papatheodorou A, Mercouris B et al. Treatment with atorvastatin to the National Cholesterol Educational Program goal versus "usual" care in secondary coronary heart disease prevention. The GREek Atorvastatin and Coronary-heart disease Evaluation (GREACE) study. *Curr Med Res Opin* 2002;18(4):220-28. 12. Newman CB, Palmer G, Silberstein H, et al. Safety of atorvastatin derived from analysis of 44 completed trials in 9,416 patients. *Am J Cardiol* 2003;92:670-76. 13. Newman CB, Tsai J, Szarek M, et al. Comparative safety of atorvastatin 80 mg versus 10 mg derived from analysis of 49 completed trials in 14,236 patients. *Am J Cardiol* 2006;97:61-67. 14. CISCPR (Center for Information on Clinical Research Participation): <http://www.ciscpr.org>. How to Find Clinical Trial Results. Доступно по ссылке http://www.ciscpr.org/patient/medheroes/newsletters/apr09/MH0409_p3.pdf от 12.11.2013

Липримар® (аторвастатин), таблетки по 10 и 20 мг по 30 или 100 таблеток в упаковке; 40 и 80 мг по 30 таблеток в упаковке. Короткая инструкция для медицинского применения препарата. **Показания:** предотвращение сердечно-сосудистых заболеваний. Для взрослых пациентов без клинически выраженной ишемической болезни сердца, но с несколькими факторами риска развития ишемической болезни сердца, такими как возраст, табакокурение, артериальная гипертензия, низкий уровень ЛПВП или наличие ранней ишемической болезни сердца в семейном анамнезе, Липримар® показан для: снижения риска возникновения инфаркта миокарда; снижения риска возникновения инсульта; снижения риска проведения процедур реваскуляризации и стенокардии. Для пациентов с сахарным диабетом II типа и без клинически выраженной ишемической болезни сердца, но с несколькими факторами риска развития ишемической болезни сердца, такими как ретинопатия, альбинурия, табакокурение или артериальная гипертензия, препарат Липримар® показан для: снижения риска возникновения инфаркта миокарда; снижения риска возникновения инсульта. Для пациентов с клинически выраженной ишемической болезнью сердца Липримар® показан для: снижения риска возникновения летального инфаркта миокарда; снижения риска возникновения летального и нелетального инсульта; снижения риска проведения процедур реваскуляризации; снижения риска госпитализации в связи с застойной сердечной недостаточностью; снижения риска возникновения стенокардии. **Гиперлипидемия.** Как дополнение к диете, чтобы снизить повышенные уровни общего холестерина, холестерина ЛПНП, апоlipoproteина В и триглицеридов, а также для повышения уровня холестерина ЛПВП у пациентов с первичной гиперхолестеринемией (гетерозиготной семейной и несемейной) и смешанной дислипидемией (типы IIa и IIb по классификации Фредриксона). Как дополнение к диете для лечения пациентов с повышенными уровнями триглицеридов в сыворотке крови (тип IV по классификации Фредриксона). Для лечения пациентов с первичной дисбеталипопротеинемией (тип III по классификации Фредриксона), в случаях, когда соблюдение диеты недостаточно эффективно. Для снижения общего холестерина и холестерина ЛПНП у пациентов с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией как дополнение к другим гиполлипидемическим методам лечения (например аферез ЛПНП), или если такие методы лечения недоступны. Как дополнение к диете для снижения уровней общего холестерина, холестерина ЛПНП и апоlipoproteина В у мальчиков и девочек после начала менструаций в возрасте от 10 до 17 лет с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией, если после соответствующей диетотерапии результаты анализов такие: а) холестерин ЛПНП остается ≥ 190 мг/дл или б) холестерин ЛПНП ≥ 160 мг/дл и в семейном анамнезе наяны ранние сердечно-сосудистые заболевания или два или больше других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациента детского возраста. **Способ применения и дозы:** во время лечения пациентам необходимо придерживаться стандартной холестеринснижающей диеты. Препарат назначают в дозе 10-80 мг один раз в сутки в любое время дня независимо от приема пищи. Стартовая и поддерживающая доза должны подбираться индивидуально. Через 2-4 недели после начала терапии необходимо откорректировать дозу в зависимости от уровня липопротеидов в крови пациента. Менять дозу следует с интервалом в 4 недели или больше. **Противопоказания:** гиперчувствительность, болезни печени в активной фазе, повышение уровней сывороточных трансаминаз неизвестной этиологии, беременность, лактация. **Побочное действие:** наиболее часто наблюдались миалгия, диарея, тошнота, повышение уровня ферментов печени, назофарингит, артралгия, боль в конечностях, инфекции мочевыводящих путей. У детей чаще всего встречались инфекционные заболевания. **Часто наблюдали:** головную боль, запор, боль в горле и гортани, аллергические реакции, отклонение результатов функциональных проб печени, повышение активности креатинфосфокиназы крови. Более подробно – см. полную инструкцию. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** при приеме Липримара® с циклоспорином, нифедипином, фибратами, эритромицином, азольными антимикотиками, колицином возрастает риск развития миопатии. Аторвастатин метаболизируется при помощи цитохрома P 450 3A4. Одновременное применение с ингибиторами цитохрома CYP 3A4 (эритромицин/кларитромицин, ингибиторы протеаз, дилтиазем гидрохлорид, итраконазол, грейпфрутовый сок) может привести к повышению концентрации аторвастатина в плазме крови. Применение его с индукторами цитохрома P 450 3A4 (рифампин, эфавиренз) может снизить концентрацию аторвастатина в крови. Аторвастатин может повысить уровни дигоксина, норетиндрона и этилэстрадиола. Взаимодействий при одновременном приеме с варфарином не выявлено. Следует избегать одновременного применения аторвастатина с циклоспорином, ингибиторами протеаз ВИЧ (тиранавир+ритонавир), с ингибитором протеазы вируса гепатита С (телапревир). С ингибиторами протеаз ВИЧ (лопинавир+ритонавир) применять с осторожностью и в наименьшей дозе. С кларитромицином, интраконазолом, ингибиторами протеаз ВИЧ (сакинавир+ритонавир, дарунавир+ритонавир, фосампренавир, фосампренавир+ритонавир) дозу аторвастатина не превышать 20 мг в сутки. С ингибитором протеазы ВИЧ (нефинавир) и ингибитором протеазы вируса гепатита С (боцепревир) дозу аторвастатина не превышать 40 мг в сутки. Более подробно – см. полную инструкцию. **Особенности применения:** до начала и в период лечения необходимо контролировать показатели функции печени. В случае серьезного поражения печени с клиническими симптомами и/или гипербилирубинемией или желтухой во время лечения препаратом Липримар немедленно прекратить лечение. Применять с осторожностью у пациентов, страдающих алкоголизмом и/или имеющих заболевания печени в анамнезе. Лечение следует прекратить при значительном повышении уровней креатинфосфокиназы (КФК), диагнозе или подозрении на миопатию, или при наличии фактора риска развития почечной недостаточности из-за рабдомиолиза. Более подробно – см. полную инструкцию. **Фармакологические свойства:** препараты, снижающие уровень холестерина и триглицеридов в сыворотке крови. Ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы. Более подробно – см. полную инструкцию. **Условия отпуска:** По рецепту.

Перед применением препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией по применению. Информация для врачей и фармацевтов.

Предназначена для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах на медицинскую тематику.

Регистрационное свидетельство в Украине: № UA/2377/01/04, UA/2377/01/01, UA/2377/01/02, UA/2377/01/03 от 27.06.2014, Приказ МЗ Украины № 484 от 30.05.2016 г.



За дополнительной информацией обращайтесь
в Представительство «Файзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» в Украине,
03680, г. Киев, ул. Амосова, 12, 12-й этаж. Тел.: (044) 391-60-50.
WUKLIP0217107



Липримар®
Аторвастатин кальций

Сила. Доказательство. Уверенность

А. Туттоломондо, Д. Ді Раймондо, Р. Пекораро та співавт., Італія

Рання терапія аторвастатином покращує імунізапальні маркери і функціональний результат після гострого ішемічного інсульту

Разом з гіполіпідемічними ефектами статини також можуть позитивно впливати на церебральний кровообіг і паренхіму головного мозку при ішемічному інсульті і реперфузії. В експериментальному дослідженні Asahi і співавт. (2005) статини підвищували рівні ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) і мРНК тканевого активатора плазміногену-1 (tPA), не впливаючи на рівні мРНК інгібітора активатора плазміногену-1 (PAI-1), а аторвастатин зменшував об'єм ішемічної тканини і покращував неврологічні наслідки артеріальної тромбоемболії. Aslanayan і співавт. (2005) встановили, що використання статинів асоціюється зі зниженою смертністю протягом 1 міс після інсульту. У відомому дослідженні SPARCL (2006) у пацієнтів з нещодавнім ішемічним інсультом або транзиторною ішемічною атакою аторвастатин 80 мг/добу знижував загальну частоту інсультів і кардіоваскулярних подій.

Нещодавно Pignatelli і співавт. (2012) отримали перші докази того, що аторвастатин швидко й одночасно зменшує окислювальний стрес і агрегацію тромбоцитів шляхом прямого інгібування тромбоцитарної Nox2, ізопростанів і тромбоксану A2, продемонструвавши доцільність використання цього препарату для профілактики і модулювання тромбозу.

Запалення відіграє основну роль у розвитку всіх стадій атеросклеротичного процесу. Так само тромбоз і фібриноліз можуть спричиняти прогресування вогнищ атеросклерозу. Цікаво, що обидва ці механізми можуть брати участь у патогенезі атеросклерозу великих внутрішньочерепних артерій і ішемічного інсульту, особливо його атеросклеротичного підтипу.

У пацієнтів із кардіоемболічним й атеротромботичним підтипами інсульту значно підвищуються плазмові рівні фактора некрозу пухлини (TNF), інтерлейкіну (IL) 6 і IL-1β, тоді як у хворих із лакунарним інсультом ці показники суттєво знижуються. У багатьох дослідженнях також було встановлено, що плазмові рівні імунізапальних маркерів достовірно корелюють з об'ємом вогнища ішемії.

Метою цього дослідження було оцінити вплив аторвастатину 80 мг/добу на імунізапальні маркери і функціональні результати в пацієнтів з нещодавнім гострим ішемічним інсультом, класифікованим як атеротромботичний інсульт, які не отримували тромболітичної терапії.

Матеріали і методи

У дослідженні могли взяти участь пацієнти з ішемічним інсультом (великим атеросклеротичним інсультом – LAAS за класифікацією TOAS) з чітким часом початку, дефіцитом, виміряним за шкалою

NIHSS, і вихідною комп'ютерною томографією головного мозку, яка показала відсутність внутрішньочерепного крововиливу. Критерії виключення: тромболізис; запальні або інфекційні захворювання; рак; хвороби крові; важка печінкова або ниркова недостатність; лікування протизапальними препаратами. Інсульт діагностували за вогнищевими неврологічними ознаками і симптомами вірогідно судинного походження, які зберігалися протягом ≥24 год, з подальшим підтвердженням комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку.

Пацієнтів рандомізували на дві групи: група А отримувала аторвастатин (Ліпримар®, Pfizer) 80 мг 1 р/добу починаючи з дня госпіталізації із продовженням лікування після виписки, як це відбувалось у дослідженні SPARCL; група В до виписки аторвастатин не отримувала, а після виписки препарат призначався так само, як у дослідженні SPARCL.

Пацієнтам з порушеннями свідомості або ковтання аторвастатин призначали за допомогою назогастрального зонда після розчинення таблеток.

Як маркери імунізапальної активації оцінювали плазмові рівні IL-1β, TNF, IL-6, IL-10, Е-селектину, Р-селектину, розчинної молекули міжклітинної адгезії (sICAM-1) і розчинної молекули адгезії ендотелію судин (sVACM-1). Крім того, визначали плазмові рівні фактора фон Віллебранда (VWF; маркер ендотеліальної дисфункції), tPA-атигену і PAI-1 (маркери тромбозу і фібринолізу відповідно). Лабораторні дослідження здійснювали через 72 год і 7 днів після появи симптомів.

Первинною кінцевою точкою була різниця в середніх рівнях імунізапальних маркерів між групами А і Б через 72 год і 7 днів після інсульту.

Таблиця 1. Імунізапальні маркери і функціональні результати через 72 год після гострого ішемічного інсульту

	Група А (аторвастатин 80 мг)	Група Б (без аторвастатину)	Р
NIHSS, бали	14,5±1,3	15,9±0,8	0,030
СРБ, мг/дл	2,4 (0,8-2,9)	3,5 (1,2-4,6)	0,035
TNF, пг/мл	24,3 (7,75-38)	33,5 (10,25-44)	0,023
IL-1β	8,4 (4-9,8)	11 (5-14)	0,038
IL-6	10,8 (7,2-19)	12,6 (8,5-18)	0,010
IL-10	2,75 (2-7)	2,89 (2-6,5)	0,61
Е-селектин	4,05 (1,2-4,8)	3,79 (1,5-5,7)	0,54
Р-селектин	3,99 (2,8-7,8)	3,87 (3,5-6,9)	0,27
VCAM-1	19 (12,5-27)	23 (14,6-36)	0,025
ICAM-1	13 (7,7-19)	18,7 (10,2-29)	<0,0001

Таблиця 2. Імунізапальні маркери і функціональні результати через 7 днів після гострого ішемічного інсульту

	Група А (аторвастатин 80 мг)	Група Б (без аторвастатину)	Р
NIHSS, бали	12,3±0,7	15,2±0,6	0,022
mRS, n (%)			
I	4 (18,18)	3 (15)	0,66
II	5 (22,72)	4 (2)	<0,0001
III	9 (40,9)	3 (15)	<0,0001
IV	2 (9,09)	7 (35)	<0,0001
V	2 (9,09)	3 (15)	0,045
СРБ, мг/дл	1,9 (0,7-2,3)	2,7 (1,5-3,3)	0,043
TNF, пг/мл	16,3 (6,75-26)	22,3 (8,75-38)	0,031
IL-1β	6,6 (3-11)	9,5 (6,8-12)	0,022
IL-6	8,7 (5,5-14)	10,4 (6,7-17)	0,023
IL-10	3,81 (2,87-4,10)	3,96 (2,5-6,3)	0,77
Е-селектин	2,65 (1,1-5,6)	2,49 (1,4-6,1)	0,42
Р-селектин	3,79 (2,5-7,6)	3,58 (3,1-6,7)	0,25
VCAM-1	13 (7,7-29)	18,7 (7,8-34)	0,025
ICAM-1	13,5 (11,5-26)	18,5 (16,5-31)	0,039

Вторинними кінцевими точками були різниця в середній оцінці за шкалою тяжкості інсульту NIHSS через 72 год і 7 днів після інсульту між групами А і Б, а також різниця в середній оцінці за модифікованою шкалою Rankin (mRS) через 7 днів після інсульту між групами А і Б.

Результати

У дослідженні взяли участь 42 пацієнти з гострим ішемічним інсультом, класифікованим як LAAS; із них 22 пацієнти були рандомізовані в групу А (лікування аторвастатином) і 20 – у групу Б. За вихідними клініко-демографічними характеристиками, у тому числі факторами кардіоваскулярного ризику (артеріальна гіпертензія, діабет, дисліпідемія, інсульт в анамнезі), лабораторними показниками (лейкоцити, тромбоцити, ліпідний

профіль та ін.) і кардіоваскулярною терапією перед інсультом (анти-тромбоцитарні, антигіпертензивні препарати, статини), групи були подібними.

Жоден пацієнт не припинив лікування досліджуваним препаратом через м'язову, печінкову токсичність або інші небажані ефекти. Призначення аторвастатину 80 мг не супроводжувалося будь-якими змінами сироваткових рівнів аланінамін-трансферази, аспартатамінотрансферази, γ-глутамілтрансферази або лужної фосфатази.

Середній час появи симптомів інсульту до початку лікування аторвастатину становив 12±4,8 год.

Через 72 год і 7 днів після інсульту у групі А порівняно із групою Б спостерігалися значно нижчі плазмові

Продовження на стор. 12.

Рання терапія аторвастатином покращує імунізапальні маркери і функціональний результат після гострого ішемічного інсульту

Продовження. Початок на стор. 11.

рівні С-реактивного білка, TNF, прозапальних інтерлейкінів і молекул адгезії (табл. 1, 2). За рівнями IL-10 (протизапальний інтерлейкін), E- і P-селектину групи в обидва періоди суттєво не відрізнялись.

У пацієнтів, які отримували аторвастатин 80 мг, через 72 год і 7 днів після інсульту спостерігались значно кращі оцінки за шкалою NIHSS порівняно із хворими, які цей препарат не приймали (табл. 2).

Щодо шкали mRS, через 7 днів у групі А (лікування аторвастатином) було значно більше пацієнтів із кращими функціональними результатами порівняно з групою Б (табл. 2).

Цікаво, що в пацієнтів з найбільшим зниженням імунізапальних маркерів через 7 днів спостерігались також найкращі функціональні результати. Так, у пацієнтів з TNF >20 пг/мл, IL-1β >7 пг/мл і IL-6 >9 пг/мл середня оцінка NIHSS становила 17,5±1,8, 17,8±1,8 і 18,0±1,4 відповідно, тоді як у пацієнтів з TNF <20 пг/мл, IL-1β

<7 пг/мл і IL-6 <9 пг/мл – 12,8±1,7, 10,1±1,5 і 11,3±1,6 відповідно. Аналогічна картина спостерігалась і для оцінки за шкалою mRS: при TNF >20 пг/мл, IL-1β >7 пг/мл і IL-6 >9 пг/мл – 3,9±0,9, 4,0±0,5 і 3,9±0,4; при TNF <20 пг/мл, IL-1β <7 пг/мл і IL-6 <9 пг/мл – 2,0±0,8, 2,9±0,3 і 2,8±0,3 відповідно.

Обговорення

Результати дослідження надали перші докази того, що аторвастатин, призначений у високій дозі в ранньому періоді після атеросклеротичного ішемічного інсульту, значно знижує маркери імунізапальної активності в гострому періоді інсульту й асоціюється з кращими функціональними результатами щодо гострого неврологічного дефіциту і ступеня дисфункціональних порушень. Після 7 днів від розвитку інсульту суттєвих змін ліпідного профілю не спостерігалось, тобто вищевведені нейропротекторні ефекти аторвастатину досягались незалежно від його гіполіпідемічної дії.

Отже, значний вплив аторвастатину на маркери імунізапальної активності в гострій фазі інсульту

і функціональні результати вірогідно пояснюються плейотропними ефектами препарату, у тому числі протизапальною, імуномодуючою, ендотеліпротекторною, антитромботичною і антиоксидантною дією.

Завдяки нейропротекторним і регенеративним ефектам у головному мозку аторвастатин розглядається як перспективний препарат у профілактиці і лікуванні хвороби Альцгеймера та інших нейродегенеративних хвороб. Так, у дослідженні Piermartiri і співавт. (2010) було доведено, що лікування аторвастатином ефективно захищає клітини мозку від дегенерації, обумовленою β-амілоїдом.

Раніше в пілотному рандомізованому дослідженні Montaner і співавт. (2008) оцінювали вплив симвастатину в гострій фазі ішемічного інсульту на імунізапальні маркери (IL-6, IL-8, IL-10, ICAM-1, VCAM-1, CRP, TNF та ін.) і неврологічні результати через 1, 3, 5, 7 і 90 днів. Симвастатин застосовували в початковій дозі 40 мг/добу протягом 7 днів з подальшим переходом на дозу 20 мг/добу. У результаті жодних

відмінностей у біомаркерах між групами терапії виявлено не було. Це може пояснюватися тим, що нейропротекторні ефекти аторвастатину не властиві всьому класу статинів, а є унікальними саме для цього препарату.

Висновки

Отримані дані свідчать про ефективність раннього призначення високодозової терапії аторвастатином у пацієнтів з гострим ішемічним інсультом з метою нейропротекції. Доцільним вбачається подальше вивчення потенційної нейропротекторної ролі аторвастатину при інших гострих неврологічних розладах, таких як травматичний інсульт головного мозку і церебральний кроволив.

Стаття друкується в скороченні.

Список літератури знаходиться в редакції.

Tuttolomondo A., Di Raimondo D., Pecoraro R. et al. Early High-dosage Atorvastatin Treatment Improved Serum Immune-inflammatory Markers and Functional Outcome in Acute Ischemic Strokes Classified as Large Artery Atherosclerotic Stroke: A Randomized Trial. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95 (13): e3186.

Переклад з англ. Олексій Терещенко



www.anaesthesiaconference.kiev.ua

Дев'ятий Британсько-Український Симпозіум
з анестезіології та інтенсивної терапії

(044) 518-41-57
bus-conference@ukr.net

Клінічна лікарня "Феофанія"
м. Київ, вул. Академіка Заболотного, 21

19 – 22 квітня 2017 р.

СИМПОЗИУМ ПРИСВЯЧЕНО 60-РІЧЧЮ
КАФЕДРИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
НМАПО ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

60

Вельмишановні колеги!

Масмо честь запросити вас взяти участь у роботі дев'ятого Британсько-Українського симпозіуму (БСУ), який присвячено 60-річчю створення кафедри анестезіології та інтенсивної терапії в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. За роки свого існування кафедра створила і впровадила в життя базові освітні проекти, одним з найбільш популярних з яких є Британсько-Українські симпозіуми з анестезіології та інтенсивної терапії.

Симпозіум відбудеться 19 – 22 квітня на базі КЛ "Феофанія". 2017 рік ювілейний не тільки для кафедри, але й для БСУ – це буде вже 10-й рік нашої співпраці з британськими колегами. І з кожним роком розширюється як тематика українських доповідей, так і географія доповідачів. На дев'ятому Британсько-Українському симпозіумі до уваги уваги – освітній курс лекцій, доповіді провідних спеціалістів з України, Великобританії, США, Серпентарського союзу, Бізюрі та ін. Також до традиційних воркшопів, які допоможуть отримати нову інформацію та відпрацювати навички, буде додано сателітний симпозіум «Нейрохірургія болю».

До зустрічі на симпозіумі!
Колектив кафедри анестезіології та ІТ НМАПО імені П.Л. Шупика

Програма конференції включає такі теми:

1. Історичні аспекти розвитку анестезіології та ІТ у світі та Україні, віки становлення першої кафедри анестезіології.
2. Новітні аспекти анестезіології та ІТ: погляд з боку доказової медицини.
3. Сучасні британські, європейські та американські підходи до ІТ: баланс між стандартами, протоколами, алгоритмами та індивідуалізацією лікування.
4. Надання невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії в умовах збройного конфлікту.
5. Лікування масових кровотеч.
6. Сучасні підходи до діагностики та лікування шоків.
7. Новітні аспекти нейроінтенсивної терапії.
8. Анастезіологічне забезпечення та ІТ в кардіохірургії та торакальній хірургії.
9. Контрольовані аспекти інфузійної терапії та клінічного харчування.
10. Новітні підходи до лікування тяжких інфекцій та сепсису, критерії вибору а/б.
11. Анастезія та ІТ у дітей.
12. Акутний питання провадження респіраторної підтримки.
13. Анастезія в пацієнтів з хронічною патологією.
14. Народа керівників профільних кафедр.

МАЙСТЕР-КЛАСИ

1. Оцінка рівня свідомості – погляди анестезіолога та нейрохірурга.
2. Алгоритми надання допомоги при травмах та вогнепальних ураженнях.
3. Антибактеріальна терапія тяжких інфекцій.
4. «За» та «проти» а/б профілактики у ВІТ.
5. Застосування екстракорпоральних методів оксигенації та підтримки гемодинаміки.
6. Практикум із регіонарної анестезії.
7. Практикум із УЗД (візуалізація центральної вен, протоколи BLU, FAST, RUSH).
8. Діагностика та лікування невідкладних станів у дітей.
9. Забезпечення прохідності дихальних шляхів, «тяжкий дихальний шлях».
9. Розбір клінічних випадків – «тяжкий пацієнт».
10. Сесія коротких/інтерних доповідей.
11. Сесія для анестезіологів та медичних сестер ВІТ

Реєструйтеся на сайті
www.chil.com.ua

Нам 10 років!

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА 2017

X НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС

У КОНГРЕСІ ПРИЙМУТЬ УЧАСТЬ МІЖНАРОДНІ ЕКСПЕРТИ
НА УЧАСНИКІВ ЧЕКАЮТЬ СЮРПРИЗИ ДО ЮВІЛЕЮ

30-31 БЕРЕЗНЯ 2017 • ПРЕЗИДЕНТ ГОТЕЛЬ
м. Київ, вул. Госпітальна, 12

25.05 2017 Чернівці

13.09 2017 Дніпро

5.10 2017 Одеса

20.10 2017 Львів

9.11 2017 Харків

Дивіться пряму інтернет-трансляцію обраних лекцій
на головній сторінці порталу www.chil.com.ua

Організатор: ТОВ «Нью Віво»
Адреса: м. Київ, вул. С. Петлюри, 13/135, офіс 23 (2 поверх)
Тел./факс: +38 044 287 07 20, e-mail: office@newvivo.com.ua