

АЗИТРО САНДОЗ® АЗИТРОМІЦИН

ЄВРОПЕЙСЬКА ЯКІСТЬ ТА
ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД
ДО КОЖНОГО ПАЦІЄНТА¹



УНІКАЛЬНА НА УКРАЇНСЬКОМУ РИНКУ УПАКОВКА ТАБЛЕТКИ АЗИТРО САНДОЗ® 500 мг №6²



ПАЦІЄНТИ З ПНЕВМОНІЄЮ АБО
ЗАТЯЖНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ
ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ
ПОТРЕБУЮТЬ КУРС ЛІКУВАННЯ
БІЛЬШЕ НІЖ 3 ДНІ³

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗИТРО САНДОЗ®

Діюча речовина: 1 таблетка містить азитроміцину 250 мг або 500 мг у формі азитроміцину дигідрату. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група. Код АТС J01F A10. Показання. Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину: інфекції ЛОР-органів (синусит, фарингіт, тонзиліт); інфекції нижніх дихальних шляхів (bronхіт, пневмонія слабого та помірного ступеня тяжкості); запалення середнього вуха; інфекції шкіри та м'яких тканин; неускладнені урогенітальні інфекції, спричинені *Chlamydia trachomatis*. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків; кетолідних антибіотиків. Дітям з масою тіла до 45 кг рекомендується призначати препарати азитроміцину у вигляді суспензії. Категорія відпуску. За рецептом.

1. С.Н.Козлов, С.А.Рачина, Роль макролідів в ліченні інфекцій нижніх дихальних шляхів. Consilium Medicum. – Т5. – №4. – 2003. 2. Під унікальністю мається на увазі – єдина упаковка 500 мг №6 представлена на Українському ринку. <http://compendium.com.ua/> станом на січень 2017. 3. Ю. І. Фещенко, Негоспитальна пневмонія у взрослых: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних рекомендацій), Укр. пульмонолог. журнал. 2013, № 1, С. 5–21

*<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/ob/default.cfm>

РП № UA/11332/01/01 та UA/11332/01/02. Коротка інструкція укладена відповідно до інструкції для медичного застосування препарату Азитро САНДОЗ®. Для більш детальної інформації щодо препарату, а також для повідомлення про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу звертайтеся до представника заявника за телефоном: +380 (44) 495-28-66. www.sandoz.ua

SANDOZ A Novartis
Division

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. 4-02-АЗД-РЕЦ-0117

Запальний та імунологічний профіль пацієнтів з ХОЗЛ і його зв'язок зі зворотністю змін ОФВ₁

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є запальним патологічним процесом, що уражає дихальні шляхи (ДШ), паренхіму легень та легеневі судини, повільно прогресуючи до незворотної обструкції ДШ.

Хоча дослідження показали, що під час загострення ХОЗЛ спостерігається підвищення рівнів як нейтрофілів, так і еозинофілів, нейтрофільне запалення при ХОЗЛ розглядається як варіант норми (Saetta M. et al., 1995). Однак навіть під час стабільного перебігу хвороби зростання кількості еозинофілів відзначається майже у 40% хворих (Brightling C.E. et al., 2000). Вважається, що ця ознака характеризує певний підтип ХОЗЛ, а саме ХОЗЛ, поєднане з бронхіальною астмою (БА), також відомий як перехресний синдром ХОЗЛ-астма (Brightling C.E. et al., 2000). У пацієнтів із цим синдромом спостерігається зворотність змін об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) після застосування бронходилататорів.

Запальна відповідь із боку ДШ протягом останніх років привертає особливу увагу медичної спільноти (Rufino R. et al., 2007; Willemse B.W. et al., 2005). При ХОЗЛ спостерігається підвищення рівнів запальних медіаторів, у т. ч. С-реактивного білка, інтерлейкінів (ІЛ)-8 та -6, фактора некрозу пухлини (ФНП) та хемокіна, що експресується та секритується Т-клітинами при активації (RANTES, також відомого як CCL5) (Keatings V.M. et al., 1996; Lim S. et al., 2000; Celli B.R. et al., 2012). Крім того, у курців з ХОЗЛ виявляється більша кількість нейтрофілів, а також вищі рівні ІЛ-8 та еозинофільного катіонного білка (Willemse B.W. et al., 2005). Відповідно до даних T.S. Larregue та співавт. (2006), ймовірно, що асоційоване з курінням запалення має дві стадії: первинна фаза, під час якої в епітелії та підслизовій оболонці ДШ присутні нейтрофіли та макрофаги, та пізня фаза, у якій також беруть участь лімфоцити та еозинофіли. Проте асоціація між ХОЗЛ та астмою є суперечливою, і вплив еозинофілів на запалення у ДШ і тяжкість ХОЗЛ достовірно не встановлений.

Тяжкість обструкції ДШ може бути оцінена на основі зниження ОФВ₁, а стадії ХОЗЛ визначаються за змінами ОФВ₁ після застосування бронходилататора (Hurd S., 2000). Після встановлення діагнозу ХОЗЛ для кількісної оцінки тяжкості хвороби та моніторингу її перебігу слід визначити показники функції легень. Для визначення стадії тяжкості ХОЗЛ використовується оцінка ОФВ₁ та зворотності його змін відповідно до класифікації Глобальної ініціативи з ХОЗЛ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) (Senior R.M. et al., 2011).

Метою цього дослідження було визначити кореляцію тяжкості ХОЗЛ зі зворотністю змін ОФВ₁, БА та атопією. Також автори оцінили зв'язок між рівнями цитокінів сироватки та різними підтипами ХОЗЛ відповідно до зворотності змін ОФВ₁.

Методи

Дане крос-секційне дослідження включало 37 пацієнтів з ХОЗЛ, діагностованим на основі критеріїв GOLD (2011). Усі хворі лікувалися у відділенні пульмонології університетської лікарні Edgard Santos у м. Сальвадор (Бразилія). Дослідження схвалив етичний комітет медичного закладу (протокол № 113/2012); усі учасники надали письмову поінформовану згоду. Вони заповнили анкети для виявлення анамнезу БА в дитинстві, оцінки статусу куріння, у т. ч. пасивного, та наявності алергічного риніту. Усі хворі також підлягали фізикальному обстеженню та оцінці функції легень з акцентом на таких функціональних параметрах, як ОФВ₁, форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ) та співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ. Відповідно до критеріїв GOLD рівень співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ $\leq 70\%$ є діагностичним критерієм ХОЗЛ. Були також отримані зразки мокротиння (спонтанного чи індукованого), проведені прик-тести для оцінки чутливості до алергенів та отримані зразки крові (по 10 мл) для визначення рівня цитокінів сироватки. До контрольної групи увійшли 22 здорові особи без ХОЗЛ (з нормальною функцією легень).

На основі відхилен показників функції легень за даними спірометрії, встановлених рекомендаціями GOLD у 2010 р., та відповіді на застосування бронходилататорів пацієнтів з ХОЗЛ розділили на дві групи: незворотної обструкції ДШ (незвОДШ), що складалася із хворих, у яких не спостерігалось суттєвого зростання ОФВ₁ після використання

бронходилататора (n=24), та частково зворотної обструкції ДШ (чзвОДШ), що включала пацієнтів, у яких зміни ОФВ₁ виявилися зворотними (n=13). Відповідно до об'єднаних рекомендацій Американського торакального товариства (ATS), Європейського респіраторного товариства (ERS) та GOLD (1995) зворотність змін ОФВ₁ після застосування бронходилататора визначалася як зростання цього показника на $\geq 12\%$.

Відповідно до об'єднаних рекомендацій ATS/ERS/GOLD усі пацієнти підлягали спірометрії. Оцінка відповіді на бронходилататори проводилася за допомогою салбутамолу сульфату в дозі 100 мкг/мл. Призначалося 4 вдихи (400 мкг) через спейсер Fumax®. Через 15 хв після інгаляції бронходилататора виконували повторну оцінку функції легень.

Пацієнти підлягали шкірним прик-тестам для визначення негайної гіперчутливості за J. Peypys та співавт. (1975) у модифікації O. Osterbaale та B. Weeke (1979). Алергени включали собачу та котячу лупу, плісняві грибки (*Aspergillus fumigatus*), алергени тарганів (*Blattella germanica*, *Periplaneta americana*) та пилових кліщів (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Blomia tropicalis*). Застосовувалися реагенти виробництва Immunotech (підрозділ FDA Allergenic Ltda, Бразилія).

Індукція виділення мокротиння здійснювалася відповідно до модифікованого протоколу, описаного I.D. Ravord та співавт. (1997), а саме за допомогою інгаляції гіпертонічного сольового розчину (3, 4 та 5%) через ультразвуковий небулайзер Fisoneb® на низькій швидкості потоку (0,87 л/хв). Зразки периферійної крові (по 10 мл кожен) центрифугували на швидкості 2000 обертів/хв протягом 10 хв. Сироватка збиралася та зберігалася при температурі -20 °C для подальшого визначення рівнів цитокінів. Цитокіни та хемокіни визначалися кількісним методом за допомогою імуоферментного аналізу ELISA сендвіч-типу відповідно до протоколу виробника.

Під час статистичного аналізу було визначено середнє значення та медіани демографічних і клінічних показників. Дані було проаналізовано за допомогою пакета статистики Statistical Package for the Social Sciences, версії 17.0 для Windows. Значення таких параметрів, як індекс маси тіла, насичення артеріальної крові киснем (SpO₂) та показники функції легень, які зазвичай характеризуються нормальним розподілом, були проаналізовані за допомогою t-критерію Стьюдента. Для порівняння груп, поділених за кількістю клітин у мокротинні та стадіями тяжкості ХОЗЛ, використовувався тест Манна-Уїтні. Кореляція між кількістю еозинофілів у мокротинні та ОФВ₁ (до та після застосування бронходилататорів) визначалася за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена. Порівняння між групами незвОДШ, чзвОДШ та контролю за параметрами продукції цитокінів, кількості клітин у мокротинні та тяжкості ХОЗЛ було проведено за допомогою тесту Краскелла-Уолліса з подальшим проведенням пост-тесту Данна для множинного порівняння.

Результати

Між двома групами пацієнтів не спостерігалось відмінностей за віком, статтю чи статусом куріння. Також групи не відрізнялися за індексом маси тіла, SpO₂ та віком на момент появи симптомів. У всіх пацієнтів двох основних груп спостерігалось співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ $\leq 70\%$. Значення медіани для пре- та постбронходилататорного ОФВ₁ у групі незвОДШ становили 48,2% (діапазон 30-66%) та 51% (діапазон 35-71%) відповідно, а у групі чзвОДШ – 35% (діапазон 28-44%) та 47% (діапазон 36-52%) (p<0,04). У контрольній групі аналогічні показники становили 79% (діапазон 65-82%) та 84% (діапазон 69-89%). Слід зазначити, що жоден учасник контрольної групи не курив на час випробування чи в минулому.

Тяжкість ХОЗЛ, підрахунок клітин у мокротинні та атопія

Тяжкість ХОЗЛ оцінювалася відповідно до рекомендацій GOLD (2010). 24 пацієнти групи незвОДШ приблизно

з однаковою частотою виявляли II, III та IV стадії ХОЗЛ, у той час як у 12 (92,3%) із 13 пацієнтів групи чзвОДШ констатовано III стадію хвороби. Хоча рівень нейтрофілів зростає пропорційно збільшенню тяжкості ХОЗЛ, еозинофілів у мокротинні пацієнтів із ХОЗЛ IV ст. виявлено не було.

В обох групах було проведено диференційний підрахунок нейтрофілів та еозинофілів у зразках мокротиння. Рівень нейтрофілів у групах не відрізнявся (p>0,05). Однак медіана рівня еозинофілів була набагато вищою у групі чзвОДШ порівняно з такою у групі незвОДШ (p<0,01).

Під час оцінки атопії за допомогою шкірного прик-тесту автори не виявили різниці між двома групами щодо позитивного результату на будь-який антиген. Із 24 пацієнтів групи незвОДШ у 5 (21%) спостерігався щонайменше один позитивний тест, у порівнянні з 4 (31%) із 13 хворих групи чзвОДШ (p>0,05). У жодного пацієнта з обох груп в анамнезі не зафіксовано БА. У двох пацієнтів групи незвОДШ відповідь на гістамін була негативною.

Зв'язок між часткою еозинофілів та ОФВ₁

Між часткою еозинофілів у мокротинні та ОФВ₁ спостерігався зворотний кореляційний зв'язок як до, так і після застосування бронходилататорів (p<0,01).

Імунологічний профіль

Медіана ФНП становила 2,9 пг/мл (діапазон 0,95-6,03 пг/мл) у групі незвОДШ та 3,2 пг/мл (діапазон 2,65-5,50 пг/мл) у групі чзвОДШ. Обидва результати були значно вищими, ніж показник у групі контролю (0,35 пг/мл, діапазон 0-1,9 пг/мл; p<0,01). Медіана рівня ІЛ-6 також виявилася істотно вищою в обох групах з обструкцією ДШ порівняно з такою у групі контролю: 1,4 пг/мл у групі незвОДШ (діапазон 0,42-2,10 пг/мл) та 0,92 пг/мл у групі чзвОДШ (діапазон 0,37-1,89 пг/мл) проти 0 пг/мл (p<0,01) в осіб контрольної групи. Рівень ІЛ-8 у групі незвОДШ був істотно вищим, ніж у представників групи контролю (p<0,05), а рівень хемокіну RANTES (CCL5) суттєво не відрізнявся як між двома групами, так і між будь-якою з груп обструкції ДШ та контрольною групою (p>0,05 для всіх порівнянь). Медіана рівня ІЛ-8 для всіх груп (двох з обструкцією ДШ та контролю) дорівнювала нулю, проте, враховуючи різницю діапазонів (незвОДШ – 0-57,50 пг/мл; чзвОДШ – 0-51,75 пг/мл; контроль – 0-0 пг/мл), різницю між групою незвОДШ та контролем можна вважати статистично достовірною (p<0,05). Відмінностей між трьома групами за рівнем сироваткового RANTES (CCL5) не зафіксовано. Тяжкість ХОЗЛ істотно не корелювала ні з ФНП, ні з іншими лабораторними показниками (ІЛ-6, ІЛ-8, RANTES).

Обговорення

ХОЗЛ – тяжке прогресуюче запальне захворювання – є четвертою за частотою причиною смерті у США (Hoyert D.L. et al., 2005). Поширеність ХОЗЛ та пов'язана із цією хворобою смертність продовжують зростати. ХОЗЛ є однією з провідних причин втрати працездатності у всьому світі (Mannino D.M., 2002).

Виділяють 2 підтипи ХОЗЛ відповідно до зворотності змін ОФВ₁. Автори даного дослідження мали на меті визначити, чи асоційовані ці підтипи з кількістю клітин у мокротинні, рівнями певних цитокінів та важкістю симптомів. Було виявлено, що у пацієнтів із ХОЗЛ зі зворотними змінами ОФВ₁ спостерігалися вищий вміст еозинофілів у мокротинні та вираженіша гіперреактивність ДШ порівняно з хворими ХОЗЛ із незвОДШ. Відзначався обернено пропорційний зв'язок між часткою еозинофілів у мокротинні та рівнем ОФВ₁ до та після застосування бронходилататорів. Більше того, виявлено, що ХОЗЛ, яке супроводжувалося зворотними змінами ОФВ₁, не асоціювалося з атопією чи БА. Отримані результати підтверджують висновки більш ранніх досліджень, які показують: хоча рівні ІЛ-6, ІЛ-8 та ФНП у пацієнтів з ХОЗЛ вищі, ніж у здорових осіб, інтенсивність утворення цих цитокінів є зівставною для двох типів ХОЗЛ.

Історично серед чоловіків та курців спостерігалася вища захворюваність на ХОЗЛ, однак на сьогодні частка жінок серед даного контингенту пацієнтів зростає (Mannino D.M. et al.,

Продовження на стор. 54.

C.F. Queiroz, A.C. Lemos, M.L. Bastos, M.C. Neves, A.A. Camelier, N.B. Carvalho, E.M. Carvalho, Бразилія

Запальний та імунологічний профіль пацієнтів з ХОЗЛ і його зв'язок зі зворотністю змін ОФВ₁

Продовження. Початок на стор. 53.

2002). Серед хворих з раннім початком і тяжким перебігом ХОЗЛ набагато більше осіб жіночої статі (Silverman E.K. et al., 2000). У цьому дослідженні кількість чоловіків та жінок, а також курців була однаковою у двох групах пацієнтів з ХОЗЛ.

Дослідження мокротиння є інформативним інструментом для оцінки інтенсивності запалення ДШ (Pavord I.D. et al., 1997). Початково метод застосовувався для верифікації раку легень, пізніше – для діагностики інфекційних хвороб. На початку 1990-х рр. його використовували при дослідженні запалення бронхів, пов'язаного з БА (Pin I. et al., 1992). Нещодавно у зв'язку з безпечністю, відтворюваністю та низькою вартістю дослідження мокротиння почали застосовувати при встановленні патогенезу БА та ХОЗЛ. Локальне залучення нейтрофілів до запального процесу є характерною ознакою ХОЗЛ, як і зростання рівнів запальних медіаторів у ДШ та циркулюючій крові (Moermans C. et al., 2011). Типовим для ХОЗЛ є вивільнення нейтрофільної еластази, кислого фосфатази та мієлопероксидази під час нейтрофільного запалення (Saetta M., 1999; Cosio M.G. et al., 2002; Barnes P.J. et al., 2006). Серед клітин мокротиння хворих на ХОЗЛ домінують нейтрофіли. У даному дослідженні у мокротинні пацієнтів обох груп з ХОЗЛ виявлялася велика кількість нейтрофілів (Rufino R. et al., 2007). Однак також ймовірно, що зростання кількості нейтрофілів спричинив гіпертонічний сольовий розчин, який використовувався для індукції мокротиння (Kips J.C. et al., 1998).

Значення присутності еозинофілів у мокротинні при ХОЗЛ достовірно не встановлено. Раніше вважалося, що наявність еозинофілів характерна для пацієнтів з ХОЗЛ з ознаками БА (Brightling C.E. et al., 2000; Keatings V.M. et al., 1996) та асоціюється з кращою відповіддю на терапію кортикостероїдами (Fujimoto K. et al., 1999).

Загалом встановлення зв'язку між БА та ХОЗЛ сприятиме розвитку нових стратегій терапії ХОЗЛ (Kanazawa M., 2007; Miravittles M. et al., 2007).

Однак автори роботи не підтвердили наявності БА у пацієнтів з постбронходилаторним зростанням ОФВ₁. У жодного з пацієнтів дослідження не зафіксовано особистого чи сімейного анамнезу БА, а частота atopії, визначена за допомогою шкірних прик-тестів, у двох групах пацієнтів була зіставною. До того ж імунологічний профіль не відрізнявся у двох обстежуваних групах, у т.ч. не спостерігалось збільшення концентрації RANTES (CCL5) – цитокіну, що секретується Т-хелперами 2 типу в пацієнтів з ХОЗЛ зі зворотними змінами ОФВ₁ після застосування бронходилатора. У попередньому випробуванні автори виявили зв'язок між назальною еозинофілією та atopією в пацієнтів з ХОЗЛ (Neves M.C. et al., 2013). Проте в цьому дослідженні наявність еозинофілів у мокротинні не асоціювалася з atopією чи БА. Хоча вплив еозинофілів при ХОЗЛ достовірно не встановлено, автори відзначили, що збільшення кількості еозинофілів спостерігалось в пацієнтах із ХОЗЛ з постбронходилаторним зростанням ОФВ₁. Було також виявлено зворотний зв'язок між концентрацією еозинофілів у мокротинні та зниженням ОФВ₁. Хоча авторські висновки можуть свідчити, що рівень еозинофілів асоціюється з тяжкістю ХОЗЛ, у мокротинні хворих із IV стадією патології еозинофілів не виявлено. Ймовірно, що на пізніх стадіях хвороби кількість запальних клітин знижується.

У дослідженні V.M. Keatings та співавт. (1996) в індукованому мокротинні пацієнтів зі стабільним перебігом ХОЗЛ було виявлено підвищені рівні ІЛ-6, ІЛ-1, ФНП та ІЛ-8. Також існують докази залежності між підвищеним рівнем цитокінів при ХОЗЛ та курінням (Lim S. et al., 2000; Kuschner W.G. et al., 1996). Проте оцінка зв'язку хемокінів з еозинофілами мокротиння чи зворотністю змін ОФВ₁ дотепер не проводилася. Рівень ІЛ-6 у сироватці крові вважається найінформативнішим біомаркером тяжкості перебігу ХОЗЛ, який асоціюється з вираженістю обструкції ДШ та смертністю (Celli B.R. et al., 2012). Автори дослідження виявили, що тяжкість ХОЗЛ не корелювала із сироватковими рівнями ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП чи RANTES (CCL5).

У цьому випробуванні існувала можливість порівняти рівні цитокінів (ІЛ-6 та ФНП) та хемокінів (ІЛ-8 та RANTES) у пацієнтів з ХОЗЛ зі зворотними та незворотними змінами ОФВ₁ на тлі застосування бронходилатора. Однак рівні цитокінів і хемокінів виявились однаковими у двох групах.

Еозинофільне запалення ДШ асоціюється із загостреннями ХОЗЛ, а зниження рівня еозинофілів у мокротинні сприяє зменшенню їх частоти (Siva R. et al., 2007). Оскільки дане дослідження було крос-секційним, автори не оцінювали зв'язок між інтенсивністю запалення та ризиком загострень хвороби. Водночас було виявлено асоціацію між еозинофільним запаленням та обструкцією ДШ, що підтримує гіпотезу стосовно зв'язку між еозинофільним запаленням ДШ та загостреннями ХОЗЛ (Siva R. et al., 2007), а також кореляцію рівнів еозинофілів периферійної крові та смертності в результаті загострень ХОЗЛ (Hospers J.J. et al., 1999).

Особливістю дизайну дослідження є невелика кількість учасників. Незважаючи на це, очевидно, що у хворих групи чзвОДШ відмічалася вираженіша гіперреактивність ДШ порівняно з аналогічним показником у представників групи незвОДШ. До того ж спостереження, що ХОЗЛ зі зворотними змінами ОФВ₁ не було пов'язане з БА, але асоціювалося з підвищеною кількістю еозинофілів у мокротинні, разом з виявленою зворотною кореляцією між частотою еозинофілів у мокротинні та ОФВ₁ дозволяють припустити, що еозинофіли відіграють важливу роль у запальній відповіді у хворих на ХОЗЛ із постбронходилаторною зворотністю змін ОФВ₁.

Отримані авторами результати не підтверджують наявності перехресного синдрому астма-ХОЗЛ у пацієнтів, у яких зафіксована відповідь ДШ на застосування бронходилаторів. Хоча й неможливо виключити ймовірність того, що еозинофільне запалення – окремий підтип ХОЗЛ, авторські висновки свідчать, що воно є фазою хвороби, яка асоціюється з більш вираженою обструкцією ДШ.

Queiroz C.F., Lemos A.C., Bastos M.L. et al. Inflammatory and immunological profiles in patients with COPD: relationship with FEV1 reversibility. J Bras Pneumol 2016 Jul-Aug; 42 (4): 241-247. doi: 10.1590/S1806-37562015000000122.

Переклала з англ. Лариса Стрільчук



Media.med

Науково-практична конференція з міжнародною участю
«VI Неврологічні читання пам'яті Д.І. Панченка»

2 березня 2017 року

Місце проведення:
Український дім (м. Київ, вул. Хрещатик 2)

Організатори:
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

ГО «Всеукраїнська асоціація з неврології та рефлексотерапії»

Куратор: Свиридова Наталя Костянтинівна
Завідувач кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Рефлексотерапія»

Учасники конференції: лікарі-неврологи, терапевти, кардіологи, травматологи, реабілітологи, лікарі загальної практики – сімейної медицини

Тематика конференції:
стандарти лікування гострих порушень мозкового кровообігу; хронічна ішемія мозку і атеросклероз: тактика лікування; коморбідні стани кардіоневрологічних хворих: особливості діагностики та тактика лікування; стандарти лікування гострих і хронічних больових синдромів; мігрень, головний біль; хвороба Паркінсона: стандарти лікування; блокади при болях у спині; інсульт, фібриляція передсердь та інша серцева патологія: особливості тактики лікування (погляд кардіолога); лікування тривожного стану в кардіоневрологічних хворих. Депресія; інсульт та інфаркт: тактика лікування; вегето-судинна дистонія і порушення сну

Захід внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, що проводяться у 2017 році МОЗ і НАМН України

Докладніше про програму науково-практичної конференції, місце проведення та реєстрацію відвідувачів на офіційному сайті співорганізатора конференцій ТОВ «МЕДІАМЕД»

Відвідування БЕЗКОШТОВНЕ
+38 (044) 374-50-65,
info@mediamed.com.ua
mediamed.com.ua

Media.med

Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Інфекційні захворювання у дітей. Сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику»

30 березня 2017 року

Місце проведення:
Український дім (м. Київ, вул. Хрещатик 2)

Організатори:
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України

Куратор: Крамарьов Сергій Олександрович
Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, доктор медичних наук, професор

Наукова тематика конференції:
хронічні вірусні гепатити у дітей; грип та гострі респіраторні інфекції; інфекції, що передаються повітряно-крапельним шляхом; герпесвірусні інфекції; нейроінфекції у дітей; кишкові інфекції у дітей; захворювання із синдромом екзантем у дітей; інтенсивна терапія в клініці дитячих інфекцій; імунопрофілактика та вакцинація; пробіотики в інфектології та дитячій інфектології; сучасні противірусні препарати в клініці дитячих інфекцій; антибактеріальні препарати в практиці педіатра і дитячого інфекціоніста; антибіотикорезистентність збудників інфекційних захворювань; пробіотичні продукти харчування в педіатрії

Захід внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, що проводяться у 2017 році МОЗ і НАМН України

Докладніше про програму науково-практичної конференції, місце проведення та реєстрацію відвідувачів на офіційному сайті співорганізатора конференцій ТОВ «МЕДІАМЕД»

Відвідування БЕЗКОШТОВНЕ
+38 (044) 374-50-65,
info@mediamed.com.ua
mediamed.com.ua