

Доктор медичних наук, професор
Наталья Губергриц

Унифицированные европейские рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита — руководство к действию для врачей Украины

Читайте на сторінці **10**



Доктор медичних наук, професор
Елена Кваша

Оценка влияния электронных систем доставки никотина на риск сердечно-сосудистых заболеваний на основе функции эндотелия и определяющих ее факторов

Читайте на сторінці **38**



Доктор медичних наук
Інна Гогунська

Можливості топічної терапії в лікуванні алергічного риніту

Читайте на сторінці **23**



НО-ШПА[®]

Є — СПАЗМУ НЕМАЄ^{®1}

ЕФЕКТИВНЕ РІШЕННЯ

при спазмах гладкої мускулатури, пов'язаних із захворюваннями:²

- ▶ шлунково-кишкового тракту
- ▶ біліарного тракту
- ▶ сечового тракту
- ▶ дисменореєю



ШВИДКО ЗНИМАЄ СПАЗМ

і пов'язаний з ним абдомінальний біль³

1. Від спазмів, що спричиняють біль у животі. 2. Інструкція для медичного застосування препарату НО-ШПА[®] форте, таблетки по 80 мг. Наказ МОЗ України № 978 від 19.12.2014 р. Реєстраційне посвідчення в Україні № UA/8879/01/01 від 02.08.2013. 3. Бабак О.Я. Выбор спазмолитика для стартовой терапии при абдоминальной боли: непростой вопрос с универсальным ответом // «Здоровье Украины». — № 3 (29). — 2013 (Сентябрь).

Реклама лікарського засобу для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Київ, 01033, вул. Жилинська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi.ua, www.no-spa.ua SAUA.DRT.17.04.0189

Перший в Україні* рекомбінантний тромбопоетин людини

ЕМАПЛАГ - основний фізіологічний регулятор процесів розвитку мегакаріоцитів і тромбоцитів

ЕМАПЛАГ специфічно стимулює проліферацію і диференціацію мегакаріоцитів, сприяє утворенню і вивільненню тромбоцитів, а також відновленню загального вмісту лейкоцитів

ЕМАПЛАГ містить в 1 мл 15000 ОД рекомбінантного тромбопоетину людини

ЕМАПЛАГ застосовується п/ш ін'єкція 1 раз на добу курсом до 14 днів



Дізнайтесь більше
на сайті www.uf.ua

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЕМАПЛАГ®

Склад: 1 мл розчину містить рекомбінантного тромбопоетину людини 15000 ОД; допоміжні речовини: людський сироватковий альбумін, натрію хлорид, вода для ін'єкцій. Фарм. властивості. Тромбопоетин – це глікопротеїн, який специфічно стимулює проліферацію і диференціацію мегакаріоцитів, сприяє утворенню і вивільненню тромбоцитів і відновленню тромбоцитів периферичної крові, а також відновленню загального вмісту лейкоцитів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Тяжка форма ангіопатії серця та мозку. Аглютинація крові або нещодавно перенесений тромбоз. Застосування пацієнтам із тяжкими формами інфекційних захворювань допускається лише після встановлення контролю за інфекцією. Упаковка. По 1 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці. Категорія відпуску. За рецептом. РП МОЗ України UA/15181/01/01 до 21.06.2021 р. Інформація для професійної діяльності спеціалістів медицини і фармації. Для розповсюдження на семінарах, конференціях на медичну тематику. Повна інформація, в тому числі і можливі побічні ефекти, міститься в інструкції для медичного застосування.

* станом на 01.12.2016 за даними сайту "Державний реєстр лікарських засобів України", <http://www.drlez.com.ua/>



Ю.В. Давыдова, д.м.н., профессор, А.Ю. Лиманская, к.м.н., А.А. Огородник, Л.П. Бутенко, А.К. Байдер, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»;
С.В. Клименко, д.м.н., профессор, ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины», г. Киев

Современные подходы к коррекции тромбоцитопении во время гестации и в послеродовом периоде

Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – приобретенное заболевание, проявляющееся геморрагическим синдромом петехиально-пятнистого типа, манифестирующее иммуноопосредованной тромбоцитопенией [1-3] при отсутствии каких-либо других существенных изменений в количественном и качественном составе крови. В США и Европе регистрируется около 50-100 новых случаев ИТП на 1 млн человек.



Ю.В. Давыдова

Заболевание приводит к выраженной психологической и социальной дезадаптации, ухудшению качества жизни, а при длительном снижении уровня тромбоцитов ($\leq 30 \times 10^9/\text{л}$) – к существенному росту риска летального исхода. На сегодня известно, что ИТП может ассоциироваться с различными инфекционными агентами, среди которых наиболее актуален *Helicobacter pylori*; инфицированность данным микроорганизмом взрослого населения колеблется от 50 до 80%. В этих условиях особое значение приобретает концепция молекулярной мимикрии СаgА-белка *H. pylori* по причине сходства его с тромбоцитассоциированными IgG, которая подтверждается их перекрестным взаимодействием.

Чаще всего ИТП развивается у женщин во второй и третьей жизненной декаде. Обычно у больных в течение нескольких дней возникает петехиальная сыпь или пурпура, что сопровождается снижением количества тромбоцитов до $10\text{--}20 \times 10^9/\text{л}$. Спонтанные интракраниальные геморрагии или другие внутренние кровотечения при отсутствии глубокой тромбоцитопении ($< 5 \times 10^9/\text{л}$) возникают редко.

При уровне тромбоцитов $30\text{--}50 \times 10^9/\text{л}$ может наблюдаться легкая кровоточивость, при количестве тромбоцитов выше $50 \times 10^9/\text{л}$ снижение в сравнении с нормой, как правило, выявляется случайно. В некоторых случаях симптомы кровоточивости не соответствуют уровню тромбоцитов в крови, поскольку связанные с антителами тромбоциты нефункциональны.

Стоит подчеркнуть, что подходы к лечению ИТП вне и во время беременности значительно отличаются, так как побочные эффекты многих препаратов, применяемых для коррекции уровня тромбоцитов и лечения ИТП, оказывают отрицательное воздействие на развитие плода и гестационный процесс.

За последние два десятилетия были разработаны и апробированы новые подходы к лечению тромбоцитопении. Альтернативой переливанию тромбоконцентрата стали безопасные и эффективные препараты, способные значительно повышать уровень тромбоцитов, действуя как фактор роста тромбоцитов [1, 2, 3]. Тромбопоэтин (ТРО), известный как лиганд с-Mpl и первичный естественный регулятор развития мегакариоцитов и тромбоцитов, был выделен в 1994 г. Две его формы –

рекомбинантный человеческий ТРО (rhТРО) и пегилированный рекомбинантный фактор роста и развития мегакариоцитов человека (PEG-rHuMGDF) – уже прошли клинические исследования [1, 4]. Они продемонстрировали эффективность в различных гематологических протоколах, но не показали преимуществ в трансплантации стволовых клеток и в химиотерапии лейкоза [3, 4]. ТРО-миметики (эльтромбопаг и ромиплостим) широко применялись у женщин вне беременности, но данные по их использованию в группе беременных ограничены.

С конца 1990-х гг. отмечается стойкая тенденция к сохранению высокой (на уровне 7-14%) частоты гипертензивных нарушений при беременности. Преэклампсия – одна из ведущих причин в структуре материнской, а также неонатальной заболеваемости и смертности. В Украине гестационные гипертензивные расстройства занимают второе место среди причин материнской смертности, уступая лишь экстрагенитальной патологии. Грозным осложнением преэклампсии в акушерском и перинатальном аспекте является тромбоцитопения. Учитывая значительное повышение риска досрочного родоразрешения при тяжелой преэклампсии и, как следствие, увеличение частоты абдоминального родоразрешения, вероятности повреждения печени и почек, возникновения судорог, ДВС-синдрома, длительной госпитализации и смертельного исхода, своевременная диагностика и ранняя эффективная коррекция тромбоцитопении позволит значительно повысить шансы беременной на благоприятный исход гестации. Подходы к дифференциальной диагностике тромбоцитопений при беременности приведены в таблице 1.

При проведении терапии инфузией тромбоцитов (ТИТ) во время беременности необходимо строго соблюдать меры предосторожности. Мы рассматриваем два основных протокола для ТИТ в гестационном и послеродовом периоде: острые (после кровотечений, массивных акушерских кровотечений, послеоперационная кровопотеря) и повторные (у пациенток с сопутствующими заболеваниями – лейкоемией, системной красной волчанкой, ИТП, тромботической тромбоцитопенической пурпурой, гемолитическим уремическим синдромом и т. д.). Во второй ситуации нужно учитывать возможную рефрактерность и аллоиммунизацию. Кроме того,

во всех ситуациях необходимо предполагать возможность передачи инфекционных агентов (вирусы гепатита В, С, ВИЧ) и трансфузионные реакции. Еще один важный лимитирующий фактор – недостаточная обеспеченность препаратами и их высокая стоимость. Основные подходы к ведению беременных с ИТП описаны в таблице 2.

В таблице 3 представлены данные о применении ТИТ и рекомбинантного ТРО во время беременности и после родов.

В современной медицине одним из методов лечения ИТП является спленэктомия. При этом рецидив заболевания наблюдается в 25-40% случаев, особенно высок данный показатель в первый год после операции. По результатам ретроспективного анализа, включавшего данные опроса специалистов в 6 странах Европы и опубликованного в 2008 г., 74% респондентов готовы отложить спленэктомию или отказаться от нее при опасениях больного или наличии противопоказаний. Получение рекомбинантных форм ТРО существенно расширяет возможности терапии ИТП.

Первый в Украине rhТРО – Эмаплаг (Emaplug) – представлен на рынке фармацевтической компанией «Юрия-Фарм». Основное действие Эмаплага заключается в специфической стимуляции пролиферации и дифференциации мегакариоцитов. Препарат способствует образованию и высвобождению тромбоцитов периферической крови и нормализации количества лейкоцитов. Это объясняется способностью Эмаплага связываться со специфическим рецептором ТРО, в результате чего запускается ряд молекулярных реакций, стимулирующих увеличение образования тромбоцитов.

Клинический случай ведения беременности при рефрактерной ИТП

У пациентки Ч., 25 лет, диагностирована ИТП на 26 неделе гестации, количество тромбоцитов во время исследования – $20000/\text{мкл}$. Иные нарушения костного мозга исключены последующей биопсией. Госпитализирована в отделение экстрагенитальной патологии на 28 неделе беременности. Терапия на региональном уровне началась с назначения пероральных кортикостероидов (табл. 4).

Продолжение на стр. 4.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика тромбоцитопений при беременности

Показатель	Преэклампсия	HELLP-синдром	Острая жировая дистрофия беременной	Гемолитический уремический синдром	Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура	Катастрофический антифосфолипидный синдром	Системная красная волчанка
Тромбоцитопения	+	+++	+	+++	+++	+	+
Гипертензия	+++	+++	+	++	+	±	++
Протеинурия	+++	++	±	+++	±	+	+++
Тошнота, рвота	+	+	++	±	±	±	±
Боли в области живота	±	++	++	±	±	±	±
Желтуха	±	±	++	±	±	±	±
Неврологическая симптоматика	+	+	+	±	++	++	+
Гемолиз	±	+++	+	+++	+++	±	+
Повышенный уровень билирубина	±	+++	+++	+++	+++	±	±
Поражение почек	±	+	++	+++	+	++	++
ДВС-синдром	±	++	+++	±	±	±	±
Гипогликемия	±	±	+++	±	±	±	±
Повышенный уровень аммиака	±	±	+	±	±	±	±
Увеличение концентраций трансаминаз	+	+++	+++	±	±	±	+
Дебют (триместр)	III	III	III	Послеродовый период	II или III триместр	В любом триместре	В любом триместре

Ю.В. Давыдова, д.м.н., профессор, А.Ю. Лиманская, к.м.н., А.А. Огородник, Л.П. Бутенко, А.К. Байдер, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»;
С.В. Клименко, д.м.н., профессор, ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины», г. Киев

Современные подходы к коррекции тромбоцитопении во время гестации и в послеродовом периоде

Продолжение. Начало на стр. 3.

Таблица 2. Алгоритм действий при лечении ИТП во время беременности			
Первая линия терапии			
	Первоначальный эффект	Пиковая эффективность	Уровень доказательности
Кортикостероиды per os	2-14 дней	4-28 дней	C, D
Внутривенные иммуноглобулины	1-3 дня	2-7 дней	C
Вторая линия терапии (для рефрактерной ИТП)			
Комбинированные кортикостероиды и внутривенные иммуноглобулины			
Спленэктомия (второй триместр)			
Третья линия терапии			
Относительно противопоказаны	Анти-D-иммуноглобулин Азатиоприн		C D
Не рекомендуются, но описаны случаи использования во время беременности	Циклоспорин Дапсон Агонисты рецептора TPO Алемтузумаб Ритуксимаб		A (C) C C C C
Противопоказаны	Мофетила микофенолат Циклофосфамид Алкалоиды барвинка Даназол		C C D X

Таблица 3. Применение ТИТ и rhTPO во время беременности и в послеродовом периоде			
		ТИТ	rhTPO
Клинические случаи, индуцированные беременностью	Гестационная тромбоцитопения	–	–
	HELLP-синдром	+	н/у
	Катастрофический антифосфолипидный синдром	+	н/у
	Тяжелая преэклампсия	+	н/у
Клинические случаи, не связанные с беременностью, а также тромбоцитопения, обусловленная системными нарушениями	Первичная ИТП	+	+
	Вторичная ИТП	+	+
	Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура / гемолитический уремический синдром	+	н/у
	Болезнь Виллебранда (тип IIb)	+	н/у
	Системная красная волчанка	+	н/у
	Антифосфолипидный синдром	–	–
	Вирусные инфекции	–	–
	Наркотическая тромбоцитопения	–	–
	Заболевания костного мозга	+	+
	Секвестрация селезенки	+	+
Примечание: н/у – не уточнено.			

Ведение рефрактерной ИТП во время беременности

Диагноз рефрактерной ИТП устанавливается при наличии следующих критериев: невозможность получения адекватного ответа после применения кортикостероидов, иммуноглобулинов, химиотерапии и выполнения спленэктомии. В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации гематологов, рефрактерность ИТП определяется отсутствием клинического эффекта после спленэктомии и не может быть диагностирована до нее. Рефрактерная ИТП характеризуется тяжелым течением, высоким риском развития или наличием кровотечений, постоянной потребностью в специфической терапии. Во время беременности наиболее оптимально осуществлять удаление селезенки на сроке 18-20 недель. Сохранение или усугубление тромбоцитопении в третьем триместре и непосредственно перед родоразрешением требует интенсификации программ терапии. В этой связи возможность применения нового препарата Эмаплаг («Юрия-Фарм»), который представляет собой rhTPO, существенно расширяет возможности терапии ИТП.

Выводы

Рефрактерная ИТП является редким заболеванием. В ряде случаев ее можно контролировать во время беременности путем интенсификации и модификации медикаментозного сопровождения, но геморрагические осложнения могут быть чрезвычайно опасными как для матери, так и для ребенка. Это требует досрочного родоразрешения, которое также ассоциировано с высоким риском появления и усугубления гематологических и акушерских осложнений. Ведение беременных с рефрактерной ИТП должно выполняться в соответствии с международными рекомендациями по лечению тромбоцитопении, с использованием всех разрешенных лекарственных средств.

Положительный результат в описанном клиническом случае был достигнут за счет использования всего арсенала препаратов, правильной тактики, щадящего проведения родоразрешения с профилактикой кровотечения – использование стратегии 4Т и адекватных доз транексамовой кислоты (Сангера) и rhTPO (Эмаплаг). Это была первая практика использования в Украине rhTPO Эмаплаг («Юрия-Фарм») для подкожного введения в послеродовом периоде у женщины с рефрактерной ИТП.

Список литературы находится в редакции.



Таблица 4. Последовательность подходов к лечению рефрактерной ИТП, диагностированной в третьем триместре беременности				
Неделя беременности	Линия терапии	Дозировка	Уровень тромбоцитов	Геморрагические симптомы
28	1 линия	Преднизолон 1 мг/кг в день	20 000	–
29	1 линия	Внутривенные иммуноглобулины 1 г/кг	5000	–
30	2 линия	Комбинированные кортикостероиды и внутривенные иммуноглобулины	5000-12 000-5000	–
31	2 линия	Комбинированные кортикостероиды и внутривенные иммуноглобулины rhTPO (элтромбопаг) Инфузия транексамовой кислоты (Сангера)	3000-5000	+
32	2 линия	rhTPO (элтромбопаг) Инфузия Инфузия транексамовой кислоты (Сангера)	2000 – единичные тромбоциты в мазке крови	+
33	2 линия	rhTPO (элтромбопаг) Азатиоприн	Единичные тромбоциты в мазке крови	+
Родоразрешение – плановое кесарево сечение (девочка массой 2300 г, ростом 44 см) Профилактика кровотечения (общая потеря крови 700 мл)				
Тонус	Ткань	Тромбин	Травма	
Карбетоцин после пережатия пуповины	Использование аргонплазменного коагулятора	4 дозы ТИТ Протромбиновый комплекс человека для внутривенного введения (Октаплекс в зависимости от массы тела в кг) Внутривенный иммуноглобулин (Октагам в зависимости от веса в кг) Инфузия эритроцитов	Разрез в нижнем маточном сегменте. Экстракция плода в неповрежденном амниотическом пузыре	
Послеродовый период				
Терапия		Уровень тромбоцитов	Геморрагические симптомы	
ТИТ + Сангера		Единичные в мазке крови	+	
Пульс-терапия + Сангера		Единичные в мазке крови	+	
Эмаплаг (300 ЕД/кг) + Сангера, ритуксимаб (1 р/нед)		Единичные/отсутствуют в мазке крови – 30 000	–	
			Тяжелого кровотечения из раны кесарева сечения не было	
			Тяжелого кровотечения из раны кесарева сечения не было	

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

ЮВІЛЕЙ

ДО ОБГОВОРЕННЯ МЕДИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ

Щодо зменшення одноразової допомоги лікарям, які вирішують працювати на первинній ланці та в сільській місцевості
І.В. Сисоєнко 6

КОНФЕРЕНЦІЯ

Т.А. Лавренко 20-21

По итогам научно-практической конференции с международным участием,
20 апреля, г. Харьков

Р.Ю. Гревцова, І.В. Сисоєнко, О.О. Рачук та ін. 46-48
За підсумками воркшопу, 12 червня, м. Київ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

За підсумками конференції товариства оториноларингологів України,
15-16 травня, м. Запоріжжя

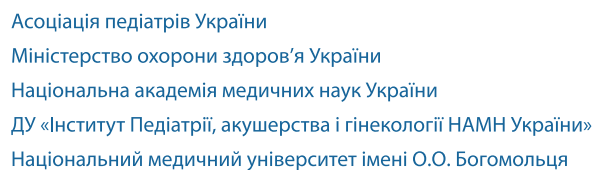
КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

Оценка влияния электронных систем доставки никотина на риск сердечно-сосудистых заболеваний на основе функции эндотелия и определяющих ее факторов
Е.А. Кваша, О.В. Срибная, И.П. Смирнова и др. 38-39

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ГЕПАТОЛОГІЯ

По итогам V научной сессии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»,
8-9 июня, г. Днепр

Т.И. Мальчевская, Ю.М. Степанов, В.А. Потабашный и др. 14-15
По итогам V научной сессии, 8-9 июня, г. Днепр



ХІ КОНГРЕС ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ «АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ»

10-12 жовтня 2017 рік, Київ



Найближчим часом буде надано 500 млн грн для збільшення медичної субвенції на фонд заробітної плати медикам

Про це 7 червня під час науково-практичної конференції з міжнародною участю «Первинна медична допомога: кращі практики сімейної медицини», яка відбулася в столичному Будинку кіно, повідомила Ірина Володимирівна Сисоєнко, народний депутат, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я.



«Із січня 2017 року я постійно наполягаю на збільшенні медичної субвенції на фонд оплати праці медичних працівників. Як відомо, після підвищення розміру мінімальної заробітної плати до 3200 грн виникли певні проблеми — «зрівнялівка», гострий дефіцит коштів на виплату заробітної плати, вимушене скорочення штатів. На жаль, медичні працівники фактично стали заручниками непродуманих дій з боку держави. Звісно, така ситуація — вагомий привід для обурення й обґрунтованої критики, однак це і стимул об'єднати зусилля, діяти заради змін на краще. Наразі боротьба за збільшення медичної субвенції на фонд оплати праці медичних працівників (а це майже 3 млрд грн) продовжується. Нещодавно біля стін уряду відбулися мітинги: виплати заробітної плати вимагали працівники служби екстреної медичної допомоги Київщини, підтримали пікет і лікарі м. Житомира. Врешті-решт Міністерство охорони здоров'я та Міністерство фінансів почули медиків: найближчим часом буде надано 500 млн грн для збільшення медичної субвенції на фонд заробітної плати. Проте цього замало. Аби забезпечити виплати заробітної плати фахівцям охорони здоров'я до кінця поточного року, необхідно значно більше коштів.

Саме медична спільнота, у першу чергу сімейні лікарі, повинні стати союзниками й надійними партнерами уряду та членів профільного Комітету в процесі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Та жодних змін не відбудеться, якщо не вдасться створити належні умови для роботи медиків. На жаль, досить часто обіцянки представників влади — лише популізм та гучні гасла, що ніколи не трансформуються в конкретні справи. Особисто я переконана: формувати нові умови для роботи лікарів, вирішувати організаційні та управлінські питання, зобов'язувати державу здійснювати належне фінансування слід законами України, тож першочергова мета на сьогодні — створення належного законодавчого базису. Я докладатиму максимум зусиль, щоб забезпечити захист медичних працівників на рівні законів», — запевнила Ірина Володимирівна.

Триває обговорення законопроекту «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини»

Піроку тому народний депутат І.В. Сисоєнко звернулася до членів НАМН України, співробітників Інституту сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика, представників Асоціації сімейної медицини з пропозицією розробити законопроект щодо розвитку первинної медичної допомоги. Наразі проект документа підготовлено; з його ключовими тезисами учасників конференції «Первинна медична допомога: кращі практики сімейної медицини» ознайомив Олег Григорович Шекера, директор Інституту сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Закон України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» визначає правові, організаційні, економічні та соціальні механізми забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, первинною медичною допомогою, встановлює засади функціонування та розвитку сімейної медицини.

Законопроект містить десять розділів («Загальні положення», «Державна політика у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини», «Організація надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини», «Порядок взаємодії суб'єктів первинної медичної допомоги з закладами охорони здоров'я, що надають інші види медичної допомоги населенню», «Права та обов'язки пацієнтів», «Освіта та наука у сфері первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини», «Участь



громадськості у сфері первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та міжнародне співробітництво» тощо).

Деякі з положень законопроекту:

- Держава гарантує безоплатне надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.
 - Функціонування сімейної медицини базується на:
 - **вільному виборі** суб'єкта надання первинної медичної допомоги, усвідомленому виборі методів профілактики, діагностики, лікування захворювань відповідно до його рекомендацій;
 - **відповідальності** пацієнта та членів його сім'ї за стан власного здоров'я, достовірне і своєчасне інформування спеціалістів сімейної медицини про його зміни.
 - Основні засади сімейної медицини: сімейний підхід, орієнтованість на пацієнта, профілактична спрямованість, доступність, рівність і недискримінація, багатопрофільність, безперервність, довготривалість, координація.
 - Пропонується виділити такі види первинної медичної допомоги: первинна долікарська; первинна лікарська; первинна спеціалізована.
- «Я закликаю профільних фахівців долучитися до обговорення цього законопроекту в рамках більш широкого форуму. Важливо, аби саме практичні лікарі озвучили власне бачення щодо того, за якою моделлю повинна функціонувати первинна ланка», — резюмувала І.В. Сисоєнко.**

Підготувала **Ольга Радучич**

І.В. Сисоєнко, народний депутат України, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

Щодо зменшення одноразової допомоги лікарям, які вирішують працювати на первинній ланці та в сільській місцевості

18 травня уряд ухвалив постанову № 335 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України», якою внесено зміни до постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 11 травня 2011 р. № 524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери».

Відповідно до цих змін випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямками і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілю та уклали на строк ≥3 роки договір про роботу в закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості та селищах міського типу, а також про роботу в інших закладах охорони здоров'я на посадах лікарів загальної практики (сімейних лікарів), дільничних лікарів-педіатрів і лікарів-терапевтів, одноразова адресна грошова допомога надаватиметься в **п'ятикратному розмірі прожиткового мінімуму для працездатних осіб, а не в п'ятикратному розмірі мінімальної заробітної плати.**

Тобто з 1 січня 2017 р. у численних документах зміниться термін «мінімальна заробітна плата» на формулювання «прожитковий мінімум для працездатних осіб, установленний на 1 січня календарного року».

Це означає, що вищезазначені категорії випускників отримають удвічі менше обіцяного, оскільки мінімальна заробітна плата з 1 січня 2017 року становить 3200 грн, а мінімальний прожитковий мінімум — 1600 грн.

Але чи це провина лише КМУ?

Ще в грудні 2016 р. Верховна Рада України ухвалила зміни до ч. 6 ст. 96 Кодексу Законів про працю та ч. 6 ст. 6 Закону України «Про оплату праці». Саме ці статті викладено в новій редакції: «Мінімальний посадовий оклад (тарифна ставка) встановлюється у розмірі, не меншому за прожитковий мінімум, встановлений для працездатних осіб, встановлений на 1 січня календарного року».

На мою думку, такий виклад не відповідає положенням ч. 1 ст. 8 та ч. 4 ст. 43 Конституції України.

Із 29 березня 2017 р. на розгляді в Конституційному Суді знаходиться моє конституційне подання, яке підписали ще 46 народних депутатів.

Тож чекаємо на результат!

Шановні медики!
Щиро вітаю Вас із професійним святом —

Днем медичного працівника!

Немає шляхетнішого і водночас більш відповідального життєвого призначення, аніж професія лікаря. Щодня та щогодини Ви створюєте маленькі дива — рятуєте життя та зберігаєте здоров'я пацієнтів, допомагаєте діткам з'явитися на світ, даруєте радість гарної посмішки й хорошого зору, надію на одужання...

Фаховість та майстерність українських лікарів уже давно отримали «безвізовий режим» і визнання у всьому світі. Ви, безсумнівно, заслуговуєте на такий самий рівень життя, як і європейські та американські колеги.

Тому ми, законодавці, працюємо над цим. Нещодавно затверджено довгоочікуваний закон про автономізацію, який сприятиме докорінним змінам у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Наразі ключове завдання держави — забезпечити належний захист життя і здоров'я медиків під час виконання ними професійних обов'язків, своєчасну виплату заробітної плати, ліквідацію «зрівнялівки», підвищити престиж професії, створити підґрунтя для імплементації вже затверджених законів, аби реформаторські кроки не залишилися рядками на папері, а дійсно втілювалися в життя.

Цього прекрасного літнього дня я бажаю всім представникам медичної спільноти миру, сімейного затишку, щастя, кохання, взаєморозуміння, натхнення, ентузіазму на професійній ниві, унікального досвіду та невичерпної енергії. Разом переможемо. Українській медицині бути!

З повагою, Ірина Володимирівна Сисоєнко,
народний депутат, заступник голови Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я

ЗМІСТ

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакотерапії, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря

Л.С. Бабінець 44

За матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, 16-17 травня, м. Тернопіль

Цефподоксиму проксетил у лікуванні загострень хронічних бронхітів

Т.А. Титова 45

За підсумками науково-практичної конференції, 7-8 червня, м. Київ

АЛЕРГОЛОГІЯ

Ефективність левоцетиризину порівняно з лоратадином у лікуванні алергічного риніту: метааналіз

Р. Мосгес, В. Кьоніг, Й. Коберлайн 19

Алергологія • Дайджест 21, 27

Рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности цетиризина и лоратадина в лечении сезонного аллергического ринита у детей 27

ГІНЕКОЛОГІЯ

Современные подходы к коррекции тромбоцитопении во время гестации и в послеродовом периоде

Ю.В. Давыдова, А.Ю. Лиманская, А.А. Огородник и др. 3-4

УРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ

Современные возможности лечения нефрологической патологии с точки зрения специалистов разного профиля

М.Н. Долженко, Д.Г. Рекалов, Д.Д. Иванов и др. 32-33

По итогам научного симпозиума, 19 мая, г. Львов

Преимущество использования препарата на основе экстракта ЗОЛОТАРНИКА в комплексном лечении рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей 49

ХІРУРГІЯ

К вопросу о реабилитации пациентов после хирургического вмешательства

М.А. Гулий 43

Пятая Международная Летняя Академия Практической Дерматологии в Мюнхене (ISA 2017)



Дорогие друзья!

Организация Групповых туров на участие в различных профессиональных событиях за рубежом — уникальная, чрезвычайно важная и ответственная инициатива образовательной платформы Medical Knowledge Hub.

Основной идеей организации таких туров является предоставление новых возможностей практикующим врачам, в том числе участие в интересных образовательных конференциях и конгрессах, проводимых в других странах, а также обучение, приобретение знаний европейского уровня, общение и обмен опытом.

Если Вы хотите развиваться и получать новые знания из первых рук, мы с радостью приглашаем Вас присоединиться к уникальному групповому туру дерматологов в Мюнхен, на участие в Летней Школе Практической Дерматологии ISA 2017 (25-29 июля) по специальной цене с синхронным переводом на русский!



 **Medical Knowledge Hub** | **Dermatology**

 www.uadv.org.ua/
 <https://www.facebook.com/MedKnowHub/>
 info.medknowhub@gmail.com
 координатор тура: 093 272 35 09

ОРГАНИЗАТОР КОНФЕРЕНЦИИ



Dermatology



KDD 2017

13-е КИЕВСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДНИ

11-13 октября



Київ, Нагорная 10, оф.1
(044) 353-11-77
info.medknowhub@gmail.com
 [facebook.com/MedKnowHub](https://www.facebook.com/MedKnowHub/)

Всемирный день борьбы с воспалительными заболеваниями кишечника: заседание общества гастроэнтерологов г. Киева

19 мая – Всемирный день борьбы с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Впервые идея организации данного мероприятия возникла в 2010 году на ежегодной конференции DDW (Digestive Disease Week), проходящей в США. С 2012 года, благодаря усилиям Европейской федерации ассоциаций болезни Крона (БК) и язвенного колита (EFCCA), этот день проводят и в Европе. В этом году к упомянутой традиции присоединилась и Украина. С мая по июнь в 21 городе нашей страны состоялись заседания областных и городских гастроэнтерологических обществ, посвященных проблеме ВЗК.

Символом поддержки более чем 5 млн пациентов с ВЗК во всем мире является фиолетовая лента. Для привлечения внимания к проблеме ВЗК организаторы подсвечивают фиолетовым цветом известные архитектурные достопримечательности больших городов, а также проводят различные образовательные и спортивные мероприятия. Одним из главных событий, приуроченных ко Всемирному дню борьбы с ВЗК в Украине, стало заседание Киевского общества гастроэнтерологов с участием колопроктологов и эндоскопистов, состоявшееся 19 мая в театральной мастерской «Сузір'я».



Доцент кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидат медицинских наук Игорь Ярославович Лопух выступил с докладом «Стандартная терапия воспалительных заболеваний кишечника», в котором осветил роль препаратов 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) и кортикостероидов.

— В настоящее время базисной терапией ВЗК являются препараты 5-АСК и кортикостероиды. В случае неэффективности терапии первой линии пациентам назначают иммуномодуляторы и биологические препараты.

При использовании 5-АСК у пациентов с язвенным колитом (ЯК) наиболее эффективным является комбинированное применение различных форм для перорального приема суппозитория или клизм 5-АСК. В случае проктита целесообразно начинать терапию с назначения суппозитория, а при недостаточной эффективности включать в лечение ректальную суспензию. При распространенном ЯК используется тот же принцип, однако лекарственные средства назначаются в более высоких дозах. Следует отметить, что схема приема препаратов 5-АСК однократно так же эффективна, как и их дробное применение в течение суток. Эффективность препаратов 5-АСК зависит от достижения терапевтических концентраций в слизистой оболочке кишечника. При выборе препарата наиболее важными аспектами являются профиль pH-зависимого высвобождения и, соответственно, распределение действующего вещества в кишечнике. В ряде исследований было доказано, что чем выше топическая концентрация месалазина в слизистой оболочке, тем эффективнее поддерживается клиническая и гистологическая ремиссия ЯК. В связи с этим актуальным является применение инновационных гранулированных форм месалазина, которые обеспечивают прохождение барьера соляной кислоты желудка и постепенное высвобождение действующего вещества в кишечнике.

При тяжелом течении ЯК пациент нуждается в госпитализации и назначении системной терапии кортикостероидами. Оценку эффективности системного назначения кортикостероидов проводят через 3-4 дня после госпитализации. При отсутствии положительной динамики следует рассмотреть возможность проведения колэктомии. Однако в настоящее время у врачей появилась возможность более раннего назначения биологических препаратов, что может позволить избежать проведения операции с инвалидизирующими последствиями.

Следует подчеркнуть важность препаратов 5-АСК для поддержания ремиссии у пациентов с ЯК. Основной целью длительной поддерживающей терапии 5-АСК является сохранение ремиссии без приема глюкокортикостероидов. Кроме того, терапию препаратами 5-АСК рекомендуется продолжать как можно дольше, поскольку она оказывает протекторный эффект в отношении развития колоректального рака у больных с ЯК.

Как уже было отмечено, стартовой терапией при БК являются топические кортикостероиды. При неэффективности последних пациентам назначается терапия системными кортикостероидами и биологическими препаратами. При высокой степени активности заболевания рекомендовано начинать лечение с терапии системными кортикостероидами либо с биологических препаратов.

Несмотря на значительные достижения в терапии пациентов с ЯК и БК, перед медицинским сообществом остается ряд нерешенных задач, которые широко обсуждаются во всем мире. К ним относятся:

- эффективное и прогнозируемое достижение и поддержание стойкой клинической и эндоскопической ремиссии;
- снижение частоты госпитализаций и оперативных вмешательств;
- улучшение качества жизни;
- терапия внекишечных проявлений заболевания.

В случае неэффективности стандартной терапии рекомендуется использовать препараты для биологической терапии.

На международных гастроэнтерологических конгрессах подчеркивается, что именно биологическая терапия лидирует в лечении ВЗК. Современным биологическим препаратом с доказанной эффективностью является ведолизумаб, наиболее важная отличительная черта которого — селективное действие в кишечнике, что обеспечивает благоприятный профиль безопасности его применения.



Член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталья Вячеславовна Харченко посвятила свое выступление инновациям в терапии ВЗК.

— Продолжая тему инновационных методов терапии ВЗК, невозможно обойти биологическую терапию, к которой относят лечение биологически активными молекулами, чье действие направлено против структур участвующих во взаимодействиях иммунных клеток. Следует подчеркнуть, что биологическая терапия уже стала широко распространенным методом лечения ЯК и БК. Пристальное внимание медицинской общественности к разработке и испытаниям биологических препаратов не удивительно, поскольку такая терапия позволяет снизить риск проведения хирургических вмешательств с инвалидизирующими последствиями, значительно ухудшающими качество жизни пациентов с ВЗК.

Самой первой группой биологических препаратов, используемых в лечении ВЗК, стали ингибиторы фактора некроза опухоли (ФНО-α). К сожалению, они позволяют достичь и поддерживать ремиссию не у всех пациентов. Кроме того, при их использовании может наблюдаться т. н. субоптимальная терапия, т. е. терапия с недостаточной эффективностью. Более 60% пациентов с ЯК и БК имеют ≥1 признак субоптимальной терапии ингибиторами ФНО-α. В некоторых случаях добиться результативности терапии можно за счет увеличения дозы препарата либо включения в схему лечения дополнительного лекарственного средства. Однако подобная тактика может сопровождаться повышением частоты побочных эффектов, особенно при использовании таких средств, как ингибиторы ФНО-α, отличительной чертой которых является системное действие в организме пациента.

Таким образом, по-прежнему сохраняет актуальность задача повышения эффективности и безопасности терапии ВЗК. Важными шагами для ее решения стали разработка, клинические испытания и вывод на фармацевтический рынок нового препарата биологической терапии — ведолизумаба, который представляет собой гуманизированные моноклональные антитела, селективно связывающиеся с αβ7-интегрином, блокируя таким образом миграцию лейкоцитов в зону воспаления и препятствуя развитию хронического воспалительного процесса в кишечнике. Такое селективное в отношении кишечника действие ведолизумаба позволяет сочетать эффективность с благоприятным профилем безопасности.

По данным исследования J.F. Colombel и соавт. (2016), профиль безопасности ведолизумаба значимо не отличается от такового плацебо. У пациентов, получавших ведолизумаб, не наблюдалось повышенного риска развития оппортунистических инфекций, что обусловлено отсутствием у данного препарата системной иммуносупрессивной активности. Ведолизумаб вводится внутривенно в дозе 300 мг в течение 30-60 мин. В фазе индукции ведолизумаб вводится на 0, 2 и 6-й неделях. В фазе поддерживающей терапии ведолизумаб вводят каждые 8 нед.

В настоящее время накоплена значительная доказательная база, подтверждающая эффективность и безопасность ведолизумаба. Препарат эффективен и хорошо переносится пациентами с тяжелым и среднетяжелым течением ЯК и БК, что позволяет рассматривать его в качестве средства первой линии биологической терапии.



Ассистент кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика Сергей Валериевич Музыка рассказал о роли эндоскопии в лечении ВЗК.

— Основными задачами проведения эндоскопии при комплексном обследовании пациента с симптомами ВЗК являются:

- установление/уточнение диагноза;
- оценка эффективности лечения;
- проведение онкологического скрининга.



В рекомендациях Европейской организации болезни Крона и язвенного колита (ЕССО) подробно описаны наблюдаемые при эндоскопии изменения слизистой оболочки кишечника, которые позволяют диагностировать ВЗК. Однако в некоторых клинических ситуациях у пациента может наблюдаться хроническая диарея при отсутствии видимых изменений слизистой оболочки кишечника. В таких случаях необходимо исключить т. н. микроскопический колит. Данная патология встречается достаточно редко, но должна учитываться при установлении диагноза. Согласно рекомендациям Американского общества гастроинтестинальной эндоскопии диагностическая ценность колоноскопии в установлении причин диареи невысока и составляет 7-22%. У пациентов с диареей неизвестной этиологии рекомендуется проведение биопсии, забор образцов должен производиться из разных отделов кишечника. При обследовании пациента следует принимать во внимание анамнез, в частности использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Видимое при эндоскопии воспаление слизистой оболочки может быть обусловлено не только развитием ВЗК, но и другими этиологическими факторами: лучевым, ишемическим, медикаментозным, инфекционным.

Согласно рекомендациям ЕССО у пациента с симптомами ВЗК эндоскопию следует проводить до начала лечения, поскольку воздействие топической противовоспалительной терапии может приводить к изменениям слизистой оболочки, осложняющим эндоскопическую диагностику ЯК. Относительно необходимости проведения верхней эндоскопии у пациентов с ВЗК четкие рекомендации отсутствуют. Верхняя эндоскопия, безусловно, целесообразна при наличии симптомов поражения верхних отделов ЖКТ, например, при болях, характерных для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

К сожалению, не существует четких диагностических признаков, позволяющих гарантированно дифференцировать БК и ЯК. Наиболее характерным признаком, позволяющим отличить БК и ЯК, является прерывистость поражения. Так, для БК характерно сегментарное поражение слизистой оболочки (очаги поражения чередуются с неизмененными тканями), а для ЯК — непрерывное. Обязательный компонент диагностики ВЗК — проведение биопсии подвздошной кишки и еще 5 отделов толстого кишечника.

Проведение повторной эндоскопии у пациента с ВЗК рекомендовано в следующих случаях:

- для уточнения диагноза;
- при возникновении новых симптомов заболевания;
- для определения необходимости хирургического лечения;
- для оценки результатов хирургического лечения.

Если пациент с ВЗК находится в состоянии ремиссии, то при отсутствии каких-либо симптомов проведение эндоскопии не является обязательным в течение первых 8 лет от начала заболевания. По завершении 8-летнего периода эндоскопию следует проводить ежегодно с целью скрининга, так как на этом этапе у пациентов с ВЗК возрастает риск развития колоректального рака. Во время повторной эндоскопии врач оценивает распространенность и активность поражения, а также проводит биопсию подозрительных участков слизистой оболочки кишечника.

Диагностика рака кишечника у пациентов с ВЗК осложнена тем, что у них данная патология развивается не из аденомы, а из воспаленной слизистой кишечника, аналогично происходит развитие рака желудка на фоне гастрита. Таким образом, при проведении эндоскопии необходимо выявлять очаги дисплазии слизистой оболочки, которая является предраковым состоянием. К наиболее эффективным методам выявления дисплазии относятся колоноскопия высокого разрешения и хромоэндоскопия.

Подготовил **Игорь Кравченко**

Статья опубликована при содействии ООО «Такеда Украина».

UA/IBDD/0617/0009

«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. Венцовский**, 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
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова
- В.И. Паньків**, 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
- 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

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Татьяна Черкасова
ДИРЕКТОР ПО РАЗВИТИЮ	Людмила Жданова
ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР	Эльвира Сабадаш
ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	Лариса Стороженко
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР	Алексей Терещенко
МЕДИЦИНСКИЕ РЕДАКТОРЫ	Ольга Радучич
	Игорь Кравченко
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ	Галина Теркун
	Оксана Шедова
	Людмила Центило
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Лина Арсенюк
ДИЗАЙНЕРЫ	Наталья Дехтярь
	Олег Смага
	Татьяна Зайчук
	Ирина Гарнатко
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	Наталья Семенова
ВЕДУЩИЕ МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	Инна Головка
	Юлия Башкирова
	Зоя Маймескул
МЕНЕДЖЕРЫ	Мирослава Табачук
	Анна Дребот
АССИСТЕНТЫ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	Леся Иванченко
	Ивалин Крайчев
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	Сергей Бадеха
ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР	

Свидетельство КВ №15650-4122П 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 «Юнивест-Принт», г. Киев-54, ул. Дмитриевская, 44-б.

Подписана в печать 29.06.2017 г.
Заказ 29062017. Тираж **33 000** экз.

Тираж с 15.08.2014 г. и 8700 электронных адресов (дата госрегистрации с 02.01.2012 г.).

Здоров'я України^{С R}
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Передплатити наші видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» чи в редакції Видавничого дому «Здоров'я України».

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку. При оплаті в призначенні платежу вказати обране видання та термін передплати;
- надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- повідомити адресу доставки у зручний для Вас спосіб: тел./факс відділу передплати: **+380 (44) 364-40-28**; поштою: **Видавничий дім «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2**, електронною поштою: **podpiska@health-ua.com**

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»

Нове в медицині та медичній практиці.

Передплатний індекс – **35272**

Періодичність виходу – 2 рази на місяць / 24 рази на рік

Вартість редакційної передплати:

- на 3 місяці – 270 грн;
- на 6 місяців – 540 грн;
- на 12 місяців – 1080 грн.

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «Рекламне Агентство «Здоров'я України»

03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.

e-mail: podpiska@health-ua.com

ЄДРПОУ 39530644, р/р 26000053169370

у ПАТ «Приватбанк», МФО 321842

Тематичні номери

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»

Передплатний індекс – **89326**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Передплатний індекс – **37635**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»

Передплатний індекс – **37632**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»

Передплатний індекс – **37639**

Періодичність виходу – 6 разів на рік

Вартість передплати на рік – 300 грн,

на півріччя – 150 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Передплатний індекс – **37633**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»

Передплатний індекс – **37634**

Періодичність виходу – 5 разів на рік

Вартість передплати на рік – 250 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Педіатрія»

Передплатний індекс – **37638**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»

Передплатний індекс – **37631**

Періодичність виходу – 3 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»

Передплатний індекс – **49561**

Періодичність виходу – 4 рази на рік

Вартість передплати на рік – 200 грн,

на півріччя – 100 грн

«Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Урологія, нефрологія, андрологія»

Передплатний індекс – **86683**

Періодичність виходу – 3 рази на рік

Вартість передплати на рік – 150 грн

Журнал «Серцева недостатність»

Передплатний індекс – **49291**

Періодичність виходу – 3 рази на рік

Вартість передплати на рік – 150 грн

НАШІ РЕКВІЗИТИ:

ТОВ «Агентство «Медичний проект «Здоров'я України»

03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.

Тел/факс відділу передплати +380(44) 364-40-28 (29);

e-mail: podpiska@health-ua.com

ЄДРПОУ 40250878, р/р 26002053157539

в ПАТ «Приватбанк», МФО 321842

НАША АДРЕСА:

Видавничий дім

«Здоров'я України»,

03035, м. Київ,

вул. Механізаторів, 2

Відділ передплати:

тел.: + 380 (44) 364-40-28,

e-mail: podpiska@health-ua.com

www.health-ua.com

Унифицированные европейские рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита — руководство к действию для врачей Украины

Советовать можно лишь в деле,
в котором сам собираешься участвовать.
Гете



Н.Б. Губергриц

1 марта 2017 г. в европейской медицине произошло значимое событие, которое окажет принципиальное влияние на уровень, качество, а также эффективность диагностики и лечения хронического панкреатита (ХП) во всех странах Европы, в т. ч. в Украине. Речь идет об Унифицированных европейских рекомендациях по диагностике и лечению этого распространенного заболевания, имеющего большое медико-социальное значение [127].

В создании рекомендаций в составе группы европейских экспертов принимали участие два специалиста из Украины: президент Украинского клуба панкреатологов, профессор Н.Б. Губергриц (подгруппа по диагностике и лечению внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы — ВНПЖ) и директор ГП «Государственный научно-исследовательский центр по проблемам гигиены питания МЗ Украины», кандидат медицинских наук, доцент О.В. Шве́ц (подгруппа по питанию). Так что выбор эпиграфа к статье не был случайным — автор принимала участие в создании рекомендаций и, конечно, будет активно участвовать в их внедрении в отечественную медицинскую практику.

Общая цель представленного документа — создание научно обоснованных рекомендаций для диагностики и консервативного, эндоскопического и хирургического лечения ХП, в которых особое внимание уделяется диагностике и лечению ВНПЖ как основному синдрому заболевания. Одна из конкретных задач — рассмотреть информативность функциональных тестов поджелудочной железы (ПЖ): анализа на фекальную эластазу-1 (ФЭ-1), триглицеридного дыхательного теста (МТГ-ВТ) и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии с введением секрета. Наконец, еще одним объектом изучения в клинических рекомендациях стали мальнутриция как следствие ВНПЖ и заместительная терапия препаратами ферментов ПЖ (ЗТФПЖ), необходимая при ВНПЖ.

До появления Унифицированных европейских рекомендаций в ряде европейских стран (Испания, Италия, Германия и др.) были созданы национальные рекомендации по диагностике и лечению ХП. Такие рекомендации были опубликованы и в Украине [1, 3]. Во всех странах эти рекомендации имели принципиальное сходство, но были все же и некоторые различия. Постепенно назрела необходимость разработки единой стратегии диагностики и лечения ХП. Рабочая группа по «Унификации принципов диагностики и лечения хронического панкреатита в Европе» (HaPanEU) в сотрудничестве с Объединенной европейской гастроэнтерологической ассоциацией (United European Gastroenterology — UEG)

разработала Европейские рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины. 12 междисциплинарных групп экспертов осуществили систематические обзоры научной литературы по 12 темам с целью получить ответы на 101 предварительно сформулированный клинический вопрос. Рекомендации классифицировались с использованием общепринятой системы оценки, разработки и изучения рекомендаций, а ответы оценивались всей экспертной группой по методу Delphi в режиме онлайн. После заключительного этапа внесения поправок, выполненных на основе этих замечаний, был составлен проект документа, который был отослан внешним рецензентам. В целом работа над Европейскими рекомендациями, начиная с первого совещания экспертов на встрече Европейского клуба панкреатологов в Цюрихе в 2013 г. и заканчивая публикацией в марте 2017 г., продолжалась 3 года.

Систематический поиск соответствующих статей был выполнен с использованием баз данных PubMed, Embase и Cochrane. Критерии включения:

- рандомизированные или обсервационные когортные исследования, в т. ч. систематические обзоры по ХП, а также посвященные конкретным вопросам, входящим в HaPanEU;
- исследования, опубликованные на английском языке;
- исследования, доступные в полнотекстовом варианте. Если экспертные группы могли переводить неанглоязычные публикации, это поощрялось и рекомендовалось.

Критерии исключения:

- нерандомизированные исследования с участием менее 20 пациентов ввиду возможной ошибки отбора;
- исследования пациентов с «обострением ХП»;
- нерандомизированные исследования, проведенные до 2004 г. Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), проведенные до 2004 г., могли исключаться только в том случае, если, по мнению рецензентов, они не соответствовали современной медицинской практике. Рекомендации базируются на результатах около 700 исследований.

Формат рекомендаций состоит из вопроса, утверждения, уровня его доказательности и степени убедительности

(«силы») рекомендации, также указывается процентный показатель согласия с окончательным вариантом всей группы экспертов. За утверждениями следуют уточняющие комментарии, составленные каждой рабочей группой и рассмотренные всем научным советом (исполнительным комитетом). Кроме того, были учтены соответствующие замечания и предложения, высказанные членами общей группы экспертов.

Полный текст рекомендаций опубликован на сайте Украинского клуба панкреатологов pancreatology.com.ua, в данной же статье представлены только основные положения, касающиеся дефиниции, причин, диагностики и лечения ВНПЖ.

После комментариев европейской группы экспертов автор настоящей статьи дала свои комментарии, представляющие интерес для практикующих врачей Украины, а также комментарии, в которых перечислены отличия Европейских рекомендаций от точки зрения американских врачей по лечению ВНПЖ, представленной в статье M.R. Struyvenberg и соавт. [123].

Итак, начнем с дефиниции ВНПЖ согласно Европейским рекомендациям [127].

Вопрос 3-1. Каково определение ВНПЖ?

Утверждение 3-1. Под ВНПЖ понимают недостаточную секрецию ферментов ПЖ (функция ацинарных клеток) и/или бикарбоната натрия (протоковая функция). (**GRADE1A, высокая согласованность.**)

Вопрос 3-2. Каковы клинические последствия панкреатической недостаточности разной степени тяжести?

Утверждение 3-2. Учитывая большие резервы ПЖ, «легкая» и «умеренная» экзокринная недостаточность могут быть компенсированы самим организмом, а явная стеаторея возникает только тогда, когда секреция панкреатической липазы снижается до <10% от нормы («тяжелая» / «декомпенсированная» недостаточность). Однако пациенты с «компенсированной» ВНПЖ также имеют повышенный риск дефицита нутриентов (в частности, дефицита жирорастворимых витаминов с соответствующими клиническими последствиями). (**GRADE1B, высокая согласованность.**)

Комментарии 3-1 и 3-2. Легкой ВНПЖ считают сниженную секрецию одного или нескольких ферментов на фоне нормальной концентрации бикарбонатов в содержимом двенадцатиперстной кишки и нормальной экскреции жира с калом; умеренную ВНПЖ диагностируют при сниженных продукции ферментов и концентрации бикарбонатов, но при нормальной экскреции жира с калом. ВНПЖ тяжелой степени

определяют при сниженной продукции ферментов и бикарбонатов на фоне стеатореи [63].

Стеаторея и азоторея при тяжелой ВНПЖ развиваются уже тогда, когда экзокринная функция ПЖ (главным образом продукция липазы и трипсина) снижается больше чем на 90% [29, 66]. Пациенты со стеатореей обычно жалуются на потерю веса и повышенную частоту стула, причем он обильный, имеет жирный блеск, трудно смывается с унитаза (в основном такой стул после еды с высоким содержанием жиров). Поскольку стеаторея возникает после еды, то при потреблении пищи с нормальным содержанием жира она наблюдается, как правило, 2-3 раза в день [59, 76]. Клинические симптомы и признаки дефицита микроэлементов из-за нарушенной абсорбции жирорастворимых витаминов включают: дефицит витамина К — экхимозы из-за нарушения свертывания крови; дефицит витамина Е — атаксия, периферическая нейропатия; дефицит витамина А — нарушение зрения, ксерофтальмия; дефицит витамина D — мышечные сокращения или спазмы, остеомалация и остеопороз. Дальнейшие клинические последствия ВНПЖ могут включать гипероксалурию, оксалатные камни в почках, почечную недостаточность, нарушение когнитивной функции и, следовательно, снижение работоспособности (с последующим нарушением материального статуса) и общего качества жизни [9, 46, 59, 76, 120].

Несмотря на то что стеаторею обычно считают наиболее серьезным клиническим проявлением ВНПЖ, некоторые исследования показали снижение абсорбции жирорастворимых витаминов даже у пациентов с легкой и умеренной экзокринной недостаточностью [4, 5, 10, 11]. Важно отметить, что после исключения пациентов со стеатореей (т. е. с тяжелой ВНПЖ) было обнаружено, что значительно сниженные уровни ФЭ-1 хорошо коррелируют с низким уровнем витамина D₃ у пациентов с переломом вследствие остеопороза [65]. Соответственно, легкая и умеренная экзокринная недостаточность также, по-видимому, имеют клиническое значение.

Комментарии Н.Б. Губергриц. «Во главу угла» в определении ВНПЖ в Европейских рекомендациях поставлено снижение продукции панкреатических ферментов и лишь на втором («необязательном») месте указано снижение продукции бикарбонатов. Причем при объяснении степеней выраженности ВНПЖ также вначале указано на снижение продукции одного или нескольких ферментов, затем присоединяется снижение продукции бикарбонатов, и только потом развивается стеаторея (при продукции липазы не более 10%

от нормы). Следует отметить, что в оригинале статьи M.R. Struyvenberg и соавт. также указано на то, что ВНПЖ — это в первую очередь снижение продукции ферментов и только в более тяжелых случаях — и бикарбонатов. Мальабсорбция жиров и стеаторея развиваются при снижении продукции липазы до уровня 5-10% от нормы [123]. В переводном варианте статьи M.R. Struyvenberg и соавт. указано (вероятно, из-за ошибки переводчика), что снижение продукции ферментов на 5-10% уже вызывает стеаторею, снижение массы тела [122]. Это принципиально неправильно, а нам нужно следовать Европейским рекомендациям или оригиналу американской статьи.

M.R. Struyvenberg и соавт. говорят как о мифе, что ВНПЖ развивается при снижении экзокринной функции ПЖ на $\geq 90\%$, после чего приводят аргументы, опровергающие этот миф [122, 123]. Действительно, при снижении внешнесекреторной функции ПЖ на $\geq 90\%$ развиваются не ВНПЖ, а стеаторея и азоторея, т. е. тяжелая степень ВНПЖ, на что четко указано в Европейских рекомендациях с логичным объяснением постепенного снижения функции ПЖ и необходимости ранней диагностики ВНПЖ для своевременного назначения лечения.

Перейдем к причинам ВНПЖ, изложенным в Европейских рекомендациях [127].

Вопрос 3-3. Каковы основные причины ВНПЖ?

Утверждение 3-3. Основными причинами ВНПЖ являются утрата паренхимы ПЖ, обструкция главного протока ПЖ, сниженная стимуляция экзокринной ткани ПЖ и инактивация панкреатических ферментов. **(GRADE1B, высокая согласованность.)**

Комментарии. ВНПЖ развивается в результате уменьшения объема функционирующей ткани ПЖ и наблюдается у пациентов с ХП и другими заболеваниями, включая тяжелый острый панкреатит, карциному ПЖ, муковисцидоз и частичную или полную хирургическую резекцию ПЖ (первичная ВНПЖ) [82]. Другими возможными причинами ВНПЖ являются обструкция главного протока ПЖ, снижение стимуляции ПЖ или подавление экзокринной функции, вызванное эндокринными опухолями или медикаментозным лечением (вторичная ВНПЖ) [82]. На фоне ХП ВНПЖ развивается в результате прогрессирующего уменьшения объема функционирующей ткани ПЖ, что приводит к недостаточной секреции пищеварительных ферментов в двенадцатиперстную кишку [110]. ХП является наиболее частой причиной развития ВНПЖ: так, в группе пациентов с ХП (без применения каких-либо критериев исключения) экзокринная функция ПЖ оказалась снижена примерно на 50-80% по сравнению со здоровыми добровольцами [77]. К другим относительно распространенным заболеваниями, при которых вследствие уменьшения объема функционирующей паренхимы развивается ВНПЖ, относят карциному ПЖ и резекцию ПЖ в анамнезе у взрослых [81] или муковисцидоз у детей [71]. Почти у 90% пациентов после перенесенного панкреонекроза также развивается ВНПЖ, причем развитие экзокринной недостаточности четко коррелирует с объемом некроза ПЖ [12]. В то же время ВНПЖ также наблюдается на ранней стадии реконвалесценции после перенесенного острого панкреатита; в частности,

патологические результаты анализа на ФЭ-1 обнаруживают у 12% пациентов как с легким, так и с тяжелым острым панкреатитом, причем эти результаты существенно зависят от этиологии заболевания [101].

Даже у пациентов с нормальным функциональным (секреторным) резервом ПЖ ВНПЖ может быть вызвана обструкцией главного протока ПЖ вследствие доброкачественных или злокачественных заболеваний [59, 76]. Снижение эндогенной стимуляции, которое имеет место при целиакии, сахарном диабете (СД), воспалительных заболеваниях кишечника, а также после перенесенной операции на пищеварительном тракте, может вызывать или играть определенную роль в развитии ВНПЖ [53, 59]. ВНПЖ выявляется примерно у 50% пациентов с инсулин-зависимым СД и у 30-50% пациентов с инсулин-независимым СД [57, 58, 60, 72, 75, 129] из-за атрофии экзокринной ткани ПЖ [80]. Исследования, в которых использовались данные пациентов из реестров без применения каких-либо критериев исключения и менее чувствительные методы исследования функционального состояния ПЖ, указывают на более низкую частоту развития ВНПЖ, а именно: 26% при инсулин-зависимом и 12% при инсулин-независимом СД [73, 84, 85].

Нарушение функции ПЖ часто наблюдается после частичной или полной гастрэктомии [33, 54, 69, 87], и развивается оно вследствие различных причин, например неполноценного расщепления нутриентов, нарушения процесса опорожнения желудка, иннервации ПЖ и асинхронии, возникающей при пассаже химуса [15, 125]. ВНПЖ также отмечается у пациентов с выраженным дефицитом белка. К редким причинам ВНПЖ относятся синдром Швахмана-Даймонда, синдром Йохансона-Близзарда и врожденная ферментная недостаточность, например, таких ферментов, как трипсиноген или энтеропептидаза (энтерокиназа), а также изолированный дефицит амилазы, липазы или других протеаз [81]. Кроме того, если у пациентов с ВИЧ-инфекцией доказана возможность развития ВНПЖ [98], то ее связь с другими заболеваниями (например, с синдромом раздраженной толстой кишки) менее очевидна [119]. Соматостатинома [13] и введение соматостатина [14, 39, 40] могут ингибировать экзокринную секрецию и тем самым вызывать вторичную ВНПЖ [82]. Кроме того, недостаточное количество активных ферментов в просвете кишечника может быть связано с их инактивацией, несмотря на нормальную секреторную активность ПЖ, как это происходит при гиперацидности.

Вопрос 3-4. На каком этапе течения ХП развивается ВНПЖ?

Утверждение 3-4. ХП — это прогрессирующее заболевание, и на фоне развития болезни экзокринная функция постепенно угасает. **(GRADE1B, высокая согласованность.)**

Комментарии. Развитие и сроки начала клинических проявлений ВНПЖ при ХП зависят, среди прочих факторов, от причины заболевания. У пациентов с алкогольным ХП тяжелая ВНПЖ со стеатореей обычно появляется через 10-15 лет после установления диагноза. У пациентов с ранним идиопатическим ХП или наследственной формой заболевания экзокринная недостаточность часто не проявляется вплоть до очень поздних стадий [28, 46], несмотря на деструктивные

процессы в ткани ПЖ уже на ранних стадиях заболевания. Такая поздняя манифестация связана с большими функциональными резервами ПЖ [29, 114]. Однако, как было показано в большом ретроспективном когортном исследовании, на момент установления диагноза стеаторея уже присутствует примерно у 10% пациентов [28].

Комментарии Н.Б. Губергриц. В отношении этиологии ВНПЖ значительных различий между Европейскими рекомендациями и представлениями M.R. Struyvenberg и соавт. нет. Однако в Европейских рекомендациях указана частота ВНПЖ при ХП на уровне 50-80%, а M.R. Struyvenberg и соавт. считают, что эта частота составляет только 20% [122, 123]. Возможно, на Американском континенте ВНПЖ при ХП действительно развивается реже. Но нам следует ориентироваться на Европейские рекомендации. Более высокая частота ВНПЖ — это не просто цифра, а цифра, указывающая на необходимость проведения соответствующих функциональных тестов всем пациентам с ХП, а не только больным с явной трофологической недостаточностью. Обращаю внимание врачей на высокую частоту ВНПЖ при СД и важность изучения не только эндокринной, но и экзокринной функции ПЖ у таких пациентов. Следует отметить и недостаточное внимание к состоянию панкреатической секреции в нашей стране у пациентов, перенесших острый панкреатит и резецирующие операции на ПЖ. Очень часто на практике приходится сталкиваться с ситуациями, когда после виртуозно выполненной операции, нередко спасшей жизнь больному, он становится инвалидом из-за недостаточного или даже полного отсутствия внимания к функциональному состоянию ПЖ и неадекватной ЗТФПЖ.

Каковы же возможности диагностики ВНПЖ согласно Европейским рекомендациям [127]?

Вопрос 3-5. Можно ли диагностировать или исключить ВНПЖ с помощью различных методов визуализации?

Утверждение 3-5.1. Симптомы ХП (морфологические изменения) и функциональные нарушения обычно развиваются параллельно, хотя и не всегда. **(GRADE1B, высокая согласованность.)**

Комментарии. Хорошо обоснован факт, что у большинства пациентов с ХП имеет место связь между степенью морфологических и функциональных изменений. Однако примерно у 25% пациентов обнаруживают несоответствие между степенью морфологических и функциональных изменений [20, 50, 114]. Даже когда для выявления структурных изменений используется эндоУЗИ как наиболее чувствительный метод, нормальные результаты не всегда говорят о нормальной функции ПЖ [20, 23, 50]. Например, несмотря на нормальную морфологическую картину, ВНПЖ часто встречается у пациентов с так называемым «панкреатитом малых протоков» (т. е. при отсутствии расширения протоков) как одним из вариантов ХП [20]. В значительном исследовании, в котором результаты эндоУЗИ и секретинного теста сравнивали с гистологическими данными в качестве стандарта, чувствительность эндоУЗИ при постановке диагноза «ХП» составляла 84%, а секретинного теста — 86%, тогда как сочетание двух методов давало чувствительность на уровне 100% [45].

Вопрос 3-7. Всегда ли необходимо функциональное исследование ПЖ при диагностике ХП?

Утверждение 3-7. Для диагностики ХП необходимо функциональное исследование. **(GRADE2B, высокая согласованность.)**

Комментарии. Системы морфологической оценки имеют «подводные камни» в отношении как чувствительности, так и специфичности [17-19, 25, 26, 31, 45, 49-51, 55, 61, 62, 67, 83, 86, 89-91, 99, 104, 106, 107, 115, 116, 118]. Кроме того, было показано, что как морфологические, так и функциональные нарушения по отдельности могут быть единственным признаком гистологически подтвержденного ХП [45]. Таким образом, диагноз ХП основывается на комбинации клинических, гистологических, функциональных критериев, а также критериев визуализации. Доказательство нарушения экзокринной функции с помощью функционального исследования особенно необходимо в случае диагностики ХП при неубедительных морфологических данных. Кроме того, экзокринная функция учитывается в некоторых диагностических и классификационных системах [7, 8, 28, 103, 108, 113]. Однако функциональные тесты более важны для клинических исследований.

Вопрос 3-8. Следует ли проводить функциональное исследование ПЖ в ходе диагностики заболевания?

Утверждение 3-8. Каждый пациент с впервые установленным диагнозом ХП должен быть обследован в отношении ВНПЖ. **(GRADE1A, высокая согласованность.)**

Комментарии. Эта рекомендация основана на следующем положении: как разъяснялось выше, у части пациентов основой для постановки диагноза ХП может служить именно первичное функциональное исследование ПЖ. Более того, выявление и лечение экзокринной недостаточности имеют важное значение для достижения эффективности лечения и динамического наблюдения за пациентами [6, 46, 97, 120]. Однако экзокринная недостаточность может наблюдаться даже при полном отсутствии или минимальных морфологических изменениях ПЖ [20, 23, 24, 45, 56, 114], поэтому морфологические исследования сами по себе не позволяют оценить экзокринную функцию. Кроме того, даже при однозначных морфологических данных в пользу ХП клинические симптомы экзокринной недостаточности не всегда проявляются на момент постановки диагноза, а отсутствие симптомов не позволяет надежно исключить экзокринную недостаточность, даже если она тяжелая и сопровождается стеатореей [28, 29, 64, 121]. В отличие от этого все функциональные тесты способны выявить такие тяжелые формы заболевания.

Вопрос 3-9. Необходимо ли функциональное исследование ПЖ при дальнейшем наблюдении за пациентом в случае развития/усугубления мальабсорбции?

Утверждение 3-9. Чтобы выявить нарушение пищеварения до появления явных клинических симптомов, необходимо ежегодно обследовать пациентов с ХП на предмет наличия ВНПЖ. Кроме того, функциональные исследования следует повторить (если они раньше были в пределах нормы) при возникновении или усугублении симптомов и их возможной связи с ВНПЖ. **(GRADE1B, высокая согласованность.)**

Комментарии. Однозначно доказано, что состояние экзокринной функции ПЖ у большинства пациентов

Продолжение на стр. 12.

Унифицированные европейские рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита — руководство к действию для врачей Украины

Продолжение. Начало на стр. 10.

вследствие прогрессирования заболевания со временем ухудшается [28, 121]. Определение ФЭ-1 как наиболее часто используемого теста обладает чувствительностью не выше 54-75% при легкой или умеренной ВНПЖ [63, 67, 68, 83, 118], и поэтому для диагностики прогрессирующей ВНПЖ может потребоваться его повторное проведение. Отсутствие тяжелой ВНПЖ со стеатореей [10, 11, 65, 130] или нормализация на фоне ЗТФПЖ [18] не исключает возможности развития осложнений ВНПЖ, таких как снижение минеральной плотности костной ткани и мальабсорбция жирорастворимых витаминов, поэтому необходимы более чувствительные методы оценки.

Вопрос 3-10. Следует ли проводить функциональные исследования ПЖ для мониторинга результатов ферментной терапии?

Утверждение 3-10. Для оценки эффективности ЗТФПЖ в большинстве случаев достаточно убедиться в нормализации нутритивных показателей и уменьшении клинических проявлений. Если симптомы экзокринной недостаточности сохраняются даже несмотря на адекватную ЗТФПЖ, для оценки эффективности лечения рекомендуется выполнить функциональные исследования (13C-MTG-BT, кислотный стеатокрит и тест на количество содержания жира в кале). (GRADE2B, высокая согласованность.)

Комментарии. Как правило, при назначении пациентам с ВНПЖ заместительной терапии наблюдается быстрое уменьшение клинических симптомов, увеличение массы тела и индекса массы тела. Ответ на лечение можно оценить путем определения некоторых нутритивных параметров в сыворотке крови (см. Утверждение 3-12) [79]. Последнее важно, так как отсутствие симптомов не исключает наличия остаточной ВНПЖ [18].

Вопрос 3-11. Существуют ли специальные рекомендации для особых групп пациентов?

Утверждение 3-11. Особого внимания требует скрининг на ВНПЖ у пациентов с ХП и СД, карциномой ПЖ, после резекции ПЖ или резекции желудка. (GRADE1B, высокая согласованность.)

Комментарии. СД, карциному ПЖ и резекцию ПЖ считают потенциальными осложнениями ХП [9, 46, 53, 59, 120]. С другой стороны, даже в отсутствие ХП эти заболевания и состояния могут ассоциироваться с ВНПЖ. Таким образом, у пациентов с ХП и одним из указанных состояний вероятность развития ВНПЖ повышается. После резекции желудка асинхрония, возникающая при пассаже химуса, может привести к дальнейшему ухудшению расщепления и абсорбции питательных веществ, хотя прямое влияние на секреторную способность ПЖ отсутствует [77].

Вопрос 3-12. Какие параметры в анализах крови позволяют определить степень мальнутриции?

Утверждение 3-12. Необходимо выполнить исследование индикаторов

нарушения нутритивного статуса в крови, диагностическое значение которых установлено, а именно: преальбумин, ретинол-связывающий белок, 25-ОН холекальциферол (витамин D) и минералы/микроэлементы (включая сывороточное железо, цинк и магний) [65, 117]. (GRADE2C, высокая согласованность.)

Комментарии. Мальнутриция, связанная с ВНПЖ, ничем не отличается от мальнутриции из-за других этиологических факторов. Следовательно, можно проводить исследование тех же показателей.

Комментарии Н.Б. Губергриц. В Европейских рекомендациях значительно глубже, подробнее изложены вопросы диагностики ВНПЖ, чем в статье американских авторов [122, 123]. M.R. Struyvenberg и соавт. среди методов для оценки функционального состояния ПЖ указывают только тест определения ФЭ-1, количественное определение жира в кале за 72 ч, качественное определение жира в кале, триглицеридный дыхательный тест, оценку концентрации трипсина в сыворотке крови. В то же время в Украине мы имеем возможность использовать методы визуализации (в частности, эндоУЗИ), которые, согласно положению 3-5.1, имеют существенное значение для диагностики как ХП, так и ВНПЖ, т. к. в большинстве случаев функция ПЖ снижается параллельно с усугублением морфологических изменений. В Украине доступен и триглицеридный дыхательный тест, о котором лишь вскользь упоминается в рекомендациях американских экспертов. Этот тест является чрезвычайно важным инструментом в оценке эффективности ЗТФПЖ, особенно в случаях недостаточного клинического результата.

Что касается ФЭ-1, то можно согласиться с M.R. Struyvenberg и соавт. в том, что тест информативен при тяжелой ВНПЖ и менее информативен при легкой и умеренной ВНПЖ. Действительно, при диарее результаты могут быть ложноположительными. Несмотря на эти недостатки, тест имеет и положительные стороны: техническая простота выполнения исследования и хранения кала; отсутствие необходимости перед исследованием отменять ферментные препараты и соблюдать специальную диету, длительного сбора кала; высокое негативное прогностическое значение; возможность применения у детей и др. Принципиально, что результаты фекального эластазного теста коррелируют с уровнем витамина D₃ в крови [65]. Кроме того, определение ФЭ-1 прекрасно подходит для скрининга ВНПЖ в медицинской практике Украины. Широкое внедрение этого метода — значительный шаг вперед в диагностике ВНПЖ по сравнению с копроскопией, которая давно должна быть исключена из скрининговых тестов ВНПЖ, т. к. выявление стеатореи свидетельствует уже о тяжелой ВНПЖ (см. Утверждение 3-2), а наша задача — диагностировать ее значительно раньше и своевременно назначить ЗТФПЖ.

Принципиальным недостатком статьи M.R. Struyvenberg и соавт. [122, 123]

является полное отсутствие упоминания о необходимости оценки нутритивного статуса пациентов (преальбумина, ретинол-связывающего белка, витаминов, макро- и микроэлементов). В Европейских рекомендациях этому аспекту уделено особое внимание (Утверждения 3-12, 4-2.1 Европейских рекомендаций). Дело в том, что ВНПЖ — это «айсберг», надводная часть которого соответствует клиническим проявлениям ВНПЖ, а подводная — это нарушения трофологического статуса, которые важны не только для диагностики ВНПЖ, но и для определения показаний к назначению ЗТФПЖ и для мониторинга ее эффективности. При лечении пациентов необходимо стремиться не только к ликвидации симптомов, но и к нормализации нутритивных параметров. В противном случае будет сохраняться субклиническая ВНПЖ, которая в конечном итоге приведет к уменьшению продолжительности и понижению качества жизни пациента [16]. Отсутствие рекомендации оценки нутритивного статуса при ВНПЖ — важнейший недостаток американского подхода.

Приступим к обсуждению лечения ВНПЖ в соответствии с Европейскими рекомендациями и начнем с рекомендаций по питанию [127].

Вопрос 6-3. Какие рекомендации относительно пищевого рациона и потребления белков, жиров и углеводов можно дать пациентам с ХП?

Утверждение 6-3.1. Пациентам, у которых отсутствует мальнутриция и которые нормально питаются, следует рекомендовать придерживаться здорового питания. У пациентов с нарушенным пищевым статусом необходима коррекция ВНПЖ. Улучшение нутритивного статуса может быть достигнуто с помощью оценки нутритивного статуса и индивидуального консультирования по питанию у опытного диетолога. (GRADE1B, высокая согласованность.)

Утверждение 6-3.2. Следует избегать ограничения жиров в рационе и диеты с очень высоким содержанием клетчатки. (GRADE1C, высокая согласованность.)

Утверждение 6-3.3. Лицам с недостаточностью питания (истощением) следует рекомендовать дробное питание небольшими высококалорийными порциями. (GRADE2C, высокая согласованность.)

Утверждение 6-3.4. Коррекцию питания проводят параллельно с ЗТФПЖ. (GRADE2C, высокая согласованность.)

Комментарии. Хотя диеты с низким содержанием жира очень распространены, исследования показывают, что если пищевые жиры обеспечивают 30-33% калорийности рациона, то они хорошо переносятся пациентами с ВНПЖ [27]. Мальабсорбция углеводов и белков — распространенное явление, при этом плохо усваиваться могут до 10-30% пищевых углеводов [78], а мальабсорбция азота может достигать >7 г в день [88]. С точки зрения калорийности, 7 г азота соответствуют 44 г белка, что приводит к потере 175 ккал при мальабсорбции азота. Если взять для примера дневной рацион с 2000 ккал/день, из которых 50% приходится на углеводы, то мальабсорбция углеводов может привести к потере

до 300 ккал в день. Следовательно, ограничивать содержание в рационе пищевого жира рекомендуется только в качестве последнего средства для контроля симптомов стеатореи у пациентов, у которых коррекция доз при ЗТФПЖ и добавление ингибитора протонной помпы (ИПП) не привели к достаточному облегчению симптомов [33, 82, 112]. Недопустимое применение диет с низким содержанием жира может маскировать клинические симптомы мальабсорбции, хотя некоторые пациенты избегают жира неосознанно.

В одном исследовании с участием 12 пациентов с ХП, в котором обычный рацион сравнивался с диетой с добавлением 75-80 г пищевых волокон, их поступление ассоциировалось со снижением биодоступности ферментов. Потребление жира контролировалось на уровне 100 г в день [37]. Значительное увеличение концентрации фекального жира ($p < 0,005$) наблюдалось в группе, в которой дополнительно вводились пищевые волокна. Таким образом, пациентам с мальнутрицией не рекомендуются диеты с очень высоким содержанием клетчатки [92].

Комментарии Н.Б. Губергриц. В отношении питания Европейские рекомендации абсолютно противоположны американским. Так, M.R. Struyvenberg и соавт. [122, 123] рекомендуют диету с низким содержанием жира. Именно такой подход был распространен в Украине в прошлые годы. Но врачи убедились, что ограничение жиров приводит к усугублению трофологической недостаточности, а проще говоря — к еще большему похуданию больных, «действуя заодно» с ВНПЖ. Сегодня в Европе взгляды кардинально изменились на основе доказательных исследований (Утверждение 6-3.2 Европейских рекомендаций), и мы не должны больше резко ограничивать жиры в рационе пациентов с ХП и ВНПЖ.

Как показывают накопленные научные данные, от пациентов больше не требуется ограничивать потребление жиров с пищей при использовании минимикросферических ферментных препаратов [33-35]. В исследовании G. Holtmann и соавт. (1997) [124] изучался метаболизм эндогенных и экзогенных ферментов при транзите по тонкой кишке. Выяснилось, что «время полужизни» активности ферментов увеличивается в присутствии субстрата. Таким образом, более нет необходимости ограничивать пациентам содержание жира в рационе при условии назначения адекватной дозировки ферментных препаратов [35].

Почему же в американском руководстве говорится об ограничении жиров? Вспомним особенности питания в США, а именно широкую популярность фаст-фуда, калорийных газированных напитков и т.п. Возможно, предполагается снизить потребление жиров до нормы, но достоверно объяснить американский подход к питанию при ХП мы не можем. Наверное, он обусловлен отличным от европейского стилем и традициями питания.

В остальном (консультация диетолога, назначение при необходимости жирорастворимых витаминов, отказ от курения, проведение коррекции питания параллельно с назначением ЗТФПЖ) разночтений с Европейскими рекомендациями нет.

Список литературы находится в редакции.

Продолжение следует.



Синдром абдоминальной боли: фокус на терапию

8-9 июня в Днепре состоялась V научная сессия ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». В рамках этого мероприятия прозвучали доклады, посвященные лечению болевых синдромов в практике гастроэнтеролога.



Проблема правильного выбора тактики лечения абдоминальной боли (АБ) стала темой выступления **заведующего кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, заведующего кафедрой внутренней медицины № 1 ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктора медицинских наук, профессора Олега Яковлевича Бабака.**

— Боль в животе — наиболее часто встречающийся симптом при заболеваниях внутренних органов. Даже незначительно выраженный абдоминальный болевой синдром значительно снижает качество жизни и трудоспособность пациентов. Это одна из серьезных медицинских проблем как с диагностической, так и с лечебной точки зрения, прежде всего по причине тяжелой психоэмоциональной составляющей. Эффективность купирования АБ зависит от правильности выбора тактики лечения.

Большинство пациентов, к сожалению, по-прежнему предпочитают лечиться самостоятельно. Тем более что современный фармакологический рынок предлагает огромный выбор анальгетиков и спазмолитиков, которые отпускаются аптеками без рецепта. Иногда больным действительно удается контролировать боль при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Однако во многих случаях облегчение боли носит кратковременный характер, что заставляет пациентов увеличивать либо дозу, либо количество используемых препаратов, либо частоту их приема. Разумеется, это не решает проблему, а только усугубляет ее, поскольку самолечение опасно еще и прогрессированием основного заболевания, требующего адекватной базисной терапии. Это приводит к хронизации заболеваний и развитию серьезных осложнений.

Однако существует и другая крайность. Многие врачи в поисках правильного диагноза боятся, так сказать, «смазать» клиническую картину, оставляя пациентов без лечения неделями. Но врач не должен допускать ситуаций, когда пациент, ожидая, пока будет определена причина его страданий, постоянно испытывает боли в животе. Назначение патогенетической терапии действительно должно проводиться только после установления окончательного диагноза. Но в первую очередь пациента необходимо избавить от тревожащих его нарушений и назначить безопасную и эффективную симптоматическую терапию.

Купирование АБ — одно из приоритетных направлений в терапии заболеваний ЖКТ. Один из ведущих патогенетических механизмов в патогенезе абдоминального синдрома — мышечный спазм. У пациентов со спастической АБ, как правило, невозможно четко определить ее локализацию. Спастическая АБ представляет собой разновидность висцеральной боли, которая связана со спастической (гиперкинетической) дискинезией. Спастическая дискинезия любого отдела пищеварительной системы сопровождается повышением внутрипросветного давления и нарушением продвижения содержимого по ЖКТ. Эти механизмы и обуславливают развитие болевого синдрома у пациентов с эзофагоспазмом, дисфункцией сфинктера Одди и пузырного протока, синдромом раздраженного кишечника (СРК). Препаратами выбора для купирования абдоминального синдрома у таких пациентов являются спазмолитики.

Спазмолитики не только уменьшают/устраняют боль, но также способствуют восстановлению пассажа внутрипросветного содержимого и улучшению кровоснабжения стенки органа. Практикующему врачу важно помнить, что назначение спазмолитиков не сопровождается вмешательством в механизмы болевой чувствительности и не затрудняет диагностику острой

хирургической патологии. Это значит, что даже на этапе диагностического поиска пациенту может быть назначена симптоматическая терапия с целью купирования АБ. Спазмолитики могут с успехом применяться у пациентов с язвенной болезнью до подтверждения наличия инфекции *Helicobacter pylori* и назначения эрадикационного лечения, при обострениях желчнокаменной болезни до выполнения холецистэктомии, в других клинических ситуациях. Таким образом, спазмолитики могут служить этиотропной терапией при функциональной боли и симптоматической терапией, если спазм сопровождает основное заболевание, но не играет роли в патогенезе.

Какому спазмолитику отдать предпочтение? При выборе препарата для терапии заболеваний пищеварительного тракта, сопровождающихся спастическим абдоминальным синдромом, необходимо учитывать ряд факторов: доказательств эффективности, профиль безопасности, хорошая переносимость. Для стартовой терапии необходим универсальный спазмолитик, способный воздействовать на все органы брюшной полости. Кроме того, препарат выбора должен оказывать быстрый эффект и обладать продолжительным действием. Немаловажное значение имеют удобная лекарственная форма и доступная цена. Этим требованиям в полной мере соответствует дротаверин.

Дротаверин — универсальный спазмолитик первой линии стартовой терапии АБ. Механизм действия препарата основан на подавлении фермента фосфодиэстеразы-4, широко представленной в гладкой мускулатуре кишечника, желче- и мочевыводящих путей. Этому спазмолитику следует отдавать предпочтение при сочетанной локализации боли, что на ранних стадиях затрудняет диагностику, или в случае тенденции к генерализации боли. На этапе установления окончательного диагноза не рекомендовано заменять дротаверин на селективный спазмолитик. Прием дротаверина из симптоматического варианта лечения может перейти в основную форму терапии. Благодаря хорошей переносимости и безопасности препарат может длительно применяться для обеспечения продолжительного спазмолитического эффекта при спастической дискинезии желчных путей, пилороспазме, с целью купирования болевого синдрома при язвенной болезни, СРК и других заболеваниях.

В настоящее время специалисты разного профиля сталкиваются в ежедневной практике с полиморбидными пациентами. Эта проблема актуальна и для современной гастроэнтерологии. Таким больным целесообразно назначать дротаверин: препарат обладает универсальным спазмолитическим механизмом действия, способен влиять на гладкую мускулатуру различных органов пищеварительного тракта, других органов и систем (табл.).

Кроме того, у дротаверина отсутствует антихолинергическая активность, что позволяет комбинировать этот препарат с другими лекарственными средствами у пациентов с полиморбидной патологией.

Но-шпа® — давно и хорошо знакомый гастроэнтерологам и семейным врачам препарат дротаверина. Его можно в т. ч. назначать детям с 6 лет и пожилым пациентам мужского пола с патологией предстательной железы. Но-шпа® выпускается в двух лекарственных формах: для инъекционного введения и перорального приема и может применяться как у стационарных больных для достижения быстрого и выраженного эффекта, так и в амбулаторной практике терапевта, семейного врача, гастроэнтеролога.

Препарат Но-шпа® показан в таких случаях:

- Спазмы гладкой мускулатуры ЖКТ:
 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, кардио- и/или пилороспазм (как вспомогательная терапия);
 - энтерит, колит, спастический колит с запором и СРК, сопровождающийся метеоризмом (как вспомогательная терапия).
- Головные боли напряжения (как вспомогательная терапия).



Рис. Удовлетворенность пациентов терапией препаратом Но-шпа® в исследовании M-ASAP

3. Гинекологическая патология — дисменорея (как вспомогательная терапия).

4. Спазмы гладкой мускулатуры, связанные с заболеваниями билиарного тракта:

- холецистолитиаз, холангиолитиаз, холецистит, перихолецистит, холангит, папиллит (с лечебной целью).

5. Спазмы гладкой мускулатуры при заболеваниях мочевого тракта:

- нефролитиаз, уретеролитиаз, пиелит, цистит, тенезмы мочевого пузыря (с лечебной целью).

Положительный опыт применения препарата Но-шпа® в мире отражен в многочисленных клинических испытаниях. В числе последних — M-ASAP (многоцентровое проспективное перекрестное длительное неинтервенционное регистровое исследование, проведенное в Мексике, Казахстане и России в 2015 г.). Целью научной работы стала оценка эффективности дротаверина (Но-шпа®) в рутинной клинической практике в терапии спастической АБ, обусловленной заболеваниями ЖКТ, желчевыводящих путей и урологического тракта, а также дисменореей. Боль оценивали по цифровой рейтинговой шкале NPRS и визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Регистровали только спонтанные сообщения о нежелательных явлениях.

В исследовании участвовали 208 врачей и 5507 пациентов. 75% больных получали препарат Но-шпа®. Спазмолитик использовали преимущественно в виде монотерапии (72%). Как показал анализ результатов испытаний, Но-шпа® снижала интенсивность спастической боли при холецистите в 1,5 раза (в сравнении с исходными показателями) уже через 30 мин; продемонстрировала эффективность у 87% пациентов с холециститом. 93,3% больных были удовлетворены результативностью терапии с использованием Но-шпы (рис.). Не зарегистрировано нежелательных явлений, возникших после начала лечения, которые стали бы причиной исключения из исследования.

Лечение абдоминального болевого синдрома остается одним из приоритетных направлений современной гастроэнтерологии. Спазмолитики могут быть назначены для купирования спастической АБ в качестве симптоматической терапии еще на стадии обследования пациента, поскольку указанная тактика не сопровождается вмешательством в механизмы болевой чувствительности и не затрудняет диагностику острой хирургической патологии.

Но-шпа® — универсальный спазмолитик первой линии. Эффективность и безопасность препарата Но-шпа® позволяет применять его длительными курсами с целью обеспечения продолжительного спазмолитического эффекта.

Подготовила Мария Маковецкая



Таблица. Выраженность спазмолитического эффекта различных препаратов (Елизаветина Г.А., 2011)

Орган или система	Дротаверин	Папаверин	Гиосцин	Мебеверин	Пинаверия бромид	Отилония бромид	Гимекромон	Тримебутин
Желудок	+++	+	++	—	+	+	—	+
Желчевыводящие пути	+++	+	++	++	++	++	++	—
Сфинктер Одди	+++	+	++	+	++	+	++++	—
Кишечник	+++	++	+	+++	++	++	—	+++
Мочевыводящие пути	+++	+	±	—	±	±	—	—
Матка	++	+	—	—	—	—	—	—
Сосуды	+	++	—	—	—	—	—	—

Новейшие технологии в теоретической и практической гастроэнтерологии

8-9 июня в г. Днепре состоялась V научная сессия ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». К участию в мероприятии присоединились не только практикующие гастроэнтерологи, но и семейные врачи, диетологи, кардиологи и педиатры. Большое внимание в докладах, прозвучавших на сессии, было уделено проблемам ведения коморбидных пациентов и необходимости мультидисциплинарного подхода к таким больным.

Профессор кафедры пропедевтики внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук Татьяна Иосифовна Мальчевская представила взгляд кардиолога на проблему НПВП-гастропатий.

Потребление нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) из года в год растет, особенно в популяции пациентов старше 45 лет. При этом продолжает увеличиваться и смертность, обусловленная побочными эффектами указанных средств.

НПВП-гастропатия связана с приемом этих медикаментов, характеризуется множественными поражениями слизистой оболочки, часто протекает безболезненно и осложняется кровотечением (массивным либо скрытым, или оккультным). Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) у пациентов с НПВП-гастропатией встречаются в 2-4 раза чаще, чем в общей популяции.

Большой проблемой является контроль приема НПВП у лиц с сердечно-сосудистой патологией. НПВП, в частности ацетилсалициловая кислота в низкой дозе, — золотой стандарт антитромбоцитарной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако насколько безопасны даже низкие дозы НПВП? Недавние исследования показали, что совместное применение низких доз аспирина с НПВП повышает риск кровотечений почти в 2 раза.

53% ЖКК имеют эрозивно-язвенную природу, из них 2/3 связаны с приемом НПВП.

Чтобы оценить риск развития кровотечения у пациентов, которые получают НПВП, необходимо учитывать следующие факторы.

Низкий риск:

- возраст до 65 лет;
- отсутствие других факторов риска;

Умеренный риск:

- возраст старше 65 лет;
- прием антиагрегантов;
- прием других НПВП;
- терапия бисфосфонатами;
- прием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина;

- терапия глюкокортикоидами;

Высокий риск:

- ≥3 фактора риска;
- наличие кровотечений в анамнезе;
- язвенная болезнь;
- прием антикоагулянтов.

У пациентов с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями эрозивно-язвенные поражения могут быть связаны не только с терапией НПВП, но и с ишемией (острой или хронической) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Ишемическая болезнь желудка и ДПК характеризуется микроциркуляторными нарушениями, очагами некроза и кровоизлияний, снижением регенераторных способностей слизистой оболочки. Этому способствуют артериальная гипертензия и сахарный диабет (СД), возрастная инволюция слизистой оболочки, хронический атрофический гастрит и наличие инфекции *Helicobacter pylori* (Нр).

Среди причин развития язв желудка и язвенных кровотечений НПВП стоят на втором месте после Нр, поэтому с практической точки зрения эрозивно-язвенные процессы в желудке и ДПК рационально разделять на Нр-позитивные и Нр-негативные.

Нр-инфекция играет важнейшую роль в прогрессировании НПВП-гастропатии. Тестирование на Нр следует проводить у пациентов, которые принимают аспирин и НПВП, с язвенным анамнезом. Лечение ингибиторами протонной помпы следует обязательно назначать больным, получающим НПВП, коксибы и даже низкие дозы аспирина, после язвенного кровотечения и в схеме эрадикации Нр при положительном тесте на эту инфекцию.

Директор ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», заведующий кафедрой гастроэнтерологии и терапии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов остановился на особенностях лечения пациентов с токсическими поражениями печени.

— Токсические повреждения печени могут быть обусловлены продолжительным приемом синтетических медикаментов (цитостатиков, антибиотиков, психотропных веществ), длительным воздействием на организм продуктов бытовой химии, отравлением ядовитыми грибами, загрязнением окружающей среды (в том числе радиоактивными веществами), профессиональными вредностями, злоупотреблением спиртными напитками.

Лекарственные поражения печени — актуальная проблема современной медицины. Более 1 тыс.



лекарственных средств обладают гепатотоксичностью. По данным американских исследователей, побочные явления на фоне приема лекарственных препаратов выступают в роли причинного фактора желтухи у 2-5% стационарных больных, обуславливают 40% случаев гепатита у лиц старше 40 лет и до 10-25% случаев острой печеночной недостаточности.

На молекулярном уровне повреждение печени характеризуется нарушением функции митохондрий и истощением запасов АТФ, перекисным окислением липидов и денатурацией белков, образованием свободных радикалов и гаптенных, блокадой транспортной РНК, нарушением гомеостаза кальция и разрушением цитоскелета. Известно, что поражение гепатоцитов тесно ассоциировано с повреждением не только клеточной мембраны, но и мембран отдельных клеточных органелл: повреждаются структуры митохондрий и формируется порочный круг, который включает перекисное окисление липидов, формирование супероксидных радикалов, истощение запасов антиоксидантов и высвобождение цитокинов. В конечном итоге это приводит к некротическим изменениям и фиброгенезу.

Степени тяжести токсического поражения печени:

- 1 степень — уровень ферментов печени повышается в 2-5 раз;
- 2 степень — концентрация ферментов увеличивается в 5-10 раз;
- 3 степень — содержание ферментов возрастает более чем в 10 раз.

Список лекарственных препаратов, вызывающих токсическое поражение печени, очень велик. Среди них и такие часто используемые, как аспирин, диклофенак, флуоксетин, лосартан, кетоконазол, амиодарон, азитромицин, каптоприл, тербинафин, клопидогрель.

Сеть по изучению гепатотоксических эффектов лекарственных средств (Drug-induced Liver Injury Network — DILIN) сообщает о том, что примерно 20% случаев лекарственных поражений печени вызвано приемом фитопрепаратов и диетических добавок (Navarro V.J., Barnhart H. et al., 2014).



По оценкам F. Bessone, N. Hernandez и соавт. (2013), доля препаратов и добавок, которые могут иметь подобные нежелательные эффекты, достигает 73%. При этом количество обращений пациентов по поводу указанных побочных явлений составляет <1% от числа произошедших случаев. Наиболее сложная ситуация в плане диагностики и лечения сложилась с мультикомпонентными фитопрепаратами и диетическими добавками. В результате дерегуляции рынка диетических добавок в Украине практически отсутствует контроль за их оборотом. Побочные эффекты приема таких средств становятся областью ответственности врачей, которые их назначают, или самих пациентов.

Печень примерно на 80% состоит из мембран, поэтому дезинтоксикационный потенциал органа определяется прежде всего их нормальным функционированием. Мембраны гепатоцитов на 65% состоят из фосфолипидов, а значит, применение эссенциальных фосфолипидов (ЭФ) в лечении токсических поражений печени патогенетически обосновано.

Фосфолипиды — высокоспециализированные липиды, основные компоненты клеточных мембран. Функции фосфолипидов охватывают формирование двойного липидного слоя в мембранах клеток, обеспечение молекулярного транспорта, деления и дифференцировки клеток, поддержание ферментативных реакций, тромбоцитарный гемостаз и др.

ЭФ уменьшают или устраняют субъективные и объективные симптомы заболевания печени, восстанавливают структурно-функциональную активность гепатоцитов и печени в целом, улучшают гистологическую картину при патологии печени различного генеза, увеличивают продолжительности жизни пациентов с тяжелыми заболеваниями печени. Имеются данные о потенциальной способности ЭФ предупреждать канцерогенез. Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) — лекарственный препарат плейотропного действия, который также с успехом может применяться у больных с токсическими поражениями печени. УДХК оказывает холеретический, цитопротекторный, иммуномодулирующий, антиапоптотический, гипоcholesterинемический и литолитический эффекты. Образование двойных молекул УДХК, которые встраиваются в мембраны гепатоцитов и холангиоцитов, способствует восстановлению и стабилизации структуры мембраны и защите клеток от повреждающего влияния токсических веществ.

Заведующий кафедрой терапии, кардиологии и семейной медицины факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук профессор Валерий Аркадьевич Потабашный акцентировал внимание аудитории на проблеме ведения пациентов с кардиогенными поражениями печени.

— Под кардиогенными гепатопатиями понимают патологию печени, вторичную по отношению к сердечной дисфункции. Различают 3 основные формы кардиогенных гепатопатий:

- застойная гепатопатия (гепатомегалия);
- острое кардиогенное повреждение (ишемический гепатит, т. н. шоковая печень);
- кардиальный цирроз печени.

Застойная гепатопатия характеризуется пассивным застоем в печени в результате стаза крови в паренхиме органа. Нарушение венозного дренажа в печени ведет

к расширению центральных вен и гепатомегалии. Повышение печеночного венозного давления и снижение венозного кровотока вызывают гипоксию в паренхиме печени, апоптоз гепатоцитов и диффузный фиброз. В конечном итоге формируется микронодулярный цирроз печени, который не отличается от циррозов другой этиологии.

Застойная гепатопатия характерна для правожелудочковой и бивентрикулярной хронической сердечной недостаточности (ХСН). У пациентов с ХСН наличие гепатомегалии и печеночной дисфункции расценивают как маркеры неблагоприятного прогноза.

Клинические признаки застойной гепатопатии при ХСН:

- **гепатомегалия — 95-99%;**
- **выраженная гепатомегалия (>5 см ниже реберной дуги) — 49-57%;**
- **периферические отеки — 71-77%;**
- **плевральный выпот — 17-25%;**
- **асцит — 7-20%;**
- **спленомегалия — 20-22%;**
- **желтуха — 10-20%.**

Печеночный застой и гипоперфузия ведут к атрофии гепатоцитов, нарушению диффузии кислорода и метаболизма гепатоцитов. Дисфункция печени проявляется в том числе снижением активности энзимов и транспорта желчи внутри гепатоцитов, уменьшением синтеза плазменных протеинов. Эти изменения значительно влияют на фармакокинетику лекарств.

Сегодня пациентов с печеночной дисфункцией при ХСН следует рассматривать как лиц с очень высоким риском, и лечебная тактика в данном случае должна быть более агрессивной. Терапия ХСН остается основополагающим подходом для восстановления нормальной функции печени при застойной гепатопатии. В качестве базисной терапии назначают ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (препарат выбора — лизиноприл, который не является пролекарством и не требует печеночной активации), β -адреноблокаторы. Влияние этих стратегий на функцию печени остается неопределенным. Возможно, необходимо заимствовать некоторые стратегии терапии цирроза печени для лечения пациентов с застойной гепатопатией.

Венозный застой, асцит и желтуха могут уменьшаться при использовании диуретиков. У пациентов с тяжелой ХСН повышение сердечного выброса может понадобиться для предупреждения дальнейшего ухудшения функции печени. В рефрактерных случаях пациенты подлежат терапевтическому парацентезу для устранения асцита. Ультрафильтрация крови проводится для устранения массивных отеков и асцита у пациентов, не отвечающих на лечение диуретиками.

Повышение уровня печеночных ферментов, и особенно билирубина, ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Имеются данные о том, что увеличение содержания билирубина, сопутствующее декомпенсации ХСН, может быть маркером, указывающим на необходимость применения парентеральных инотропных препаратов.



Большой интерес аудитории вызвал доклад **президента Украинского клуба панкреатологов, доктора медицинских наук, профессора Натальи Борисовны Губергриц**, которая рассказала о последних новостях в панкреатологии.

— 2017 год ознаменовался выходом первых европейских клинических рекомендаций по хроническому панкреатиту (ХП) — United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEu), в которых пересмотрены некоторые важные вопросы лечения этой патологии. Так, заместительная ферментотерапия показана при ХП с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы (ПЖ) при наличии клинических симптомов или лабораторных признаков мальабсорбции. Рекомендуются

соответствующее исследование нутритивного статуса для выявления признаков мальабсорбции.

Препаратами выбора для коррекции внешнесекреторной недостаточности являются покрытые кишечнорастворимой оболочкой микросферы или минимикросферы размером <2 мм. Микро- и минитаблетки размером 2,2-2,5 мм могут быть также результативны, но научные доказательства их эффективности при ХП ограничены. Сравнительные клинические исследования различных ферментных препаратов отсутствуют.

При этом необходимо учитывать, что эффективность панкреатических ферментных препаратов зависит от нескольких факторов: эвакуации из желудка с пищей, смешивания с дуоденальным химусом и желчными кислотами, скорости высвобождения ферментов в ДПК.

Ферментные препараты должны быть распределены между основными приемами пищи и перекусами. Минимальная доза липазы на основной прием пищи составляет 40 000-50 000 ЕД, на перекус — 20 000-25 000 ЕД.

Активно ведется поиск новых серологических маркеров ХП и фиброза ПЖ. Мас-2-связывающий белок — один из таких перспективных маркеров. В исследовании Т. Маекава и соавт. (2016) приняли участие 59 здоровых добровольцев, 162 пациента с ХП и 94 больных с аденокарциномой ПЖ. Мультивариантный анализ показал, что уровень Мас-2-связывающего белка является независимым маркером ХП и фиброза ПЖ. Его сывороточные концентрации были значительно повышены у пациентов с ХП в отличие от таковых у пациентов с новообразованием ПЖ и здоровых добровольцев и коррелировали с уровнями аланинаминотрансферазы, γ -глутамилтрансферазы и С-реактивного белка, но не амилазы, что указывает на продукцию рассматриваемого маркера поврежденной печенью.



За последние несколько лет опубликован ряд новых метаанализов, которые в основном посвящены изучению ХП и рака ПЖ. A. V. Samokhvalov (2015) провел метаанализ, показавший связь между употреблением алкоголя и риском панкреатита. Дозозависимое влияние между средним объемом потребляемого алкоголя и риском ХП не было доказано. Воздержание от употребления алкоголя снижает риск ХП у женщин, но не у мужчин. Риск развития ХП был высоким только при употреблении >100 г/день чистого этанола.

В метаанализе J. Pan и соавт. (2016) показано, что кумулятивный риск развития СД через 20 и 50 лет от начала развития ХП составил 45,8 и 90,0% соответственно. Еще одна интересная работа, в которой оценены факторы риска стеатореи у больных ХП, выполнена B. R. Li и соавт. (2016). В исследовании приняли участие 2153 пациента с ХП, стеаторея отмечалась у 14% из них. При этом наиболее выраженными предрасполагающими факторами риска стеатореи были мужской пол (69,07%), злоупотребление алкоголем (18,31%), СД (14,66%), подростковый возраст (13,75%).

Остеопатия при ХП, которая повышает риск переломов и даже в отсутствие таковых снижает качество жизни, может быть предупреждена восстановлением адекватного нутритивного статуса. В исследовании S. Stigliano среди 135 больных ХП остеопения была выявлена у 40,7%, остеопороз — у 23,7%.

Еще одной новостью панкреатологии стала публикация первых мультидисциплинарных клинических рекомендаций по панкреатической боли при ХП (Anderson M.A. et al., 2016). Пробное лечение болевого синдрома прегабалином у пациентов с ХП сопровождалось неоднозначными результатами; необходимо дальнейшее изучение этой проблемы.

Доцент кафедры факультетской педиатрии и медицинской генетики ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кандидат медицинских наук Елена Александровна Агафонова напомнила

коллегам-гастроэнтерологам о клинических масках мукополисахаридоза I типа.

Мукополисахаридоз (МПС) — наследственное заболевание соединительной ткани, обусловленное нарушением обмена гликозаминогликанов (кислых мукополисахаридов), что связано с недостаточностью фермента α -L-идуронидазы. Из-за его дефицита происходит прогрессирующее накопление гликозаминогликанов в лизосомах клеток. МПС вызван аутосомно-рецессивной мутацией и встречается в популяции с частотой 1:100 000; проявляется системным поражением скелета, дефектами соединительной ткани (костной, хрящевой).

В зависимости от степени ферментной недостаточности различают 3 клинических варианта МПС: синдром Гурлер, синдром Шейе и смешанный вариант — синдром Гурлер-Шейе.

Синдром Гурлер — наиболее тяжелый вариант течения МПС, который без адекватного лечения характеризуется низкой продолжительностью жизни (0,8-12,5 лет), явной задержкой умственного развития и утратой уже приобретенных навыков, тяжелыми поражениями костно-мышечной системы и внутренних органов.

Синдром Гурлер-Шейе имеет менее яркие клинические проявления: пациенты живут в среднем около 20 лет, задержка развития выражена слабо, но такие дети испытывают трудности в обучении.

Синдром Шейе — наиболее мягкий вариант течения МПС. Пациенты имеют сохранную когнитивную функцию, установить диагноз, особенно во взрослом возрасте, чрезвычайно сложно.

Мультиорганное поражение при МПС включает:

- **кифозную деформацию позвоночника (горб);**
- **боль в суставах, тугоподвижность, контрактуры;**
- **карпальный туннельный синдром;**
- **помутнение роговицы;**
- **огрубение черт лица (гарголизм);**
- **пупочные и паховые грыжи;**
- **гепатоспленомегалию;**
- **патологию сердца (преимущественно клапанов).**

С точки зрения гастроэнтеролога наиболее частым симптомом МПС является гепатоспленомегалия, которая встречается у 83% пациентов с синдромом Гурлер, у 81% — с синдромом Гурлер-Шейе и у 86% лиц с синдромом Шейе. На фоне органомегалии в результате накопления гликозаминогликанов наблюдаются выступание живота вперед, ограниченный объем движения легких, повышение внутрибрюшного давления. У таких пациентов часто развиваются хроническая диарея, грыжи различной локализации (у 75% пациентов с синдромом Гурлер, 73% — с синдромом Гурлер-Шейе, 65% — с синдромом Шейе).

Патология костно-мышечной системы — наиболее яркое проявление МПС. Для этих пациентов характерны замедление роста на 2-м году жизни и позднее, тугоподвижность суставов, артриты, укорочение и утолщение длинных костей, остеопороз. Часто эти дети наблюдаются ревматологами по поводу ювенильного ревматоидного артрита, идиопатического артрита. При этом они плохо отвечают на терапию кортикостероидами, патологический процесс быстро прогрессирует, осложняясь контрактурами.

В каких случаях может быть заподозрен диагноз МПС?

- у детей в возрасте до 4 лет с 2 и более не связанными друг с другом хирургическими вмешательствами;
- при рецидивирующих грыжах;
- у детей с аденоидэктомией или тонзиллэктомией в возрасте до 5 лет;
- у детей или подростков с синдромом запястного канала;
- у лиц с гепатоспленомегалией и сопутствующим заболеванием суставов;
- при тугоподвижности суставов без утренней скованности, невоспалительных контрактурах;
- в случае задержки роста у детей с органомегалией и суставной патологией.

Золотым стандартом диагностики МПС является анализ ферментной активности α -L-идуронидазы в лейкоцитах, плазме или сухом пятне крови. При подозрении на МПС пациента следует направить на консультацию к врачу-генетику.

Пациенты с МПС нуждаются в заместительной ферментной терапии ларонидазой. Раннее начало лечения позволяет предотвратить необратимые изменения костно-мышечного аппарата, поражения сердца и его клапанов, печени и глаз.

Подготовила **Мария Маковецкая**

Соматоформные расстройства: парадоксы психики и тела

Стрессы, конфликтные ситуации, неприятные жизненные события – все эти составляющие современной жизни стали уже привычными для нас. Однако человек до сегодняшнего дня не научился правильно реагировать на внешние раздражители, и армия соматических больных постоянно пополняется загадочными на первый взгляд пациентами, предъявляющими разнообразные жалобы на ярко выраженные симптомы, которые резко ухудшают качество жизни, но не могут быть объяснены наличием какой-либо значимой соматической патологии.



С.А. Малайов

Соматоформные расстройства – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины – стали темой интервью с руководителем Центра психосоматики и депрессий Универсальной клиники «Оберіг» (г. Киев), кандидатом медицинских наук Сергеем Александровичем Малайовым.

? Сергей Александрович, что обозначают термином «соматоформные расстройства» и как часто в реальной клинической практике встречаются такие пациенты?

– В середине XX века, на пике популярности психодинамической медицины, был предложен термин «соматизационное» расстройство. Он предполагал телесный недуг как проявление вытесненного в «подсознательное» невроза. Этот термин до некоторой степени был эквивалентом «конверсионного» расстройства, предложенного Фрейдом. «Соматизационное» расстройство стало одним из ключевых положений нозологической систематики психических расстройств (Международная классификация болезней 10-го пересмотра – МКБ-10). До 50% пациентов, которые обращаются к терапевтам, кардиологам, неврологам и другим специалистам, не имеют реальной соматически объяснимой патологии по результатам объективного осмотра, а также лабораторных и инструментальных исследований. Диагностический вызов заключается в отсутствии соматической патологии и наличии признаков психического расстройства – тревожности, депрессии, ипохондрии. Для таких случаев в МКБ-10 предусмотрена рубрика F45 – соматоформные расстройства.

F45.0 Соматизационное расстройство. Основными чертами являются многочисленные, повторяющиеся, часто меняющиеся физические симптомы, имеющие место по крайней мере в течение двух лет. Большинство пациентов имеют длительную и сложную историю контактов со службами первичной и специализированной медицинской помощи, в ходе которых могло быть выполнено множество безрезультативных исследований и бесплодных диагностических манипуляций. Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов. Течение расстройства хроническое и неустойчивое и часто ассоциируется с нарушением социального, межличностного и семейного поведения. Непродолжительно существующие (менее двух лет) и менее ярко выраженные примеры симптоматики должны классифицироваться как **недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)**.

Однако в последние десятилетия в клинической практике и научной литературе стали чаще использовать более нейтральные и менее стигматизирующие пациента термины – «функциональные симптомы» или «соматически не объяснимые симптомы». В МКБ-11 планируется замена на формулировку «соматические проявления психического расстройства», которая подчеркивает первичность психического компонента.

? Какие еще подгруппы включены в группу «Соматоформных расстройств»?

– В рубрику также входят ипохондрическое расстройство, соматоформное вегетативное расстройство, соматоформное болевое расстройство, неврастения.

F45.2 Ипохондрическое расстройство. Относится к соматоформным, хотя на самом деле приближается к социальному расстройству. Проявляется устойчивой озабоченностью пациента по поводу подозрения у себя тяжелого прогрессирующего заболевания или нескольких заболеваний. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы или проявляет устойчивое беспокойство по поводу симптомов. Но главной отличительной чертой является то, что пациент не ищет облегчения от страданий, а ищет подтверждения своей правоты с помощью установления диагноза.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция. Эта подгруппа особенно актуальна для неврологической практики. Предъявляемая симптоматика подобна той, которая возникает при поражении органа или системы органов, преимущественно или полностью иннервируемых и контролируемых вегетативной нервной системой: сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и мочеполовой систем. Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на нарушение конкретного органа или системы. Первый тип – это жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного напряжения, таких как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор и выражение страха и беспокойства относительно возможного нарушения здоровья. Второй тип – это субъективные жалобы неспецифического или изменчивого характера, такие как быстротечные боли по всему телу, ощущение жара, тяжести, усталости или вздутия живота, которые пациент соотносит с каким-либо органом или системой органов.

В разное время отдельные проявления этого расстройства описывались как кардиальный невроз, синдром Да Косты (острая транзиторная сердечная недостаточность у солдат), гастроневроз.

А вот несуществующий в международной номенклатуре болезней и как мантра звучащий в устах украинских интернистов диагноз нейрорегуляторной дистонии в подавляющем большинстве случаев может рассматриваться как недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1), так как пациент описывает жалобы преимущественно первого типа.

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство. Основной жалобой является устойчивая резкая мучительная боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим нарушением или соматическим заболеванием и которая возникает в связи с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, что позволяет рассматривать их как основную этиологическую причину. Результатом жалоб обычно является заметное усиление поддержки (сострадания) и внимания личностного или медицинского характера. Боль психогенной природы, возникающая в процессе депрессивного расстройства или шизофрении, не может быть отнесена к этой рубрике.

Отношение к соматически необъяснимой боли как к соматоформному расстройству часто вызывает несогласие неврологов, которые все-таки склонны искать причину в дисфункции иннервации. Но с точки зрения психиатров, это боль, помогающая человеку перенести тревожное предчувствие. Типичными примерами являются головная боль напряжения (неврологический диагноз G44.2) и фибромиалгия, которые первично являются

тревожными расстройствами со вторичными болевыми ощущениями.

F48.0 Неврастения. Ее можно охарактеризовать как личностную (конституциональную) тревожность, проявляющуюся соматическими симптомами. Выделяют два основных типа расстройства, в значительной степени перекрывающих друг друга. Главной характерной чертой первого типа являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной нагрузки, с которой часто связано некоторое снижение производственных показателей или продуктивности в повседневных делах. Умственная утомляемость описывается больным как неприятное возникновение рассеянности, ослабления памяти, невозможности сосредоточиться и неэффективности умственной деятельности. При другом типе расстройства основной упор делается на ощущение физической слабости и изнеможения даже после минимальной нагрузки, сопровождающееся ощущением мышечных болей и невозможностью расслабиться («истощение жизненных сил»). Оба типа расстройства характеризуются рядом общих неприятных физических ощущений, таких как головокружение, головная боль напряжения и ощущение общей нестабильности. Общими чертами являются также беспокойство по поводу снижения своих умственных и физических способностей, раздражительность, утрата способности радоваться и незначительно выраженная депрессия и тревога. Сон часто нарушен в своей начальной и средней фазе, но может также быть выраженной и дневная сонливость.

? Можно ли заподозрить наличие соматоформного расстройства уже на первых этапах ведения пациентов в реальной практике или же они обречены на долгий и изнуряющий диагностический поиск? Какие стереотипы в подходах к ведению таких больных препятствуют своевременному выявлению у них психических нарушений?

– В нашей клинической практике широко используется термин «функциональные расстройства» – он привычен для многих специалистов и подразумевает наличие нарушений, которые не объясняются конкретными морфологическими изменениями в органах и системах. К наиболее известным функциональным расстройствам относятся синдром раздраженного кишечника (СРК), хронические боли в области малого таза и поясницы, фибромиалгия – интенсивные скелетно-мышечные боли без объективных причин. Долгое время все эти состояния пытались лечить с помощью пробиотиков (СРК), противоспазматических и анальгетических средств. Сегодня направление таких пациентов на консультацию к психиатру стало стандартным подходом, не всегда, однако, использующимся в наших реалиях. Между тем перечень состояний, в которых ведущую роль может играть психологический компонент и которые могут быть устранены путем коррекции симптомов депрессивного или тревожного спектра, намного больше:

- в гастроэнтерологии – помимо СРК, язвенная (функциональная) диспепсия;
- в гинекологии – тазовая артритопатия, предменструальный синдром, хроническая тазовая боль;
- в ревматологии – фибромиалгия, боль в нижней части спины;

- в кардиологии – атипичная стенокардия (кардиальный синдром X);
- в пульмонологии – гипервентиляционный синдром;
- в практике терапевтов – синдром хронической усталости;
- в неврологии – головная боль напряжения, псевдоэпилептические припадки;
- в стоматологии и лицевой хирургии – дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, атипичная лицевая боль;
- в ЛОР-практике – Globus pharyngeus (ощущение комка в горле);
- в аллергологии – множественная химическая чувствительность и др.

Описаны также психогенные формы аэрофагии, кашля, диареи, дизурии, икоты, глубокого и частого дыхания, учащенного мочеиспускания, пилороспазма.

Следует отметить, что соматоформных пациентов беспокоит не столько специфический набор симптомов, сколько их выраженность и контрастность по сравнению с субъективным телесным опытом (более высокая интенсивность или приступообразное течение), а также степень нарушения функционирования, которую они обуславливают, и, наконец, представления больных о причинах и следствиях симптомов. Типичной ситуацией является, например, обращение пациента к гастроэнтерологу не просто потому, что у него метеоризм, а потому, что в последнее время это создает ему особенный дискомфорт на работе: он стал испытывать неудобство на совещаниях (хотя метеоризм был у него и раньше). У таких больных, как правило, констатируют СРК, но первичным при этом является не раздражение рецепторов кишечника, а вполне определенная психологическая или социальная проблема. Из-за неуспешности в работе (недостижение намеченных целей, провалы) человек не готов докладывать о своих «успехах» на совещаниях, а «виноватым» в этом назначается кишечник. Вероятно, именно в пищеварительной системе у данного пациента есть конституциональная уязвимость (предрасположенность). Поэтому именно она первой реагирует на фрустрирующую ситуацию, отвлекая от переживания тревоги. Это яркий пример соматических проявлений психических нарушений – чаще всего это соматизация тревоги.

Вместе с тем в разговоре с врачом такой пациент обычно выказывает пренебрежение или отрицание психологических (личностных и межличностных) и микросоциальных причин «физического» страдания. Он абсолютно убежден в наличии органической природы симптомов и проявляет раздражительность или недоверие при попытках разубеждения или предъявлении доказательств отсутствия соматических причин расстройства (результатов обследования, анализов). Это часто ведет к потере контакта с врачом и продолжению поиска лучшего специалиста или более достоверных методов обследования.

Главной особенностью являются неоднократно повторяющиеся предъявления жалоб на соматическую симптоматику одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у такого пациента все же имеются какие-либо реальные соматические заболевания, они не объясняют

природы и степени выраженности симптомов или страдания по этому поводу.

Общими психологическими характеристиками больных различными соматоформными заболеваниями являются:

- необъективное изложение истории болезни;
- максимальное преувеличение и драматизация испытываемых явлений;
- пренебрежение или отрицание психологических (личностных и межличностных) и микросоциальных причин «физического» страдания;
- абсолютная убежденность в наличии органической природы страдания;
- затруднения в эмоциональном реагировании как в обыденной жизни, так и во взаимоотношениях с окружающими по поводу болезни;
- чрезмерная раздражительность в отношении окружающих.

Почему же до сих пор существует непонимание между врачами соматических специальностей и психиатрами в отношении соматически необъяснимых (функциональных) симптомов?

— Проблема заключается в принципиальном подходе к диагностике, именуемом «диагноз исключения» или «по остаточному принципу». К сожалению, при постановке диагноза врачи соматического профиля зачастую не догадываются о существовании рубрик F40-F48 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и используют несуществующие в МКБ дефиниции, например популярный среди врачей «синдром хронической усталости». Между тем для обозначения подобного состояния пациента есть вполне определенные термины: дистимия (подпороговая неврастения F48) (личностная тревожность).

Парадокс заключается в том, что больной направляется к психиатру в последнюю очередь, после проведения повторных магнитно-резонансной томографии, биопсии и генетического тестирования, хотя вероятность у него депрессии или тревоги в десятки раз выше, чем специфической соматической патологии, которую специалисты стремятся исключить или подтвердить.

Психиатры и врачи-интернисты используют принципиально разные классификационные подходы к трактовке функциональных соматических синдромов. И те и другие понимают: того, что больной чувствует, на самом деле не существует, а термин «функциональное расстройство» подразумевает нематериальное, неорганическое нарушение. Но при этом соматические классификации предполагают обязательность специфических симптомов, указывающих на принадлежность расстройства к определенному органу/системе. Психиатрические классификации делают акцент на многочисленности симптоматики и ее связи с психологическими нарушениями. В соматических классификациях подчеркивается независимость диагностических критериев от психологических/психопатологических аспектов, а в психиатрических

(соматоформные расстройства) игнорируется значение коморбидной соматической патологии. При этом обе стороны не правы, поскольку в каждом случае мы имеем дело со взаимосвязанными — биопсихосоциальными — причинами расстройства. Трансформация неопределенного тревожного предчувствия в соматоформные ощущения, как правило, связана с конституционально слабой функциональной системой (locus minoris resistentiae).

Общим для этих состояний (не важно, в каких органах и системах испытывает дискомфорт пациент) является **психологический дистресс** — огорчение человека, выступающее и причиной, и следствием, как правило, не высказываемое или не выявляемое в первичной практике. Возвращаясь к примеру с метеоризмом: человек огорчился из-за того, что не подготовился к совещанию, поэтому у него «загудело» в животе. Загудело в животе, и он огорчился, что из-за этого ему дискомфортно на совещании.

Конкретная симптоматика определяется преморбидными особенностями личности и пропорцией эмоциональной/когнитивной переработки и очень сильно зависит от уровня интеллекта, образования пациента. Чем более высокий уровень того и другого, тем разнообразнее и сложнее жалобы, тем труднее дифференциальная диагностика.

Какие правила ведения пациентов с соматоформными расстройствами можно использовать в повседневной практике?

— Основные правила сводятся к следующему:

- признайте, что пациент имеет реальные соматические симптомы, огорчающие его, с сопутствующими психологическими нарушениями, и не высказывайте подозрения по поводу симуляции страдания (пациент не виноват, это от него не зависит, не пытайтесь показать, что вы ему не доверяете);
- с самого начала общения с больным рассматривайте возможность соматоформного расстройства, но не ставьте перед собой задачу установления диагноза психического расстройства;
- занимайте эмпатическую позицию, не допускайте императивной конфронтации;
- избегайте излишних обследований и консультаций, будьте осторожны в своих попытках выявить дополнительные симптомы;
- направляйте лечение на улучшение функционирования, а не на устранение симптомов (менеджмент болезни против излечения: «не начнется новая жизнь, когда вас вылетят, жить нужно сейчас»);
- нацеливайте пациента на изменение сложившегося стереотипа поведения и уменьшение стрессового реагирования с возможным участием в процессе терапии ближайших членов семьи;
- медикаментозная терапия должна использоваться в комплексных реабилитационных мероприятиях с обязательным определением «симптомов-мишеней»;
- сотрудничайте с психиатром для своевременной диагностики соматоформного

расстройства и обеспечения раннего комплексного лечения;

- старайтесь обеспечить плановое и регулярное наблюдение, максимально избегайте телефонных консультаций и «скоропомощных» обращений.

Какие методы лечения соматоформных расстройств используют в настоящее время?

— Переходя к методам лечения, стоит отметить, что не существует единого стандарта или протокола ведения таких пациентов. Часто единственным инструментом облегчения симптомов становится сам врач. 75% больных с необъяснимыми симптомами удовлетворяются ощущением того, что врач их понимает. Грамотно построенная беседа в доверительном тоне позволяет резко сократить посещаемость поликлиники. У остальных 25% соматоформных пациентов необходимость в медикаментозной терапии определяется:

- тяжестью и продолжительностью симптомов;
- наличием коморбидных психических и соматических заболеваний;
- уровнем нарушения жизнедеятельности (терапевтическое вмешательство определяется не наличием жалоб, а степенью нарушения функционирования больного);
- сопутствующей терапией с учетом предыдущего опыта переносимости лекарств.

В терапии тревожно-депрессивных расстройств и их соматизированных проявлений применяются препараты разных классов, но чаще всего анксиолитики, транквилизаторы (барбитураты, бензодиазепины и др.) и антидепрессанты.

При этом следует помнить, что назначение транквилизаторов, вызывающих кратковременное облегчение некоторой части жалоб больных, не имеет стратегических преимуществ в долгосрочной терапии.

Большинство традиционно популярных в практике украинских врачей транквилизаторов (например, различные формы фенобарбитала) отличаются следующими недостатками:

- быстрое развитие толерантности к их терапевтическому действию;
- тяжелые осложнения при передозировке;
- высокий риск формирования зависимости.

Традиционно, с начала 1970-х гг., в схемы терапии функциональных расстройств в неврологической и терапевтической практике включается амитриптилин, однако на сегодняшний день следует признать приоритетность применения более современных антидепрессантов — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (например, сертралин, эсциталопрам), ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) (венлафаксин, десвенлафаксин), которые при такой же или более высокой антидепрессивной эффективности лишены широкого спектра побочных эффектов трициклических производных. На сегодняшний день следует признать, что амитриптилин — один из самых небезопасных

препаратов для применения в амбулаторной практике.

Назначая медикаментозную терапию, следует стремиться к наиболее простой схеме, но предусматривать альтернативные варианты. Например, вегетативные проявления, дающие ощущение тревоги, можно облегчить кратковременным назначением бензодиазепинов. Возможен и другой путь — применяя антидепрессанты, помочь человеку выработать рациональное отношение к выбору способа избегания тревожащих обстоятельств. В исследованиях это отражалось в нормализации времени осмысления словесной реакции: применение СИОЗС у пациентов с тревожным расстройством способствовало сокращению этого времени до показателей условно здорового человека.

При этом следует учитывать, что при выявлении доминирующей роли симптомов тревоги в структуре аффективного расстройства следует назначать максимально допустимые дозировки серотонинергических антидепрессантов. Например, если среднетерапевтическая доза сертралина (Золофт) при депрессии составляет 100-150 мг, то при тревожном расстройстве или соматоформном расстройстве — до 200 мг. Продолжительность фармакотерапии должна быть не менее 4-6 мес.

Отдельного рассмотрения заслуживают распознавание функциональных (соматоформных) болевых расстройств, их сочетание с другими тревожными и депрессивными расстройствами и современные аспекты их лечения. В терапии этих состояний важную роль играет применение комбинаций таких современных препаратов, как прегабалин (Лирика) и антидепрессанты двойного (серотонин/норадренергического) спектра действия (например, десвенлафаксин — Элифор) или СИОЗС.

Из приведенной таблицы можно видеть, что путем применения комбинации прегабалина (Лирика) с современным антидепрессантом можно достичь сбалансированного эффекта терапии как при соматических, так и психопатологических проявлениях тревоги.

Очень интересно испанское исследование, в котором прегабалин в дозе 150-600 мг в сутки добавляли к предыдущей терапии СИОЗС у пациентов с ГТР и недостаточным терапевтическим ответом (Alvarez E. et al., 2015). Комбинированная терапия обеспечивала более выраженный эффект по сравнению с переключением на альтернативный СИОЗС или другой анксиолитик. В группе комбинированного лечения отмечалось достоверно большее улучшение по шкале тревоги Гамильтона, шкале депрессии Монтгомери-Асберг, а также самооценки качества жизни участниками исследования.

В заключение отмечу, что актуальность темы распознавания и терапии соматоформных расстройств обусловлена не только распространенностью этих состояний. Эта тема отражает современные требования к интеграции работы психиатров в систему соматической службы. На уровне первичного звена или специализированной соматической помощи за фасадом необычных жалоб могут быть распознаны общие признаки эмоционального расстройства. Необходимая терапия при этом может быть назначена с учетом предпочтений пациента. Сотрудничество с врачом-психиатром предполагает возможность уточнения схемы терапии, проведение специализированных психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Таким образом, пациент сможет избежать долгого хождения по замкнутому кругу с посещением многочисленных специалистов — кардиологов, неврологов, гастроэнтерологов, ревматологов и других врачей, пытающихся найти причину болей, недомогания, снижения и даже утраты работоспособности. Кроме того, настороженность врачей-интернистов в отношении соматоформных расстройств и сотрудничество с психиатрами позволит существенно снизить затраты на бесполезные диагностические и лечебные процедуры и повысит доверие пациентов к конкретным специалистам и к системе здравоохранения в целом.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



Таблица. Сравнительная оценка основных характеристик препаратов, используемых в лечении хронических тревожных расстройств							
Класс	Препарат	Механизм действия	Начало действия	Эффективность в отношении			
				психических симптомов тревоги	соматических симптомов тревоги	сопутствующей инсомнии	вторичных симптомов депрессии
Бензодиазепины	Диазепам Алпрозолим	Потенцирование трансмиссии ГАМК	<7 дней	++	+++	+++	+
ТЦА	Инпрозолин	Модуляция трансмиссии моноаминов	3 недели	+++	+	+	+++
СИОЗС и ИОЗСН	Эсциталопрам Венлафаксин XR Десвенлафаксин (Элифор) Сертралин (Золофт)	Модуляция трансмиссии моноаминов	~2 недель	+++	+	+	+++
Азапироны	Буспирон	Модуляция трансмиссии моноаминов	3 недели	+++	+	+	++
Блокатор α ₂ -субъединицы	Прегабалин (Лирика)*	Ингибирование повышенной нейротрансмиссии	<7 дней	+++	+++	+++	++

* Прегабалин (Лирика) применяется при ГТР (генерализованном тревожном расстройстве).

Алерзин

левоцетиризин

ДІТЯМ

ВІД 6 МІСЯЦІВ!*

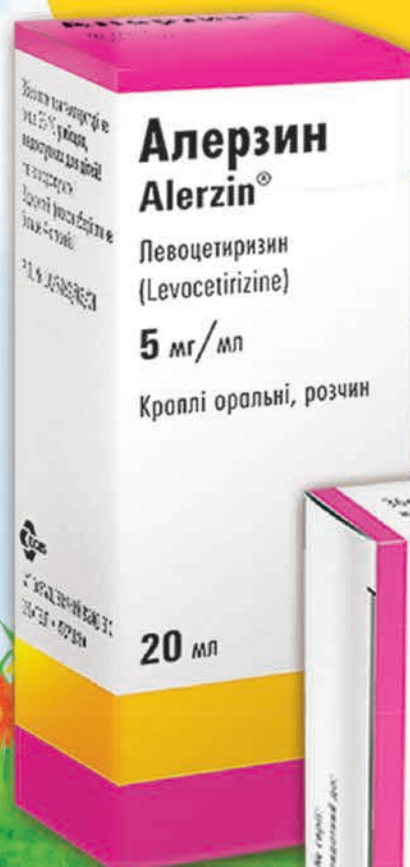
**попереджає розвиток
та полегшує перебіг
алергічних реакцій***

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

Діти 6–12 міс: 1,25 мг або 5 крапель
1 раз на добу

Діти 1–6 років: 1,25 мг або 5 крапель
2 рази на добу

**Дорослі та діти
старші 6 років:** 5 мг або 20 крапель
або 1 таблетка
1 раз на добу



Інструкція для медичного
застосування препарату Алерзин.
Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01.
Умови відпуску: без рецепта.

Діюча речовина: левоцетиризин дигідрохлорид. Фармакотерапевтична група.
Антигістамінні засоби для системного застосування. Код АТХ R06A E09.

Показання. Симптоматичне лікування алергічного риніту (у тому числі сезонного алергічного риніту) та кропив'янки.
Протипоказання. Підвищена чутливість до левоцетиризину або до будь-якої іншої складової даної лікарської форми,
або до будь-яких похідних піперазину.

Тяжка форма хронічної ниркової недостатності (кліренс креатиніну < 10 мл/хв).

Побічні реакції. Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші.

Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може
бути встановлена однозначно.

Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.

Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТИКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Ефективність левоцетиризину порівняно з лоратадином у лікуванні алергічного риніту: метааналіз

Антигістамінні препарати (АГП; блокатори гістамінових рецепторів 1 типу) є стандартом лікування алергічного риніту (АР). Більшість пацієнтів віддають перевагу пероральним АГП замість інтраназальних форм. У багатьох дослідженнях було продемонстровано, що H₁-блокатори для перорального прийому ефективно зменшують гістамін-індуковані симптоми, такі як ринорея, чхання, свербіж у носі та очні прояви. АГП також позитивно впливають на суб'єктивні параметри, зокрема на якість життя пацієнтів.

Метою цього метааналізу було порівняти два безрецептурні АГП, які застосовуються для лікування алергічних захворювань, зокрема АР: лоратадин і більш сучасний H₁-блокатор левоцетиризин.

У попередніх дослідженнях було встановлено, що левоцетиризин має кращий показник «вартість/ефективність» у лікуванні персистуючого АР. Метааналіз показав ефективність цього АГП у полегшенні назальної обструкції. У плацебо-контрольованих дослідженнях було продемонстровано значну перевагу левоцетиризину вже через 2 години після прийому, яка зберігалася протягом 6 тижнів лікування в штучних і природних умовах.

Левоцетиризин також значно покращує якість життя пацієнтів з персистуючим АР. Цього висновку дійшла група дослідників XPERT на чолі з W. Canonica, яка спостерігала 551 пацієнта. Після 6 міс лікування левоцетиризином 5 мг/добу відзначалося істотне зменшення симптомів, що корелювало з покращенням загального стану здоров'я й оцінок за опитувальниками RQLQ і SF-36.

Методи

Метааналіз був проведений в Інституті медичної статистики, інформатики й епідеміології (IMSEI; м. Кельн, Німеччина) з використанням даних 7 подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень левоцетиризину й лоратадину, завершених наприкінці 2009 року. У цих дослідженнях брали участь пацієнти із сезонним (інтермітуючим) і цілорічним (персистуючим) АР. В усіх дослідженнях лоратадин призначався в дозі 10 мг, левоцетиризин — 5 мг на добу. Загалом у групу лоратадину було включено 1603 пацієнтів, у групу левоцетиризину — 635 пацієнтів. Якість досліджень оцінювали за шкалою Jadad; у метааналіз включали лише дослідження з оцінкою ≥ 4 . Ця шкала оцінює, зокрема, такі параметри, як статистичні методи, інформація про дочасне припинення лікування, кількість критеріїв включення і виключення тощо.

Через застосування різних рейтингових шкал у дослідженнях ефективність лікування оцінювали за допомогою зворотного дисперсійного моделювання, в якому результати виражаються як «стандартизована різниця середніх показників». При цьому враховували різницю в схемі лікування (доза, тривалість і т. ін.), характеристиках популяцій пацієнтів, вихідних факторах, критеріях включення і виключення в кожному дослідженні. Статистичні розрахунки здійснювали на програмному

забезпеченні, розробленому Кокранівською співпрацею.

Результати

Дослідження, включені в метааналіз, і розмір ефекту АГП порівняно з плацебо наведені в таблиці.

На рисунку 1 представлені дані окремих досліджень та узагальнені результати метааналізу, згідно з якими обидва АГП мають статистично значущу перевагу над плацебо ($p < 0,01$).

На рисунку 2 зображено розмір терапевтичного ефекту двох АГП. За цим показником левоцетиризин є значно кращим порівняно з лоратадином. 95% довірчий інтервал (ДІ) для розрахованого ефекту АГП становив 0,3 для левоцетиризину і 0,1 — для лоратадину, що свідчить про високу точність аналізу. З урахуванням достатньої однорідності між дослідженнями отримані результати свідчать, що левоцетиризин є значно ефективнішим АГП порівняно з лоратадином ($p < 0,01$). Ця перевага також є очевидною згідно з рисунком 1, на якому

майже всі значення 95% ДІ левоцетиризину є від'ємними (тобто вказують на терапевтичний ефект vs плацебо) на відміну від лоратадину.

Обговорення

Крім вивчення монотерапії одним з АГП, у дослідженнях також оцінювалися інші препарати в монотерапії або комбінованому лікуванні АР. Ці дослідження не включили в метааналіз, оскільки вони не містили достатніх даних для порівняння левоцетиризину і лоратадину.

Серед досліджень левоцетиризину, включених у метааналіз, дещо вирізняється дослідження C. Bachert і співавт. У ньому брали участь пацієнти з алергічними реакціями (зокрема АР) на пилок трави і кліщів домашнього пилу. Втім за дизайном, індикаторами ефективності й іншими методологічними параметрами це випробування було подібним до інших. Крім того, через специфічний тип алергії тривалість призначення левоцетиризину у двох дослідженнях (6 і 12 тижнів

відповідно) і лоратадину в одному дослідженні (15 днів) була більшою за середню (4 тижні). Проте доза і частота прийому препарату були однаковими в усіх дослідженнях; усі пацієнти приймали препарат щодня 1 р/добу.

Стандартизована оцінка тяжкості симптомів захворювання в пацієнтів — учасників різних випробувань завжди є непростою завданням, проте роботи, що увійшли до метааналізу, були багато в чому подібні. Зокрема, це стосується медичного анамнезу, оскільки критерієм включення в усіх дослідженнях була тривалість АР принаймні 1-2 роки. До того ж в усіх пацієнтів оцінювали тяжкість симптомів захворювання ще до початку лікування. Наприклад, у дослідженні Ciebiada і співавт. пацієнти проходили двотижневий скринінговий період, протягом якого в них мала спостерігатися назальна обструкція з оцінкою принаймні 2 бали за 4-бальною шкалою. У дослідженнях Hampel і співавт. та Ratner і співавт. пацієнти мали продемонструвати помірні або тяжкі симптоми АР упродовж 4 днів до початку лікування. У дослідженнях Bachert і співавт. включали лише пацієнтів із загальною оцінкою симптомів АР > 6 балів за 15-бальною шкалою протягом останніх 4 або більше днів. Учасники дослідження Anolik і співавт. упродовж 3-7 днів мали вести щоденник, у якому відзначали тяжкість своїх симптомів; критеріями включення були принаймні помірні назальна обструкція, оцінки за шкалою TNSS (усі назальні симптоми АР) ≥ 6 балів і за шкалою TSS (усі симптоми АР) ≥ 11 балів до початку лікування.

Ефективність сучасних АГП є добре доведеною, ці препарати рекомендуються міжнародними настановами для лікування АР. Порівняно з АГП I покоління і лоратадин, і левоцетиризин мають значно менше побічних ефектів і менш виражену седативну дію. Проте проведений метааналіз за допомогою непрямого порівняння показав, що левоцетиризин набагато ефективніший за лоратадин у полегшенні симптомів АР. Цей результат заслуговує на вивчення в майбутніх прямих порівняльних дослідженнях.

Зважаючи на дуже добрий профіль безпеки, здатність ефективно полегшувати всі симптоми АР і позитивно впливати на якість життя пацієнтів з алергічними захворюваннями більш сучасні й ефективні АГП, такі як левоцетиризин, є препаратами першого вибору в лікуванні АР.

Список літератури знаходиться в редакції.
Стаття друкується в скороченні.

Mosges R., Konig V., Koberlein J. The effectiveness of levocetirizine in comparison with loratadine in treatment of allergic rhinitis – a meta-analysis. Allergol Int. 2011 Dec; 60(4): 541-6.

Переклав з англ. Олексій Терещенко

Таблиця. Дослідження, включені в метааналіз				
Препарат	Кількість пацієнтів	Кількість досліджень	Статистичний метод	Розмір ефекту АГП vs плацебо (95% ДІ)*
Левоцетиризин	320 (плацебо: 315)	3	Стандартизована різниця середніх	-0,59 (-0,89; -0,29) $p < 0,01$
Лоратадин	756 (плацебо: 847)	4	Стандартизована різниця середніх	-0,21 (-0,31; -0,10) $p < 0,01$

* Від'ємне значення вказує на зменшення симптомів порівняно з плацебо.

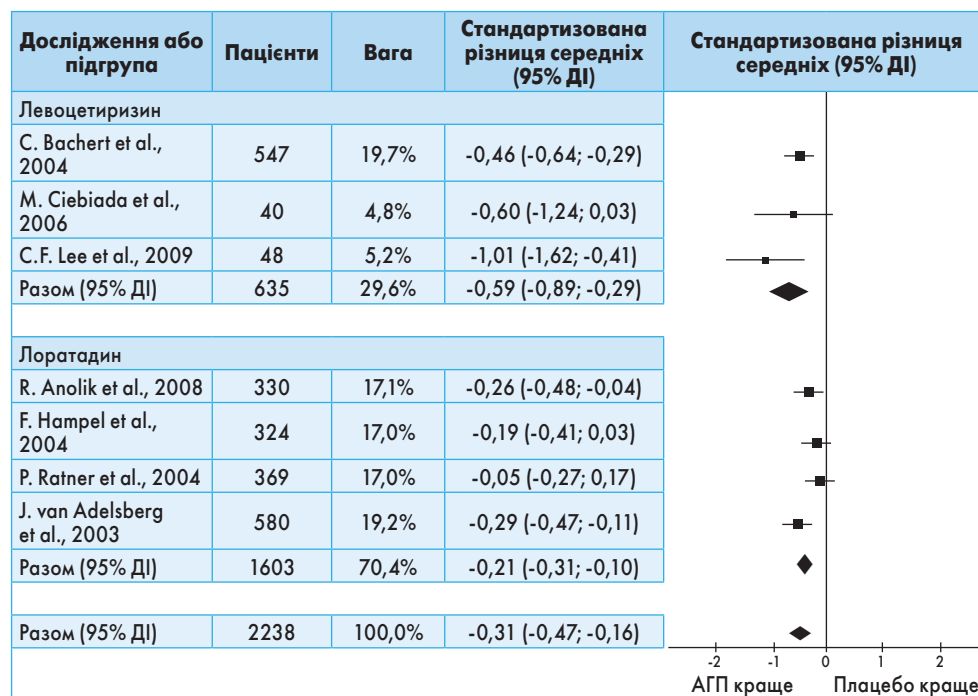


Рис. 1. Діаграма результатів метааналізу

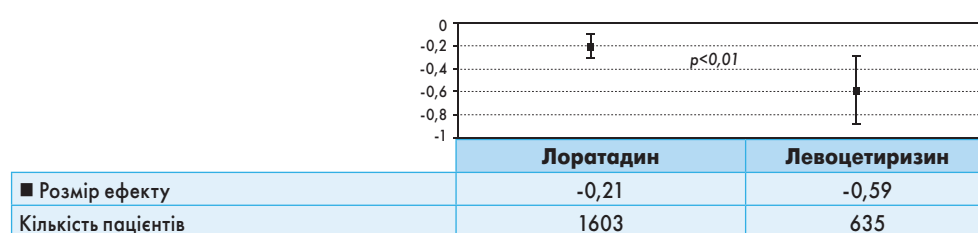


Рис. 2. Узагальнений аналіз терапевтичного ефекту

Медикаментозная и немедикаментозная профилактика неинфекционных заболеваний: взгляд в будущее

По материалам научно-практической конференции с международным участием, 20 апреля, г. Харьков

Проводить весной терапевтические чтения, посвященные памяти первого директора ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», выдающегося ученого, академика Любови Трофимовны Малой, стало хорошей традицией. В этом году мероприятие посетили свыше 200 ученых и врачей практического здравоохранения. Тезисы в сборник материалов были присланы из разных городов Украины, Словакии, России, Узбекистана. Во время конференции состоялись постерная сессия и выставка лекарственных препаратов.



Начиная работу мероприятия, директор ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Г.Д. Фадеенко выразила уверенность, что оно будет способствовать внедрению результатов научных исследований в практику учреждений здравоохранения, предоставляя каждому специалисту возможность для совершенствования и обогащения знаниями и опытом на благо страны и каждого гражданина.

В докладе «Токсические поражения печени в быту. Медицинский детектив» Г.Д. Фадеенко обратила внимание на то, что алкоголь оказывает прямое токсическое влияние, к которому наиболее чувствительны печень и головной мозг. Риск развития алкогольной болезни печени (АБП) повышается при злоупотреблении алкоголем длительностью >5-10 лет, при этом продолжительный ежедневный прием опаснее для печени в сравнении с периодическим, при котором орган имеет возможность восстанавливаться.

У людей, злоупотребляющих спиртными напитками, возникновение цирроза печени (ЦП) наблюдается в 7 раз чаще, чем у непьющих. Еще более пагубно алкоголь воздействует на мозг. Так, принятие 100 г водки сопровождается гибелью примерно 7,5 тыс. нейронов. Систематическое употребление алкоголя предшествует ЦП и печеночной энцефалопатии (ПЭ). Известно, что основой патологических расстройств при ПЭ является нарушение метаболизма аммиака, образующегося в основном печенью посредством дезаминирования. При этом нейтрализация аммиака происходит преимущественно в орнитиновом цикле. Лактулоза способствует уменьшению ПЭ путем угнетения роста протеолитических кишечных бактерий, связывания аммиака, перевода его в неактивную форму и ускорения выведения. Совместное применение адеметионина и урсодезоксихолевой кислоты усиливает терапевтический эффект за счет воздействия на разные механизмы патогенеза АБП.

Г.Д. Фадеенко привела показательный клинический случай, когда систематическое и длительное употребление алкогольных напитков стало причиной развития у пациента компенсированного ЦП. Эпизод приема большой дозы (возможно суррогатного) алкоголя привел к развитию острого гепатита (ОГ) на фоне ЦП. Употребление необоснованно высоких доз кортикостероидов без учета язвенного анамнеза и без прикрытия ингибиторами протонной помпы (ИПП) стало причиной острого желудочно-кишечного кровотечения и усугубления тяжести состояния (ПЭ, анемия и пр.). Назначенное лечение способствовало быстрому устранению основных проявлений ОГ и ПЭ, значимому улучшению как клинических, так и лабораторных показателей, а также обеспечило

регресс степени ПЭ, однако самостоятельное досрочное прекращение терапии привело к повторному возникновению патологических проявлений, что доказывает необходимость соблюдения стандартной продолжительности курса (3-6 мес).



Вопросам оптимизации терапии при кислотозависимых заболеваниях и коморбидной патологии, которые относятся к профессиональной деятельности гастроэнтерологов, семейных врачей, терапевтов, кардиологов, эндокринологов и др., уделил внимание **заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), доктор медицинских наук, профессор О.Я. Бабак.**

Диагностика кислотозависимых состояний на фоне коморбидной патологии производится с использованием базовых антисекреторных препаратов — ИПП, а терапию диффузных заболеваний печени целесообразно начинать с т. н. стартовых гепатопротекторов, которые купируют симптомы, что дает возможность параллельно проводить целевое обследование пациентов. При этом на эффективность лечения и скорость наступления ремиссии существенно влияют степень информированности врача и его умение использовать свои знания и навыки в конкретной клинической ситуации.



Заместитель директора по научной работе ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», доктор медицинских наук Е.В. Колесникова в докладе «Раннее старение сосудов: новая модель кардиоваскулярного риска» отметила, что сегодня подавляющее большинство случаев патологии, ассоциированной со старением, — это сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Последние десятилетия характеризуются принципиальными изменениями в структуре основных причин смерти. На первых позициях — неинфекционные заболевания, в частности ССЗ, бронхолегочные, сахарный диабет (СД), онкопатология и др. В Украине, как и в большинстве стран, лидируют ССЗ (70%).

По данным 24-летнего наблюдения в США было выявлено 5 факторов риска преждевременной смерти в результате ССЗ: курение, увеличение индекса массы тела, низкая физическая активность, питание с повышенным содержанием жира и низким — фруктов и овощей, злоупотребление алкоголем. Более 55% всех случаев смерти, 44% случаев смерти от рака

и 72% от ССЗ можно предотвратить при отказе от курения, нормализации веса, адекватной физической активности, соблюдении диеты и умеренном потреблении алкоголя.

В последнее время все чаще обсуждаются теории программированного старения. Речь идет о теломерной активности, предопределяющей темпы данного процесса, управление которой позволит продлевать жизнь и препятствовать сосудистому старению. Доказательством важной роли теломеразы в процессах сосудистого старения стали результаты исследования, продемонстрировавшие, что у пациентов в возрасте 40 лет даже без наличия ССЗ отмечается укорочение длины теломер, которое прогрессивно увеличивается по мере старения и присоединения кардиоваскулярной патологии. Кроме того, получены доказательства влияния стресса на теломеразу и длину теломер.

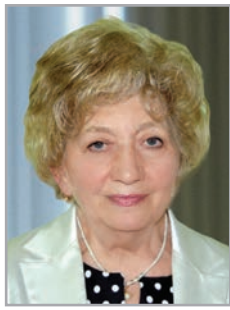
Нарушение функции сосудов в сочетании с хроническим воспалением характерны для СД, атеросклероза, артериальной гипертензии (АГ) и усугубляются с возрастом. Задача практического врача заключается в выявлении людей без видимых патологических проявлений, но с высоким риском сердечно-сосудистых катастроф и снижении кардиоваскулярного риска у пациентов, имеющих нарушения.



Вопросы коррекции сосудистых когнитивных расстройств в возрастном аспекте затронула **заведующая кафедрой неврологии № 1 ХНМУ, доктор медицинских наук, профессор И.А. Григорова.** Определив деменцию как синдром, при котором наблюдаются нарушения памяти, мышления, поведения и способности выполнять ежедневные действия, докладчик отметила, что данная патология поражает в основном пожилых людей, но не является нормальным спутником старения. В мире насчитывается 35,6 млн человек с деменцией, ежегодно регистрируется 7,7 млн новых случаев заболевания.

Одна из самых актуальных проблем современной неврологии — цереброваскулярные заболевания, в частности дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). Изменения в головном мозге при ДЭ носят стадийный характер и усугубляются на фоне отсутствия лечения. Основной целью терапии является снижение темпов прогрессирования ДЭ с устранением или уменьшением выраженности неврологических и психических проявлений заболевания, а также предупреждением развития транзиторных ишемических атак.

В развитых странах Европы, Америки и Азии каждый 4-й житель нуждается в церебропротекторной фармакологической защите с помощью прежде всего ноотропных средств, которые улучшают способность к обучению, память и умственную деятельность, а также повышают устойчивость организма к агрессивным воздействиям (гипоксии, интоксикациям). Базисная терапия позволяет пролонгировать бытовую независимость больного и снизить нагрузку по уходу для родственников и социальных служб.



Доктор медицинских наук, профессор ХНМУ О.Н. Ковалева обратила внимание слушателей на фармакологическую коррекцию церебральных осложнений АГ.

Значительная распространенность АГ, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста, привлекает к себе особое внимание, поскольку, несмотря на убедительные данные о важности антигипертензивной терапии в предупреждении когнитивных нарушений, существуют разногласия касательно тактики лечения этой категории больных, оптимального уровня снижения артериального давления (АД), достаточного для адекватной перфузии головного мозга. Известно, что АГ — фактор риска специфического поражения сосудов, формирования атеросклеротических бляшек, ускорения прогрессирования атеросклеротического процесса, апоптоза и некроза нейронов; на фоне АГ наблюдаются патологические изменения белого вещества головного мозга, церебральные микрокровоизлияния, лакунарные инфаркты, что подтверждается при магнитно-резонансном и морфологическом исследованиях.

Основная цель антигипертензивной терапии в разрезе профилактики когнитивных нарушений — эффективный контроль АД, что обеспечивается постоянным приемом препаратов пролонгированного действия. Следует избегать резких перепадов АД, стремиться к уменьшению выраженности его утреннего подъема, не допускать развития ортостатической гипотензии и улучшать характеристики суточного профиля АД. Сравнительная оценка результатов 19 рандомизированных исследований, в которых изучалась эффективность антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II), β -блокаторов, диуретиков и ингибиторов

ангиотензинпревращающего фермента у гипертензивных пациентов без ранее диагностированных цереброваскулярных нарушений, показала, что уровень снижения АД существенно не отличался. Антигипертензивный эффект ассоциировался с благоприятным влиянием на когнитивные функции и снижением риска развития деменции. При этом наиболее эффективными оказались АРА II. О снижении частоты когнитивных нарушений, обусловленных инсультом, у больных, которые получают антигипертензивную терапию, свидетельствуют такие исследования, как PROGRESS (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study) и Syst-Eur (Systolic Hypertension in Europe).

Учитывая, что механизмы, которые лежат в основе когнитивных нарушений и деменции, разноплановые (от субклеточных до макроструктурных), терапия церебральных осложнений АГ заключается в усилении мозгового кровотока, воздействии на нейрональную пластичность и нейропротекторном эффекте.



С сообщением «Одна железа — две проблемы: хронический панкреатит у больных СД 2 типа» выступила **заведующая кафедрой внутренней медицины № 3 ХНМУ, доктор медицинских наук, профессор Л.В. Журавлева**.

СД — одно из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает ведущее место не только среди эндокринных нарушений, но и в структуре неинфекционной патологии. По данным Международной диабетической федерации (IDF, 2010), в мире зарегистрировано 284 млн больных СД (их количество неуклонно растет), а 90-95% всех случаев заболевания — СД 2 типа. Вместе с тем распространенность хронического

панкреатита (ХП) в Украине составляет 2400-2760 эпизодов на 100 тыс. населения. За последние 10 лет уровень заболеваемости возрос на 71,3%.

Основные подходы в лечении ХП при СД 2 типа заключаются в заместительной ферментной терапии, обезболивающей, гиполипидемической и метаболической терапии, что способствует снижению клинических проявлений и нормализации функции поджелудочной железы (ПЖ). При развитии экзокринной недостаточности ПЖ у больных ХП назначение ферментных препаратов является жизненно необходимым, в том числе при СД 2 типа. Заместительная терапия панкреатическими ферментами улучшает всасывание жиров, способна нормализовать нутритивный статус и предотвратить развитие остеопороза, улучшает качество жизни больных ХП. Применение препаратов α -липоевой кислоты обеспечивает выраженный терапевтический эффект — восстановление метаболических процессов, торможение прогрессирования ХП, устранение проявлений мезенхимально-воспалительного синдрома, а также внутри- и внешнесекреторной недостаточности ПЖ, улучшение показателей углеводного и липидного обмена.

В ходе конференции рассматривались вопросы, касающиеся антитромбоцитарной терапии в рамках первичной и вторичной профилактики ССЗ, особенностей ведения АГ у лиц пожилого возраста, оптимизации реваскуляризационных технологий, используемых в лечении острого инфаркта миокарда, и др. Мероприятие вызвало большой интерес у практикующих врачей — терапевтов, кардиологов, нефрологов, гастроэнтерологов, семейных врачей. Надеемся, что специалисты пополнили свои знания новыми данными, касающимися медикаментозной и немедикаментозной профилактики неинфекционных заболеваний.



ДАЙДЖЕСТ

АЛЕРГОЛОГІЯ

Прием антисекреторных препаратов во время беременности может повышать риск развития бронхиальной астмы у будущего ребенка

Согласно результатам недавнего исследования препараты для борьбы с изжогой, принимаемые беременными женщинами, могут провоцировать развитие бронхиальной астмы (БА) у будущего ребенка.

Ощущение жжения за грудиной испытывают >50% беременных женщин в разные периоды беременности, чаще во II и III триместрах. В большинстве случаев возникновение гастроэзофагеального рефлюкса во время беременности связано с изменением гормонального фона (релаксирующее действие прогестерона на пищеводный сфинктер) или повышением внутрибрюшного давления за счет увеличения размеров матки. Для купирования симптомов изжоги у беременных в настоящее время рекомендовано применение антацидных препаратов или их комбинации с альгинатами. При неэффективности рекомендованных лекарственных средств в качестве варианта терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни могут быть использованы блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов или ингибиторы протонной помпы (ИПП). Однако исследований, доказывающих абсолютную безопасность последних для будущего ребенка, в настоящее время проведено недостаточно.

С этой целью группа экспертов из университетов Эдинбурга (Шотландия) и Тампере (Финляндия) под руководством А. Sheikh провела анализ 8 клинических исследований с участием >1,3 млн детей. Ученые обнаружили, что у детей, чьи матери во время беременности принимали ИПП, такие как омепразол или эзомепразол, и блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов, например фамотидин, риск развития БА повышался на 30 и 46% соответственно. Некоторые данные также указывали и на повышенную вероятность развития аллергических дерматитов.

В настоящий момент причина развития БА остается невыясненной. Такой причиной может быть либо непосредственно антисекреторный препарат, либо другой общий фактор, провоцирующий гастроэзофагеальный рефлюкс у беременных, а впоследствии и БА у ребенка. Авторы исследования отмечают, что полученные результаты в настоящий момент не могут стать поводом для изменения подходов к терапии изжоги у беременных.

Sheikh A., Devine R. E. et al. Acid-suppressive medications during pregnancy and risk of asthma and allergy in children: A systematic review and meta-analysis. Heartburn Drugs in Pregnancy Link to Child Asthma. Medscape, 09 Jan 2017. Asthma Risk in Children Linked to PPI Heartburn Drugs. Drugwatch, 19 Jan 2017.

Депрессия во время беременности приводит к изменению уровня иммуноглобулина А в кишечнике младенца

Секреторный иммуноглобулин А (IgA) является важным компонентом иммунной защиты слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Снижение продукции IgA связано с повышенным риском развития аллергических заболеваний. При изучении влияния стрессовых факторов на плод у лабораторных животных были обнаружены изменения как во влагалищном, так и в кишечном микробиоме, а также более низкие концентрации IgA у потомства.

В настоящем исследовании ученые оценили изменения уровня фекального IgA у 4-месячных младенцев в зависимости от наличия до- или послеродовой депрессии у матерей, проанализировав данные 47 доношенных детей из исследования CHILd (Canadian Healthy Infant Longitudinal Development).

Об эмоциональных расстройствах как в дородовом, так и послеродовом периоде сообщили 32% матерей (только послеродовой депрессией страдали 11% участниц). Средняя

концентрация фекального IgA у детей, рожденных от матерей с послеродовыми психическими нарушениями, была ниже таковой у младенцев, чьи матери не испытывали колебаний настроения, однако это различие не достигло статистической значимости (10,9 МКФ (межквартильный размах =4,5-27,8) vs 13,5 (МКФ=7,2-36,4) мкг/г; $p=0,63$).

Таким образом, эмоциональные нарушения, испытываемые во время беременности или после родов, оказывают отрицательное влияние на концентрацию IgA у младенцев и могут провоцировать развитие у них аллергических заболеваний в будущем. Статистическая недостоверность результатов может быть связана с небольшой выборкой исследования, а также неточностями, обусловленными определением концентрации общего, а не секреторного IgA.

Kang J. L., Koleva P. T. et al. Maternal depression during pregnancy and 4-month infant gut immunoglobulin A levels. Allergy, Asthma and Clinical Immunology 2016.

Бронхиальная астма повышает риск развития ожирения у детей

Бронхиальная астма значительно повышает риск развития ожирения у детей — такие данные были опубликованы в недавнем выпуске журнала American Journal of Respiratory and Critical Care. Ожирение у детей часто развивается на фоне БА, однако до сих пор неизвестно, является ли БА фактором риска избыточной массы тела (ИМТ), или же избыточный вес приводит к развитию легочной патологии.

С целью подтверждения и оценки предполагаемой корреляции между БА и ожирением американские исследователи под руководством Z. Chan из Университета Южной Калифорнии (г. Лос-Анджелес, США) проанализировали данные детей в возрасте 5-8 лет ($n=2171$), принимавших участие в исследовании Southern California Children's Health Study, посвященном изучению здоровья детей и подростков. Период наблюдения за больными составил 10 лет, в течение которого ученые ежегодно оценивали ИМТ участников и степень контроля БА.

С учетом социально-экономических факторов, состояния здоровья детей, а также влияния пассивного курения было обнаружено, что риск развития ожирения у детей с БА превышает таковой у их здоровых сверстников на 51% (ОР 1,51; 95% ДИ 1,08-2,10). Полученные результаты подтвердились при анализе данных еще одной группы детей ($n=2684$): БА ассоциировалась с увеличением риска развития ожирения на 56% (ОР 1,56; 95% ДИ 1,11-2,19). Эксперты отметили, что периодическое использование ингаляторов для купирования приступов БА (но не других лекарственных средств для лечения БА) снижало потенциальный риск развития ожирения. Так, у детей, использовавших подобные ингаляторы, ожирение диагностировалось в 2 раза реже, чем у пациентов, не применявших данные лекарственные формы (ОР 0,57; 95% ДИ 0,33-0,96). Ученые предполагают, что β -адреномиметики, входящие в состав небулайзеров, взаимодействуют с рецепторами клеток жировой ткани и предотвращают развитие ожирения, ускоряя метаболизм липидов.

В связи с тем что исследование было ограничено отсутствием достаточной информации о физической активности и особенностях диеты маленьких пациентов, эксперты отмечают необходимость подтверждения результатов в дополнительных исследованиях. Тем не менее полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и лечения БА во избежание замыкания механизмов развития БА и ожирения в порочный круг.

Chen Z. et al. Children With Asthma More Likely to Develop Obesity. Medscape, 20 Jan 2017.

Подготовила **Дарья Коваленко**

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 фуруат і азеластину гідрохлорид; 1 доза містить мометазону фуруату 50 мкг та азеластину гідрохлориду 140 мкг; допоміжні речовини: целюлоза мікрокристалічна та натрію карбоксиметилцелюлоза; натрію кармеллоза; 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.** **Фармакокінетика.** Комбінований протинабряковий засіб для місцевого застосування, який містить мометазону фуруат та азеластину гідрохлорид. Азеластину гідрохлорид – похідне фталазину. Виявляє пролонговану антиалергічну дію. Має виражені селективні властивості антагоніста гістамінових H₁-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 H₁-рецепторів. Мометазону фуруат – 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 фуруату в основному пов'язаний з його здатністю пригнічувати вивільнення медіаторів алергічних реакцій. Дослідження показали, що мометазону фуруат 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 фуруату або до інших компонентів препарату. Непікована 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 впорсують 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 фуруату, 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, диспсія 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 гірклий 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, парестезія, 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 фуруату.** 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 фуруату: 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 °C. Не заморозувати. 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.** Glenmark Pharmaceuticals Ltd. / Glenmark Pharmaceuticals Ltd. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Блок III, село Кішанпура, Бадді-Налагарх Роуд, техіл 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: UA14550/01/01, 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.

Можливості топічної терапії в лікуванні алергічного риніту

Як відомо, алергічний риніт (АР) є проблемою, що з кожним роком викликає все більше занепокоєння лікарів. Причина, безумовно, полягає в збільшенні розповсюдження цього захворювання. Окрім того, вчасно недіагностований та нелікований АР призводить не тільки до поступового розширення спектра алергенів, до яких у хворого виникає сенсibilізація, а й до бронхіальної астми (БА). Важливо відзначити, що протягом останнього десятиріччя спостерігалось погіршення статистики стосовно розповсюдження АР, водночас покращилися методи діагностики та лікування АР як за рахунок широкого впровадження в клінічну практику алергенспецифічної імунотерапії, так і вдосконалення засобів для симптоматичної терапії. Перш за все йдеться про топічні засоби, можливості та рівень безпеки яких щороку вдосконалюються.



З огляду на це не викликає здивування той факт, що алергологи, оториноларингологи та сімейні лікарі дедалі частіше обговорюють ефективність та безпеку протиалергічних інтраназальних засобів. Не оминули увагою цю проблему й на щорічній конференції товариства оториноларингологів України «Фармакотерапія та хірургічні методи лікування захворювань ЛОР-органів у дорослих та дітей», що відбулася 15-16 травня в м. Запоріжжі. Окрема секція заходу була присвячена саме АР, в якій взяли участь не тільки оториноларингологи, але й провідні алергологи країни. Так, **заступник керівника Центру алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів і вуха ДУ «Інститут отоларингології ім. А.І. Коломійченка НАМН України», доктор медичних наук Інна Володимирівна Гогунська** презентувала доповідь на тему «Нові напрямлення в діагностиці та лікуванні алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів».

— АР являє собою захворювання, яке характеризується IgE-опосередкованим запаленням, що розвивається внаслідок потрапляння алергенів на слизову оболонку носа, і наявністю таких симптомів, як закладеність носа, виділення з носа, чхання, назальний зуд. АР є однією з найбільш поширених хвороб серед пацієнтів молодше 18 років; за підрахунками експертів, у світі близько 500 млн осіб схильні до цього захворювання. Сьогодні золотим стандартом діагностики АР є алерготестування, яке є необхідною умовою для початку специфічного лікування алергії, усунення контакту з алергеном, оцінки подальшого прогнозу, ранньої ідентифікації дітей з підвищеним ризиком виникнення алергічної патології. Алерготестування показано особам з імовірно алергічною симптоматикою АР, особливо це актуально в разі вперше виявленої гострої симптоматики, персистуючого або рекурентного перебігу хвороби, а також коли існує необхідність у профілактичній терапії. Сучасним тестом на наявність сенсibilізації у хворого є дослідження, під час якого вимірюється рівень специфічних IgE до найбільш поширених інгаляційних алергенів. Цей метод як своєрідний скринінг використовується у всьому світі для первинної діагностики чутливості до інгаляційних алергенів. Тест дозволяє визначити підвищення рівня специфічних IgE одночасно до алергенів різних груп, таких як пилокві, плісняві, кліщові, алергени тварин, тарганів і т. ін. Слід зазначити, що за висновком дослідження неможливо встановити, до якого саме алергену виявлено підвищений рівень антитіл, проте в разі негативного результату алергічна патологія може бути виключена. В ході аналізу перевіряється наявність atopії — особистості або сімейної схильності до вироблення специфічних IgE у відповідь на нормальний вплив алергенів, що часто зустрічаються. Отже, переоцінити значення вказаного методу в диференційній діагностиці АР наразі важко. Особливо це важливо для лікарів неалергологічної спеціалізації, коли консультація лікаря-алерголога для пацієнта є своєрідною розкішшю і до того ж її призначення повинно бути суворо обґрунтованим. При цьому позитивний результат дослідження є 100% показанням для консультації алерголога. Отже, первинна

діагностика АР сьогодні вже не є настільки складним завданням. Проте терапія АР усе ще залишається об'єктом безлічі суперечок. При цьому у світі вже давно оцінили переваги ступеневої терапії АР, на кшталт такої, що проводиться при БА. Адаптовану схему ступеневої терапії АР згідно із сучасними стандартами наведено в таблиці.

Як бачимо, однією з найпоширеніших комбінацій на всіх етапах терапії АР є ІАГП + ІКС. М. Kaliner (2007) запропонував при всіх типах АР використовувати комбінацію ІАГП + ІКС в одній лікарській формі. Застосування цих двох активних компонентів у рамках одного препарату відображає всі фармакологічні принципи ведення пацієнтів з АР відповідно до критеріїв ARIA. До того ж доведено, що комбінація азеластину (ІАГП) з ІКС є більш ефективною, ніж монотерапія цими двома препаратами (Ratner P.H. et al., 2008).

Зареєстрованим в Україні комбінованим препаратом, що містить ІКС у поєднанні з ІАГП, є Гленспрей з азеластином («Гленмарк»). Діючими речовинами спрею є мометазону фураат (50 мкг/дозу) та азеластин (140 мкг/дозу). Особливість комбінації спрею полягає в тому, що препарат забезпечує не тільки надійний контроль над симптомами АР, але й швидкий початок дії, що не є характерним для монотерапії ІКС. Так, азеластин у складі Гленспрею вже на 12-й хвилині блокує H₁-гістамінові рецептори, за рахунок чого зменшується вивільнення гістаміну опасистими клітинами та базофілами, реалізується мембраностабілізуюча дія. Мометазону фураат протягом 24 годин знижує кількість опасистих клітин, базофілів, Т-лімфоцитів в епітелії, інгібує продукцію IgE. Комбінація вже має досить вагому доказову базу. Так, у дослідженні Н.М. Ненашевої (2016) вивчалась ефективність та безпека фіксованої комбінації мометазону фураат-азеластин порівняно з оригінальними препаратами азеластину гідрохлорид і мометазону фураат, що застосовувалися з одним з окремих пристроїв. У дослідженні були оцінені назальні (Total Nasal Symptom Score, TNSS) і неназальні (Total Non-Nasal Symptom Score, TNNSS) симптоми сезонного АР в умовах 14-денного інтраназального застосування цих препаратів. У дослідженні взяли участь 220 пацієнтів віком від 18 до 65 років із встановленим діагнозом сезонний АР, які мали середньотяжкі (тяжкі) симптоми. Усі пацієнти були рандомізовані у відкрите мультицентрове клінічне дослідження, проведене в 16 центрах РФ у період із квітня по вересень 2014 року. Терапія сприяла вираженому зниженню як назальних симптомів, що оцінювалися за шкалою TNSS (у середньому на 89,6% щодо вихідного візиту, p<0,05), так і неназальних, що оцінювалися за допомогою TNNSS (у середньому на 92,8% стосовно вихідного візиту, p<0,05), у пацієнтів, які отримували фіксовану комбінацію та препарати порівняння. Аналіз якості життя пацієнтів, оцінений за допомогою стандартизованого опитувальника (Rhinosconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, RQLQ), показав значущу позитивну динаміку терапії досліджуваним препаратом і препаратами порівняння (p<0,05). Було продемонстровано, що в пацієнтів усіх груп назальні симптоми сезонного алергічного риніту (САР) зменшилися в середньому на 89,6%. Редукція неназальних симптомів САР у хворих у процесі терапії мала аналогічну динаміку. У пацієнтів усіх груп, що досліджувалися, неназальні симптоми САР зменшилися в середньому на 92,8%.

Порівняльний аналіз медичних показників учасників дослідження продемонстрував відсутність статистично достовірної різниці в оцінці ефективності лікування з боку лікаря/пацієнта через 14 днів застосування препаратів, що досліджувалися (p>0,05). Переважна більшість пацієнтів і вчених оцінили ефективність терапії вказаним засобом, а також препаратами порівняння як «відмінну» або «хорошу». Усі досліджувані засоби виявили високу безпеку і хорошу переносимість. Таким чином, результати дослідження довели, що препарат (фіксована комбінація азеластину гідрохлорид 140 мкг + мометазону фураат 50 мкг, «Гленмарк Фармасьютікалз Лімітед», Індія) у вигляді назального спрею є не менш ефективним і безпечним порівняно з оригінальними препаратами азеластину гідрохлорид (спрей назальний) і мометазону фураат (спрей назальний), які застосовуються з окремих пристроїв. Проте використання комбінованого спрею порівняно з двома окремими препаратами має низку переваг, серед яких — вищий рівень комплаєнсу (адже будь-якому пацієнту простіше використовувати один засіб замість двох) та економічна вигода.

Можливостям топічної терапії АР була також присвячена доповідь **провідного наукового співробітника ДУ «Інститут отоларингології ім. А.І. Коломійченка НАМН України», доктора медичних наук Діани Дмитрівни Заболотної**.

— Патогенетичну основу АР складають IgE-опосередковані алергічні реакції, з розвитком яких починається формування алергічного запалення. Тригером такої реакції слугує контакт IgE з алергеном, що викликає в сенсibilізованих людей розвиток алергічного каскаду. Імунологічна стадія алергічної реакції переходить у патохімічну та патофізіологічну, під час яких відбувається вивільнення медіаторів алергії. Препарати для симптоматичного контролю АР впливають на основні ланки механізму, що описаний. Так, антигістамінний засіб азеластин є потужним селективним блокатором H₁-рецепторів гістаміну, завдяки чому реалізує антигістамінну, протиалергічну та мембраностабілізуючу дію. Азеластин знижує проникність капілярів та ексудацію, запобігає виходу крізь цитолему тих біологічно активних речовин (гістамін, серотонін, лейкотрієни, тромбоцит-активуючий фактор та ін.), що викликають каскад ранньої та пізньої фаз алергічного запалення. Перевагою азеластину є мінімальне всмоктування слизовими оболонками при інтраназальному застосуванні, що майже виключає системну дію. За рахунок останнього азеластин є безпечним засобом, який не викликає тахіфілаксії, завдяки чому може застосовуватися безперервно до 8 тижнів. Іншою перевагою препарату є швидкий початок дії — ефект помітний уже на 12-15-й хвилині після застосування. Ефективність та безпеку азеластину доведено низкою досліджень. Наприклад, у роботі А. Ellis і співавт. (2013) було показано, що азеластин забезпечує більш швидке усунення симптомів АР порівняно з прийомом ОАГП при зіставному рівні ефективності. Дослідження F. Aksoy і співавт. (2015) демонструє безпеку азеластину, адже, за даними авторів, 30-денний прийом азеластину інтраназально не впливає на якісний та кількісний склад мікрофлори слизової оболонки носа.

Мометазону фураат є ІКС, який сьогодні вже не треба представляти. Цей засіб ефективно усуває всі симптоми АР, при цьому починає діяти вже через 12 годин після прийому першої дози. У багаточисленних дослідженнях було показано, що мометазону фураат пригнічує синтез та вивільнення гістаміну, лейкотрієнів, прозапальних інтерлейкінів, інтерферону та фактора некрозу пухлини клітинами-мішенями першого та другого порядку. Препарат має доведені протиалергічні та протизапальні ефекти, обумовлені високим рівнем спорідненості мометазону до глюкокортикостероїдних рецепторів, що в декілька разів перевищує цей показник в інших ІКС.

У метааналізі Shaoyan Feng і співавт. (2016) було проаналізовано ефективність комбінації азеластин + мометазону фураат при АР. Аналіз 6 рандомізованих досліджень показав, що комбінована терапія є більш ефективною в усуненні назальних симптомів АР за монотерапію ІКС, ІАГП та плацебо.

Таким чином, комбінацію ІКС та ІАГП (мометазону фураат та азеластин) доцільно використовувати на всіх етапах лікування АР. Препаратом, що містить ці 2 лікарські компоненти, є Гленспрей з азеластином — безпечний та ефективний засіб для усунення всіх симптомів АР.

Отже, останніми роками перевага в лікуванні АР віддається безпечним препаратам нової генерації. Протиалергічні засоби не оминув світова тенденція випуску фіксованих комбінацій, що значно спрощує лікування. Гленспрей з азеластином є високо-ефективним та безпечним комбінованим препаратом для лікування АР, який впливає на всі основні ланки патогенезу алергічного запалення.

Підготувала **Олександра Меркулова**

Таблиця. Ступеневий підхід до медикаментозного лікування АР (Фещенко Ю.І., Яшина Л.О. та ін., 2015; адаптовано за Meiltez E.O., Allergy Asthma Proceedings, 2013)					
Легкий чи інтермітуючий АР			Тяжкий персистуючий АР		
Оптимальний вибір				Ступінь 5	Крок угору (у разі необхідності)
			Ступінь 4	ІКС + ІАГП + ОАГП + МЛ чи ДК	
		Ступінь 3	ІКС + ІАГП	Альтернатива Розглянути використання топічних ДК тимчасово разом з ІКС. 5-7 днів ОКС, далі місцево ІКС + ІАГП + інтра-тропій при передній ринорей.	
	Ступінь 2	Щоденно ІКС	Альтернатива ІАГП + ОАГП + МЛ або ДК. Рекомен-дується АСІТ	Омалізумаб при коморбідно-сті з БА	Оцінити контроль, тяжкість симптомів, якість життя
Ступінь 1	ІКС або регулярно ІАГП				Крок униз (по можливості)
ІАГП або ОАГП (за потреби)	Альтернатива ОАГП чи МЛ, або ОАГП + ДК	Альтернатива ОАГП + МЛ чи ОАГП + МЛ + ДК. Треба розгля-нути питання про АСІТ			
Примітка: ІАГП – інтраназальні антигістамінні препарати; ІКС – інгаляційні кортикостероїди; ОАГП – оральні антигістамінні препарати; МЛ – модифікатори лейкотрієнів; ДК – деконгестанти; ОКС – оральні кортикостероїди; АСІТ – алергенспецифічна імунотерапія.					

Низкие дозы кларитромицина эффективны в качестве дополнительной терапии у детей с БА

Во многих экспериментальных и клинических исследованиях было показано, что положительный эффект применения макролидов при заболеваниях бронхолегочной системы, в частности при БА, помимо антибактериальных свойств обусловлен их противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Известно, что причиной обострений и тяжелого течения БА может быть инфицирование больных *Mycoplasma pneumoniae*. Существует гипотеза, согласно которой влияние микробной стимуляции приводит к индукции Т-хелперов 2 типа или IgE-опосредованной гиперчувствительности, провоцируя воспалительную реакцию у пациентов с БА на фоне микоплазменной инфекции.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности низких доз кларитромицина в улучшении функции легких и сокращении частоты обострений БА у детей.

В исследовании приняли участие 58 пациентов (55% мальчиков) с легкой персистирующей астмой, средний возраст которых составлял 10,5 года. После отмены системных кортикостероидов и антагониста лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) и 7-дневного периода вымывания пациенты были рандомизированы на 2 группы: для получения кларитромицина в дозе 5 мг/кг (n=36) или плацебо (n=22) на протяжении 4 нед. У всех участников была выявлена сенсibilизация к ингаляционным аллергенам (пылевым клещам, тараканам, эпителию собаки или кошки и пыльце амброзии).

Исследование завершили 56 участников. В группе активной терапии IgM- и IgG-антитела к *M. pneumoniae* в сыворотке крови были выявлены у 41,7% (n=15) и 58,3% (n=21) пациентов, а в группе контроля – у 35% (n=7) и 65% (n=13) соответственно. Терапия кларитромицином привела к достоверному улучшению показателей функции легких: увеличению объема форсированного выдоха за 1 с и максимальной объемной скорости выдоха в интервале 25-75% форсированной жизненной емкости легких, снижению концентрации оксида азота в выдыхаемом воздухе, особенно среди лиц с микоплазменной инфекцией. Кроме того, применение препарата было связано с улучшением оценки по тесту контроля БА (Childhood Asthma Control Test) с <19 до ≥20 баллов, снижением количества эозинофилов и катионного белка эозинофилов в крови. Ученые не зафиксировали изменения уровня общего IgE крови.

Таким образом, назначение кларитромицина в субтерапевтических дозах ассоциировано с улучшением показателей функции легких, контроля заболевания и уменьшением эозинофильного воспаления у детей с БА. Для окончательного подтверждения эффективности и безопасности подобной терапии требуются дополнительные исследования с большим размером выборки.

Kong-Sang Wan et al. Effects of low-dose clarithromycin added to fluticasone on inflammatory markers and pulmonary function among children with asthma: A randomized clinical trial. Allergy Rhinol (Providence). 2016 Fall; 7(3): e131-e134.

Употребление рыбьего жира во время беременности снижает риск развития бронхолегочных заболеваний у новорожденных

В ходе нескольких наблюдательных исследований было установлено, что пониженное употребление с пищей беременными длинноцепочечных омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ДЦПНЖК) ассоциировано с повышенным риском развития БА у новорожденного. Однако в настоящий момент проведено недостаточное количество рандомизированных контролируемых исследований, посвященных выявлению взаимосвязи.

В двойном слепом плацебо-контролируемом испытании приняли участие 736 беременных (гестационный срок ≥ 22 недели), которые были рандомизированы поровну на 2 группы: для получения 2,4 г омега-3 ДЦПНЖК в день (рыбий жир, содержащий 55% эйкозапентаеновой кислоты и 37% докозагексаеновой кислоты) или плацебо (оливковое масло, содержащее 72% олеиновой кислоты и 12% линолевой кислоты). В качестве первичной конечной точки рассматривалась частота развития БА или бронхообструктивного синдрома у будущих детей, в качестве вторичных – частота развития экземы и других аллергических заболеваний, инфекционных поражений нижних дыхательных путей и обострений БА.

В общей сложности по окончании 3-летнего периода наблюдения специалисты оценили состояние здоровья 695 детей. Первичная конечная точка в группе активного лечения была зарегистрирована у 16,9% пациентов, в группе плацебо – у 23,7% (ОР 0,69; 95% ДИ 0,49-0,97; $p=0,035$), что соответствует снижению ОР на 30,7%. В ходе анализа данных участников обеих групп было обнаружено, что лучший эффект от применения омега-3 ДЦПНЖК был у детей, рожденных от женщин, чьи показатели уровней эйкозапентаеновой и докозагексаеновой кислот в сыворотке крови были самыми низкими на момент рандомизации: 17,5 vs 34,1% соответственно (ОР 0,46; 95% ДИ 0,25-0,83; $p=0,01$). Анализ вторичных конечных точек показал тенденцию к снижению риска развития инфекций нижних дыхательных путей – ИДП (31,7 vs 39,1% соответственно; ОР 0,75; 95% ДИ 0,58-0,98; $p=0,033$), но статистически недостоверное снижение частоты развития экземы или других аллергических заболеваний и обострений БА.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что повышенное потребление омега-3 ДЦПНЖК в III триместре беременности достоверно снижает абсолютный риск развития БА, бронхообструктивного синдрома и ИНДП у будущего ребенка.

Bisgaard H., Stokholm J. et al. Fish Oil–Derived Fatty Acids in Pregnancy and Wheeze and Asthma in Offspring. N Engl J Med 2016; 375:2530-2539. 29 Dec 2016.

Підготувала **Дар'я Коваленко**

Рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности цетиризина и лоратадина в лечении сезонного аллергического ринита у детей

Фармакотерапия является основным методом лечения аллергических заболеваний. Многие медицинские специалисты используют безрецептурные антигистаминные препараты в терапии симптомов сезонного аллергического ринита (САР) у детей. Целью данного исследования было оценить эффективность и безопасность цетиризина и лоратадина в дозе 10 мг в форме сиропа у детей в возрасте 6-11 лет с САР по сравнению с соответствующими показателями для плацебо.

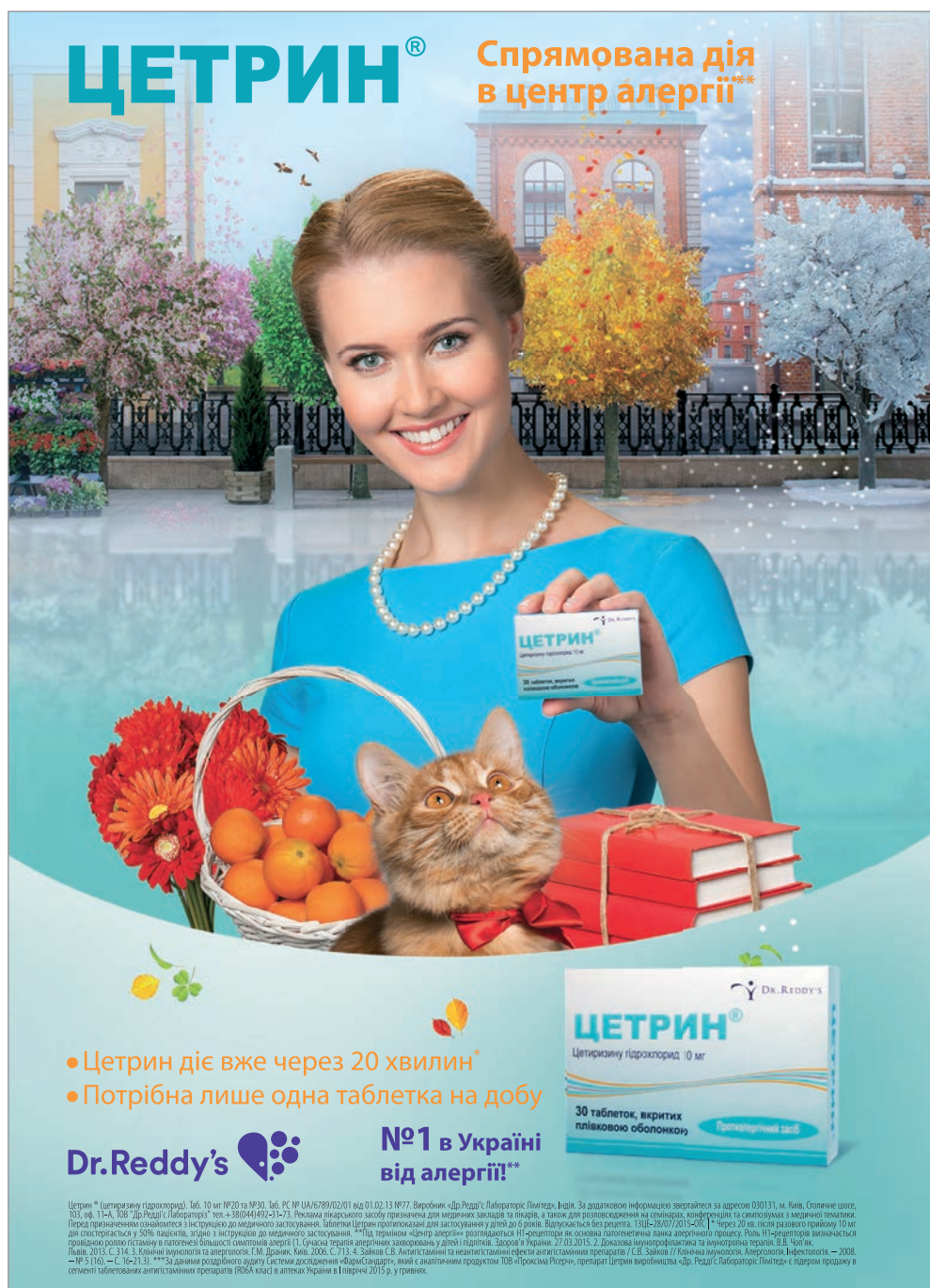
Методы. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование в параллельных подгруппах было проведено в 71 медицинском центре США в сезон весеннего цветения. Участники, прошедшие отбор после 1 нед подготовительного периода, были рандомизированы в 3 группы для получения 1 р/сут в течение 2 нед цетиризина в дозе 10 мг (n=231), лоратадина в дозе 10 мг (n=221) или плацебо (n=231). В качестве первичной конечной точки эффективности рассматривалось изменение показателей шкалы общей оценки тяжести симптомов (Total Symptom Severity Complex, TSSC) в течение 14 дней по сравнению с исходными.

Результаты. У детей, получавших цетиризин, наблюдалось статистически более выраженное снижение показателей шкалы TSSC в течение 14 дней, чем у пациентов группы плацебо (среднее изменение по методу наименьших квадратов -2,1 vs -1,6; $p=0,006$). Статистически значимой разницы в улучшении симптомов по шкале TSSC за эти 14 дней между группами цетиризина и лоратадина (-2,1 vs -1,8; $p=0,124$), а также между группами лоратадина и плацебо (-1,8 vs -1,6; $p=0,230$) не выявлено. Преобладающими побочными эффектами в группах цетиризина, лоратадина и плацебо были головная боль (3,5; 3,6, и 3,1% участников соответственно) и фарингит (3,5; 2,7 и 3,5% пациентов соответственно). У 3 детей из группы цетиризина (1,3%) отмечалась сонливость.

Выводы. Цетиризин в дозе 10 мг обладал статистически значимо большей эффективностью по сравнению с плацебо в лечении симптомов САР у детей в возрасте от 6 до 11 лет. Между пациентами, получавшими лоратадин в дозе 10 мг и плацебо, значительных различий в улучшении симптомов САР не было выявлено.

Nayak A.S. et al. Randomized, placebo-controlled study of cetirizine and loratadine in children with seasonal allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc. 2017 May 1; 38 (3): 222-230.

Перевел с англ. **Игорь Кравченко**



Цефодокс

При інфекціях ЛОР-органів
та дихальних шляхів

10 років
успіху



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФОДОКС

Склад: діюча речовина: cefodoxime; 1 таблетка містить цефподоксиму (у формі проксетилу) 100 мг або 200 мг; 5 мл суспензії містять цефподоксиму (у формі проксетилу) 50 мг або 100 мг. Лікарська форма: таблетки, вкриті плівковою оболонкою; порошок для оральної суспензії. Показання. Інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: ЛОР-органів (включаючи синусит, тонзиліт, фарингіт); для лікування тонзиліту і фарингіту Цефодокс призначають у разі хронічної або рецидивуючої інфекції, а також у випадках відомої або підозрюваної нечутливості збудника до широкозастосовуваних антибіотиків; дихальних шляхів (включаючи гострий бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію); неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки); неускладнений гонококовий уретрит. Протипоказання. Підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринів, пеніцилінів. Дитячий вік до 12 років (таблетки). Спадкова непереносимість фруктози або недостатність сахарози-ізомальтази. Спосіб застосування та дози. Суспензія Цефодокс призначена для застосування у педіатрії. Готову суспензію слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Таблетки Цефодокс слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Немає необхідності змінювати дози для дітей з печінковою недостатністю. Порушення функції нирок: немає необхідності змінювати дозу лікарського засобу Цефодокс якщо кліренс креатиніну >40 мл/хв., якщо концентрація креатиніну нижче 40 мл/хв., фармакокінетичні дослідження вказують на збільшення періоду напіввиведення та максимальної концентрації у плазмі крові, тому доза препарату повинна бути відрегульована; хворим, які перебувають на гемодіалізі, призначають розраховану залежно від маси тіла разову дозу після кожного сеансу діалізу. Дітям віком від 5 місяців до 12 років препарат призначати у дозі 10 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати у 2 прийоми з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Для дорослих і дітей віком від 12 років з нормальною функцією нирок рекомендовані такі дози: синусит – 200 мг двічі на добу, інші інфекції ЛОР-органів (у т.ч. тонзиліт, фарингіт) – 100 мг двічі на добу; інфекції дихальних шляхів (включаючи гострий бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію) – 100-200 мг двічі на добу; неускладнені інфекції верхніх сечовивідних шляхів (гострий пієлонефрит) - 200 мг двічі на добу, неускладнені інфекції нижніх сечовивідних шляхів (цистит) - 100 мг двічі на добу; інфекції шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки) - 200 мг двічі на добу; неускладнений гонококовий уретрит - 200 мг одноразово. Термін лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Пацієнти літнього віку: немає необхідності змінювати дозу пацієнтам літнього віку з нормальною функцією нирок. Побічні реакції. Застосовується така класифікація частоти виникнення побічних ефектів: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$, $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10\,000$, $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10\,000$). Інфекції та інвазії: рідко – суперінфекція, спричинена деякими грибами роду Candida, нечутливими до цефподоксиму; дуже рідко – коліт, пов'язаний із застосуванням антибіотиків. З боку кровотворення: рідко – еозинofilія; дуже рідко – лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, агранулоцитоз, зниження концентрації гемоглобіну, гемолітична анемія, З боку імунної системи: рідко – гіперчутливість, анафілактичні реакції. Метаболічні порушення: рідко – зневоднення, подагра, периферійний набряк, збільшення маси тіла. З боку кістково-м'язової системи: рідко – міалгія. З боку нервової системи: нечасто – цефалгія; рідко – вертиго; дуже рідко – запаморочення, безсоння, сонливість, невроз, роздратованість, нервозність, незвичні сновидіння, погіршення зору, сплутаність свідомості, нічні жахи, парестезія. З боку дихальної системи: рідко – астма, кашель, носова кровотеча, риніт, свистяче дихання, бронхіт, ядуха, плевральний випіт, пневмонія, синусит. З боку травного тракту: рідко – діарея; нечасто – біль у животі, нудота; рідко – відчуття спраги, тенезми, здуття живота, блювання, диспепсія, сухість у роті, зменшення апетиту, запор, кандидозний стоматит, анорексія, відрижка, гастрит, виразки у роті, псевдомембранозний коліт. З боку гепатобіліарної системи: рідко – холестатичне ураження печінки. З боку шкіри та підшкірних тканин: рідко – висипання, свербіж, кропив'янка, підвищена пітливість, макульозні висипання, грибовий дерматит, злущування, сухість шкіри, випадання волосся, везикулярні висипання, сонячна еритема, пурпура, бульозні реакції (включаючи синдром Стівенса-Джонсона), токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема. З боку сечостатевої системи: рідко – гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, дизурія, часті сечовиділення, протеїнурія, вагінальний кандидоз. З боку серцево-судинної системи: рідко – застійна серцева недостатність, мігрень, прискорене серцевбиття, вазодилатація, гематома, артеріальна гіпертензія або гіпотензія. З боку органів чуття: рідко – порушення смакових відчуттів, подразнення очей, шум у вухах. Загальні розлади: рідко – дискомфорт, втомлюваність, астенія, медикаментозна гарячка, біль у грудях (біль може віддавати у попере), гарячка, генералізований біль, мікробіологічне дослідження, кандидоз, абсцес, алергічна реакція, набряк обличчя, бактеріальні інфекції, паразитарні інфекції. Лабораторні показники: рідко – підвищення показників функціональних печінкових тестів AsAT, AlAT, рівня лужної фосфатази, білірубину, сечовини і креатиніну, псевдопозитивна реакція Кумбса. Передозування. Симптоми: нудота, блювання, абдомінальний біль, діарея. У разі передозування, особливо у пацієнтів з нирковою недостатністю, можливе виникнення енцефалопатії. Випадки енцефалопатії, як правило, оборотні при низьких рівнях цефподоксиму у плазмі крові. Лікування. Гемодіаліз, перитонеальний діаліз. Терапія симптоматична.

Р.л.: UA/4152/01/01, UA/4152/02/01, UA/4152/01/02, UA/4152/02/02



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.

ПРЕС-РЕЛІЗ

В Україні запустили професійний сервіс
для допомоги курцям

У Києві 20 червня відбулася прес-конференція, присвячена запуску професійного сервісу з надання допомоги в припиненні куріння. Сервіс, у рамках якого працюють гаряча телефонна лінія та професійний веб-сайт, має на меті допомогти українцям, які страждають від тютюнової залежності.

Гарячу телефонну лінію 0-800-50-55-60 обслуговують професійні та дружні консультанти, звернення клієнтів є конфіденційними. Дзвінки зі стационарних і мобільних телефонів з території України безкоштовні. На веб-сайті www.stopsmoking.org.ua розміщено інформацію на тему відмови від куріння, яка може бути цікавою та корисною як курцям, так і їхнім близьким. Також на сайті можна отримати консультацію, поставивши запитання в онлайн-чаті або надіславши запит електронною поштою. На сьогодні сервіс працює з понеділка по п'ятницю з 9:00 до 15:00.

«Подібні сервіси функціонують у багатьох країнах і вже довели свою ефективність. Національна безкоштовна гаряча лінія — один із трьох всесвітньо визнаних підходів до надання послуг з відмови від куріння, рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я. За умови достатніх потужностей та належного фінансування гаряча лінія дозволяє щороку охопити до 6% курців, адже вона є доступною для усього населення країни. Створення сервісу з надання допомоги в припиненні куріння в Україні може стати першим кроком до запровадження комплексного підходу до відмови від цієї шкідливої звички. Це важливо з точки зору надання професійної допомоги в припиненні куріння всім, хто цього потребує», — відзначив Донго Фу, експерт з питань відмови від куріння Ініціативи ВООЗ зі звільнення від тютюнової залежності.

Наталія Король, фахівець із неінфекційних захворювань Бюро ВООЗ в Україні, наголосила: «Створення сервісів з надання допомоги в припиненні куріння — одна з вимог статті 14 Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну. Виконання заходів, передбачених цією конвенцією, таких як заборона реклами тютюну, звільнення громадських місць від тютюнового диму, запровадження нових попереджень на сигаретних пачках та ін., сприяє тому, що люди починають відмовлятися від куріння. І саме на цьому етапі вкрай важливо надати їм професійну допомогу та підтримку для того, щоб кожен курець міг досягти успіху та кинути курити назавжди».

За результатами загальноукраїнського опитування курців, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології у вересні-жовтні минулого року [1], 77% українських курців вважають створення сервісу з надання допомоги в припиненні куріння потрібним. Хоча б одну серйозну спробу кинути курити вже робили 70% українських курців, ще приблизно стільки ж хочуть позбутися цієї звички. На жаль, частка тих, хто досягає успіху, не дуже велика. За даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS) на 2010 р., 40,5% курців намагалися кинути курити, однак лише 6,7% змогли це зробити [2].

«Невелика кількість тих, кому вдається успішно кинути курити, свідчить про те, що наявність професійної допомоги є вкрай важливою. Наше завдання — створити умови, щоб курці, які хочуть позбутися тютюнової залежності, могли це зробити. Тому Міністерство охорони здоров'я України радо підтримало розробку сервісу з надання допомоги в припиненні куріння та сприятиме його роботі й подальшому розвитку, адже це не просто сервіс — це інструмент, який дозволить запобігти розвитку небезпечних хвороб і попередити летальні випадки, зумовлені вживанням тютюну», — зазначив Олег Дудін, головний спеціаліст управління громадського здоров'я МОЗ України.

Відмова від куріння має позитивні наслідки як для курця, так і для суспільства в цілому. Покращення здоров'я, свого та своїх рідних, заощадження коштів, турбота про оточуючих і довкілля — ось далеко не повний перелік переваг, які отримує кожен курець, припинивши курити. Натомість держава заощаджує на лікуванні хвороб, спричинених курінням, а також може розраховувати на покращення продуктивності праці своїх громадян.

«Кинути курити — одне з найкращих рішень у житті кожного курця, адже вже з першого дня відмови від сигарет організм починає відновлюватися, а ризики виникнення хвороб, асоційованих із курінням, зменшуються. Чим раніше курець вирішить кинути курити, тим краще, при цьому за допомогою створеного сервісу шанси на успіх суттєво зростуть», — зауважив Отто Стойка, головний лікар Київського міського центру здоров'я.

Сервіс було розроблено в межах ініціативи «Неінфекційні захворювання: профілактика та зміцнення здоров'я в Україні», яка впроваджується громадською організацією «Життя» в рамках спільного проекту Міністерства охорони здоров'я України та Бюро ВООЗ за підтримки Швейцарського агентства з розвитку та співробітництва.

«Сьогодні знавовий день, адже вперше в Україні створено сервіс такого рівня. Ми щиро сподіваємося, що він допоможе кинути курити тим людям, які хочуть позбутися тютюнової залежності. Надалі ми плануємо розвивати цей сервіс й адаптувати його так, щоб він повністю відповідав очікуванням та потребам курців», — підкреслила Катерина Римаренко, координатор проєктів ГО «Життя».

Довідка

Тютюн містить нікотин — наркотичну речовину, що викликає залежність подібно героїну і кокаїну. Більшість споживачів тютюну мають залежність від нікотину, тож їм складно самостійно припинити курити. Наслідки вживання тютюну і нікотину, що викликають залежність і абстиненцію, визначаються МКХ-10 як хвороба з категорії «Синдром залежності внаслідок вживання тютюну». Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів класифікує розлади, пов'язані з нікотинізом, як розлади з підкатегорій залежності [305.10] та абстиненції [292.0], які можуть виникнути при використанні всіх форм тютюну [2].

Контактна інформація: Оксана Тотовицька, медіа-координатор Українського центру контролю над тютюном ГО «Життя», тел.: +380 (63) 261-74-05, +380 (44) 234-93-20; e-mail: oksana@center-life.org

Література

1. Українцям допомагатимуть кидати курити [електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=659&page=3>
2. Global Adult Tobacco Survey (GATS) Ukraine 2010 [електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_report_2010.pdf



АНОНС

Українська Гастроентерологічна Асоціація

V з'їзд гастроентерологів України

28-29 вересня, м. Київ

Місце проведення: міжнародний конгрес-центр «Український Дім» (вул. Хрещатик, 2).

Наукова програма передбачає проведення пленарних і секційних засідань, круглих столів, панельних дискусій, лекцій, майстер-класів та ін. Заплановано секції з питань:

- діагностики, лікування та профілактики хвороб ШКТ, біліарної системи, підшлункової залози, а також коморбідної патології;
- ролі раціонального харчування в профілактиці та лікуванні захворювань органів травлення й інших органів і систем;
- громадського здоров'я;
- організаційної та правової бази роботи лікарів;
- діяльності УГА і її регіональних осередків та ін.

У роботі з'їзду візьмуть участь представники Об'єднаної Європейської гастроентерологічної асоціації (UEG) та провідні фахівці різних країн світу.

До участі запрошуються гастроентерологи, терапевти, ендоскопісти, сімейні лікарі, дієтологи, лікарі інших спеціальностей з України, країн СНД і Європи.

On-line реєстрація на сайті: www.gastroukr.org

Оргкомітет

Голова — член-кореспондент НАМН України,
д.м.н., професор Н.В. Харченко

Технічний організатор — ТОВ «Конференції України Груп»

Тел.: +380 (44) 520-27-27, +380 (67) 209-69-07

АНОНС

XIX щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція

«Актуальні питання педіатрії»

(Сігельниковські читання)

20-21 вересня, м. Полтава



На конференції будуть розглянуті такі питання:

- первинна медична допомога дітям;
- сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку на засадах доказової медицини;
- пріоритетні завдання педіатричної науки та практики;
- актуальні питання імунізаційної профілактики, антибіотикорезистентності, запобігання поліпрагмації та ін.

У межах роботи XIX Сігельниковських читань відбудеться науково-методична нарада з актуальних питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах і закладах післядипломної освіти.

До участі у Всеукраїнській науково-практичній конференції запрошуються завідувачі та співробітники кафедр педіатрії та кафедр сімейної медицини вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, науковці профільних науково-дослідних установ Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України, лікарі зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина», фахівці інших педіатричних спеціальностей, організатори охорони здоров'я.

Оргкомітет

Голова — член-кореспондент НАМН України, професор Олександр Петрович Воловцев

Адреса: 02125, м. Київ, проспект Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня №2

Електронна адреса: krivopustov@voliacable.com

Современные возможности лечения нефрологической патологии с точки зрения специалистов разного профиля

Проблемы, возникающие у врача-интерниста при ведении пациентов с коморбидной патологией, ввиду растущей актуальности все чаще освещаются на круглых столах, конференциях, мастер-классах. 19 мая во Львове состоялся научный симпозиум, который объединил практических врачей и ученых разных специальностей, интересующихся современными подходами к терапии заболеваний почек.



Заведующая кафедрой кардиологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Марина Николаевна Долженко провела мастер-класс, в ходе которого рассматривались особенности лечения пациента с высоким кардиоваскулярным риском, сахарным диабетом (СД) и патологией почек.

— Связь кардиальной и почечной патологии сегодня получила название кардиоренального континуума и пристально изучается как нефрологами, так и кардиологами. Эндотелиальная дисфункция и хроническое воспаление — ключевые звенья, формирующие порочный круг. При этом поражаются сосуды сердца и почек, наблюдается ремоделирование сосудистой стенки, миокарда и почечной ткани.

СД — фактор, значительно усугубляющий повреждение сосудистой стенки. В исследовании DEMAND (2011) была изучена функция почек у пациентов (n=24 151) из 33 стран с СД 2 типа без известной предшествующей почечной патологии. Среди всех обследованных лиц нормоальбуминурия отмечена только у половины (51%), микроальбуминурия имела место у 39% участников, макроальбуминурия — у 10%. Впервые выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м² у 22% больных СД (Parving H.N., 2006). У таких пациентов значительно снижается коронарный резерв и ухудшается общий прогноз.

В нашу клинику обратился пациент А., 1957 года рождения, с жалобами на головную боль, боль за грудиной и выраженную одышку при физической нагрузке, головокружение, шум в ушах, бессонницу, сухость во рту.

Анамнез: считает себя больным с 1997 г., когда были зафиксированы высокие цифры артериального давления (АД) — 220/120 мм рт. ст. В 2004 г. диагностированы СД, подагра, хроническая болезнь почек (ХБП). До 2010 г. беспокоили боли в области сердца. Несколько раз в году проходил стационарное лечение.

Анамнез жизни: курение и злоупотребление алкоголем отрицает, отец умер от инсульта, мать страдала артериальной гипертензией (АГ).

Объективно: состояние средней тяжести, одышка при физической нагрузке. Индекс массы тела (ИМТ) — 25 кг/м². Работа сердца ритмичная, тоны приглушены. Частота сердечных сокращений — 92 уд./мин, АД — 180/100 мм рт. ст. Перкуторно: над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания — 16/мин. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Отеков нет. Припухлость сустава большого пальца.

Обследование, проведенное при обращении в 2007 г., позволило выявить у пациента изменения показателей:

- анализа крови (гипергликемия, атерогенная дислипидемия, лейкоцитоз, повышение уровней мочевины и креатинина, снижение СКФ до 38 мл/мин/1,73 м²);
- анализа мочи (изогипостенурия, лейкоцитурия);
- электрокардиографии (блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса);
- компьютерной томографии (аномалия развития дополнительных артерий почки, удвоение чашечно-лоханочной системы обеих почек);
- Эхо-КГ (гипертрофия левого желудочка — ГЛЖ).

Учитывая эти данные, кардиологом был установлен такой **клинический диагноз:** Гипертоническая болезнь, стадия III, степень 3, риск очень высокий (4). Гипертензивное сердце. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II ФК, кардиосклероз атеросклеротический. Атеросклероз коронарных сосудов. ХБП III. Аномалия развития почек. Хронический пиелонефрит, ст. нестойкой ремиссии. СД 2 типа, стадия компенсации. Сердечная недостаточность I ст., функциональный класс II по NYHA с сохраненной систолической функцией.

Назначено лечение: лизиноприл, амлодипин, лозартан, бисопролол, аторвастатин, аллопуринол, аспирин, индапамид, Канефрон® Н.

На фоне проводимой терапии АД снизилось, однако достичь целевых показателей не удалось. В связи с этим возник вопрос о том, как трактовать данный клинический случай: у пациента имеет место резистентная АГ или вторичная (почечная) АГ на фоне аномалии развития почечных сосудов?

Под резистентной АГ понимают невозможность достижения целевого АД (<140/90 мм рт. ст.) при приеме 3 разных препаратов с фармакологически потенцирующими механизмами действия. При этом одним из трех медикаментов должен быть диуретик в адекватной дозе. Все 3 лекарственных средства назначены в максимальных дозах, и пациент действительно принимает препараты в адекватном режиме.

В группу риска резистентной АГ попадают пациенты с исходно высоким АД, ожирением, избыточным потреблением соли, ХБП, СД, ГЛЖ; также факторами риска являются негроидная раса, женский пол. У лиц с резистентной АГ количество сердечно-сосудистых осложнений в 5 раз выше, чем у пациентов, у которых достигается контроль АГ. СД в наибольшей степени влияет на общую смертность у больных с резистентной АГ.

Сегодня пересмотрены некоторые моменты в лечении АГ. Во-первых, изменились целевые цифры АД у пожилых пациентов. Если ранее считалось необходимым достижение уровня АД в пределах 140/90-130/80 мм рт. ст., то сегодня лицам пожилого возраста рекомендовано удерживать показатели АД не выше 150/90 мм рт. ст. Кроме того, в исследовании MAPEC с участием 448 пациентов с АГ и СД было показано, что прием антигипертензивных препаратов на ночь снижал на 63% общую смертность и частоту всех (сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и др.) событий по сравнению с соответствующими данными у больных, которые принимали лекарства утром.

В текущем году пациент А. был обследован повторно. Проведенное лечение привело к регрессу ГЛЖ, однако СКФ упала до 23 мл/мин/1,73 м². Помимо этого, выявлены высокие уровни паратгормона, при анализе данных компьютерной томографии возникло подозрение на аденому паращитовидной железы. Лечение пересмотрено в соответствии с современными кардиологическими рекомендациями; назначены лерканидипин, питевастатин, телмисартан, аллопуринол, карведилол, аспирин, Канефрон® Н, индапамид. Вопрос о том, является ли повышение уровня паратгормона первичным вследствие аденомы паращитовидной железы или вторичным на фоне почечной недостаточности, остается открытым.



Заведующий областным центром ревматологии и иммунобиологической терапии на базе Запорожской областной клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Геннадьевич Рекалов сделал акцент на нефропротекции в терапии системной красной волчанки (СКВ).

— Несмотря на то что активно развиваются новые направления терапии СКВ и переживают ренессанс старые препараты, смертность от осложнений СКВ все равно остается высокой, а заболевание — инвалидизирующим. Вероятно, отчасти это связано с тем, что конечная цель лечения СКВ не определена. Если в лечении АГ, СД, ревматоидного артрита установлены четкие критерии результативности терапии, то для СКВ этот вопрос все еще не решен. Следует ли стремиться к полной ремиссии или же целью должно быть достижение низкой активности? Какими шкалами и индексами надлежит руководствоваться?

В лечении СКВ крайне важны нефармакологические методы, такие как терапевтическое обучение, социальная поддержка, информирование партнеров, упражнения для коррекции мышечной слабости, использование солнцезащитных средств и экранов.

Базисным препаратом и золотым стандартом терапии СКВ является гидроксихлорохин, который высокоэффективен, безопасен при беременности и лактации, имеет невысокую стоимость. Этот препарат применяют для лечения кожных проявлений СКВ, поражений опорно-двигательного аппарата, предотвращения обострений и повышения выживаемости. Терапия гидроксихлорохином показана для предупреждения ренального повреждения и ренопротекции при люпус-нефрите.

Люпус-нефриты плохо поддаются лечению и представляют собой серьезную проблему, так как у каждого второго пациента с СКВ имеет место повреждение почек, у каждого десятого пациента, несмотря на проводимые терапевтические мероприятия, — терминальная стадия нефрита. В связи с этим адекватное лечение нефрита должно быть назначено

как можно раньше. В исследованиях показано, что ранняя коррекция протеинурии обеспечивает положительный прогноз в долгосрочной перспективе. У 94% пациентов, которые в течение 12 мес достигли протеинурии <0,7 г/сут, удавалось сохранить концентрацию креатинина в пределах ≤1 мг/дл (100 мкмоль/л) на протяжении 7 лет.

В соответствии с последними рекомендациями для индукции ремиссии при люпус-нефрите назначают пульс-терапию метилпреднизолоном 750 мг в/в трехкратно, затем 1-4-я неделя — 20 мг/сут с постепенным снижением дозы в дальнейшем. Помимо метилпреднизолона, назначают в/в циклофосфамид 500 мг раз в 2 нед (№ 6); микрофенолата мофетил 1,5-3 г/сут. В качестве поддерживающей терапии рекомендованы азатиоприн 2-2,5 мг/кг/сут, микрофенолата мофетил 1-2 г/сут.

Глюкокортикоиды (ГК) следует назначать в наименьшей возможной дозе. В последних исследованиях показано, что у пациентов, принимавших низкие дозы ГК, поражение почек встречалось значительно реже, чем у получавших высокие дозы (≥30 мг/сут в пересчете на преднизолон).

В комплексном лечении люпус-нефрита в нашей клинике широко назначается Канефрон® Н. В зависимости от дозы Канефрон® Н предотвращает in vitro высвобождение интерлейкина-1β и интерлейкина-6, а также синтез простагландина Е2 и некоторых других провоспалительных цитокинов, реализуя таким образом противовоспалительное и антиноцицептивное действие. Другой важной особенностью Канефрона Н являются нефропротекторное свойство (способность уменьшать протеинурию), а также антиоксидантное действие. Все это позволяет отсрочить необратимые изменения в почках при люпус-нефрите.



Заведующий кафедрой нефрологии и почечнотрансплантационной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов остановился на новых подходах к лечению инфекций мочевых путей (ИМП).

— Традиционно различают неосложненные и осложненные ИМП. Факторами, усугубляющими течение ИМП, служат аномалии строения мочевых путей (врожденные аномалии развития и/или расположения, поликистоз почек, стриктуры мочеточника и уретры, мочекаменная болезнь), функциональные нарушения мочевой системы (гиперактивный мочевой пузырь, пузырно-мочеточниковый рефлюкс), а также тяжелые сопутствующие заболевания (СД, сердечная недостаточность, почечная недостаточность, СПИД, нейтропения разного генеза).

Источником инфекции является нормальная микрофлора, которая колонизирует периуретральную область и принадлежит преимущественно к семейству энтеробактерий (*E. coli*, *Clostridium pneumoniae*, *Enterococcus spp.*) или коагулазонегативных стафилококков (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*).

E. coli — наиболее частый возбудитель ИМП (75% случаев у взрослых и 80% у детей). Ранее считалось, что эффективное лечение неосложненной ИМП должно завершиться полной эрадикацией возбудителя. Однако позже было показано, что *E. coli* персистирует в мочевом пузыре не менее 6 нед после лечения. Частота эрадикации в этом интервале составляет только 30%. В чем причина этого явления — в неэффективности антибиотиков или особенностях реагирования организма хозяина?

Чтобы внести ясность в этот вопрос, необходимо учесть особенности ответа макроорганизма на инфекционный агент. Известно, что генетический полиморфизм Toll-подобных рецепторов определяет варианты течения ИМП (тяжелая инфекция, классическое течение, бессимптомная бактериурия (ББ), невосприимчивость к патогену). Поэтому на сегодня персистенция кишечной палочки в мочевом пузыре рассматривается европейскими учеными практически как вариант нормы. ББ в настоящий момент считается в целом доброкачественным, а иногда и защитным состоянием. Оно не требует лечения, особенно у молодых женщин с рецидивирующими ИМП. Исключение составляют беременные и пациенты, которым требуются инвазивные вмешательства на органах мочевой системы.

Предположение о стерильности мочевой системы также оказалось ошибочным. Микробиом слизистых оболочек играет защитную роль за счет антагонизма по отношению к чужеродным бактериям и поддержания напряженности местного иммунитета. Антибактериальная терапия изменяет микробиом и нарушает симбиоз микро-/макроорганизма.

Чем лечить ББ у пациентов, когда это необходимо? У беременных единственным препаратом для терапии ББ остается

фосфоміцин, інші лікарські засоби або не ефективні, або токсичні. Препарат краще використовувати стандартним коротким курсом, а не однократною дозою. В європейських країнах для лікування ББ і неосложненого циститу у вагітних застосовують комплексні рослинні препарати, для яких характерно щадяче вплив на мікріоіом. Останній представляє собою окремий орган, що грає важливу роль при ожирінні і СД, патологіях серця, бронхіальній астмі, розсіяному склерозі, аутизмі. Захист мікріоіома дуже важливий, тому слід уникати необґрунтованого застосування антибіотиків, по можливості замінюючи їх фітопрепаратами.

Сьогодні вживання антибіотиків надзвичайно велике — і в медицині, і в сільському господарстві. При цьому серйозною проблемою залишається мікробна резистентність. По прогнозам, до 2050 р. супербактерії будуть викликати летальний исход частіше, ніж рак.

Фітотерапія з використанням препарату Канефрон® Н може слугувати альтернативою, що дозволяє знизити частоту рецидивів ІМП і зменшити кількість вживаних антибіотиків. В виконанні нами дослідженні Канефрон® Н як препарату монотерапії при неосложненому циститі усуває симптоми у 71,2% пацієнтів, 97,6% учасників не потребували прийому антибіотиків. На 37-й день лікування 85,6% хворих не спостерігали жодних симптомів, випадків відновлення дисуричних симптомів на 37-й день не спостерігалося.



Интересный случай из своей практики проанализировала **руководитель отдела эфферентных технологий ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Ирина Алексеевна Дударь.**

— Пациентка М., 45 лет, обратилась с жалобами на пастозность нижних конечностей, периодическую пульсацию в области почек, потемнение мочи после перенесенной простуды, эпизоды дизурии 1-4 раза в году и периодически головные боли.

При сборе анамнеза установлено следующее: роды одни, нормальные; частые простудные заболевания; бабушка умерла в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда, мать здорова. Аллергические реакции отрицает. Курит 10-15 сигарет в день в течение 15 лет, эпизодически принимает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). При объективном осмотре ИМТ — 31 кг/м², АД — 150/95 мм рт. ст.

Какие факторы риска ХБП имеют место у пациентки? Умеренная АГ, курение, периодический прием НПВП, ожирение 1 ст. Точные механизмы, благодаря которым ожирение может ухудшить или вызвать ХБП, неизвестны. Однако большинство тучных людей не страдают ХБП, одного лишь увеличения веса недостаточно, чтобы вызвать повреждение почек. Значение имеют коморбидность, эндокринная активность жировой ткани, ранние функциональные и структурные изменения почки при ожирении.

При дальнейшем обследовании пациентки были получены такие результаты: креатинин — 74 мкмоль/л, СКФ — 84 мл/мин/1,73 м², соотношение белок/креатинин в моче — 930 мг/г. Это позволило предположить у пациентки ХБП, гломерулонефрит с гематурическим компонентом. Назначено дообследование: суточная протеинурия, контроль АД, ультразвуковое исследование. На основании рабочего диагноза было назначено соответствующее лечение. Однако после очередной простуды состояние пациентки ухудшилось, почечная функция начала прогрессивно снижаться, возобновились эпизоды гематурии. В связи с этим было принято решение провести биопсию почки.

Результаты биопсии оказались неожиданными. В биоптате — расширение мезангия за счет пролиферации мезангиальных клеток и инфильтрации мезангиоцитами. По результатам биопсии клинический диагноз изменен в пользу IgA-нефропатии (болезнь Берже), которая характеризуется отложением в мезангии иммунных комплексов, содержащих Ig A.

Цель лечения пациентки М. — предупредить прогрессирование патологии и удерживать соотношение альбумин/креатинин <3 мг/ммоль. Целевой уровень АД при альбуминурии <30 мг/сут — 140/90 мм рт. ст., при более высоких показателях альбуминурии — 130/80 мм рт. ст. С целью контроля АД могут успешно применяться ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и сартаны.

Канефрон® Н целесообразно использовать в данном случае в качестве ренопротекторного препарата. Имеются данные о том, что Канефрон® Н повышает эффективность лечения экспериментального нефрита Хеймана у крыс. Канефрон® Н способствует нормализации антиоксидантного статуса: снижению влияния факторов оксидативного стресса и повышению активности факторов антиоксидантной защиты. Фармакологические эффекты Канефрона Н — противовоспалительный, антиоксидантный, антипротеинурический, спазмолитический, антимикробный, литолитический — изучены в экспериментах in-vitro и доказаны в клинических исследованиях.

Обследование пациентки М. через 5 лет: уровень креатинина — 89 мкмоль/л, СКФ — 59 мл/мин/1,73 м²,

АД — 130/78 мм рт. ст. Во время обострений с гематурией пациентка успешно применяет Канефрон® Н.



Президент Ассоциации нефрологов Украины, руководитель отдела детской нефрологии ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Ингретта Вартановна Багдасарова предложила вниманию аудитории разбор редкого клинического случая — синдрома Дениса-Драша у ребенка.

— Нефротический синдром — наиболее трудный для диагностики и лечения в детской нефрологии. Благодаря методам генетической диагностики в некоторых случаях у детей младшего возраста удается распознать наследственные, генетически детерминированные заболевания и вовремя принять соответствующие лечебные меры. Такой случай мы наблюдали в нашей клинике.

Пациентка В., 2007 года рождения, в возрасте 6 мес после вакцинации заболела респираторной инфекцией, бронхитом. Через 2 нед девочку госпитализировали в профильное отделение с острым гастроэнтероколитом. В наше отделение ребенок поступил с неполным нефротическим синдромом. Назначенная терапия ГК не обеспечила эффекта через 6 нед, в схему лечения добавлен хлорамбуцил. Через 8 мес активность нефротического синдрома сохранялась, в связи с чем принято решение о проведении нефробиопсии.

В исследуемом биоптате — диффузный мезангиальный склероз. Спустя год девочка повторно поступила в отделение в крайне тяжелом состоянии. При осмотре привлекла внимание пальпируемая опухоль, на компьютерной томографии — нефробластома 14×15 см. Генетическое исследование выявило мутацию в экзоне 9 гена WT1, на основании чего был диагностирован синдром Дениса-Драша.

Синдром Дениса-Драша — редкое заболевание, обусловленное мутацией WT1 (гена-супрессора опухоли Вильмса). Оно характеризуется триадой: опухоль Вильмса, дисгенезия гонад и гормонорезистентный нефротический синдром.

После верификации диагноза начат курс полихимиотерапии, выполнена нефрэктомия. После 10-го блока химиотерапии наступило резкое обострение нефротического синдрома, отмечались снижение СКФ, синдром злокачественной АГ. В течение 3 мес развилась терминальная почечная недостаточность. По показаниям в одном из медицинских центров Республики Беларусь выполнена трансплантация родственной почки (от матери) с последующим лечением пузырно-мочеточникового рефлюкса методом эндоскопической коррекции. В настоящее время пациентке уже 10 лет, у нее нормальные показатели почечных функциональных проб и АД, девочка учится на дому и получает необходимую посттрансплантационную терапию.

Этот случай демонстрирует необходимость внедрения и развития методов молекулярной генетики. Должны быть организованы межрегиональные лаборатории, где будет сконцентрировано необходимое оборудование и ресурсы.

Подготовила **Мария Маковецкая**



Запалення сечових шляхів? Камені нирок?

Канефрон® Н

- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹
- потенціювання протизапальної терапії²

Розкриваючи силу рослин

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 у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н
Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячника 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Краплі оральні: 100 г крапель містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячника 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Базисна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функцій нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. Умови відпуску. Без рецепту.

Канефрон® Н таблетки в/о Р.П. № UA/4708/02/01 від 22.12.2016. **Канефрон® Н** краплі оральні Р.П. № UA/4708/01/01 від 22.12.2016.

Джерело: 1 - Эффективность и безопасность фитотерапевтического препарата Канефрон® Н в профилактике и лечении урогенитальных и гестационных заболеваний: обзор клинической практики в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Курт Г. Набер. Мюнхенский технический университет, Германия. Research and Reports in Urology 2013;5 39-48. 2 - Дударь И.А., Лобода А.Н., Крот В.Ф. и др. (2009) 12-месячное сравнительное исследование применения препарата Канефрон® Н в лечении больных с инфекцией мочевой системы. Здоровье мужчины, 3 (30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біонорика», 02095, Київ, вул. Княжий Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: info@bionorica.ua

Е.А. Кваша, д.м.н., О.В. Срибная, к.м.н., И.П. Смирнова, д.м.н., профессор,
И.В. Третьак, А.А. Бородай, к.м.н., ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

Оценка влияния электронных систем доставки никотина на риск сердечно-сосудистых заболеваний на основе функции эндотелия и определяющих ее факторов



Е.А. Кваша

Табакокурение (ТК) в настоящее время рассматривается как универсальный фактор риска утраты здоровья и преждевременной смерти населения. Заболевания сердечно-сосудистой системы являются доминирующей причиной в структуре летальности среди курильщиков. Примерно 30% всех случаев ишемической болезни сердца (ИБС) можно считать обусловленными курением, а среди молодых людей до 45 лет около 80% сердечных приступов возникают на фоне курения. В возрасте до 65 лет курильщики умирают от ИБС в 2, а при выкуривании более 20 сигарет в день – в 3,5 раза чаще, чем некурящие.

Не вызывает сомнения тот факт, что прекращение курения является эффективным и доступным способом улучшения здоровья конкретного человека и населения в целом. Однако несмотря на последовательные, неукоснительные, широкомасштабные и продолжительные антитабачные действия государств на законодательном и экономическом уровнях, во всех странах существует когорта курящих, неспособных или нежелающих полностью воздержаться от никотина и табака. Основной причиной устойчивой приверженности к ТК является развившаяся у курильщиков никотиновая зависимость.

В настоящее время в ракурсе терапии табачной зависимости медицинским сообществом широко обсуждается стратегия снижения вреда с использованием альтернативных продуктов доставки никотина. К их числу относят электронные системы доставки никотина (ЭСДН) на основе табака или никотинсодержащей жидкости, в том числе электронные сигареты (ЭС). За последние годы число работ, посвященных биологическому воздействию этих устройств (паров, аэрозоль), увеличилось, однако большинство исследований проводится *in vitro* или в экспериментах на животных. Данные, касающиеся влияния ЭСДН на риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), ограничены и зачастую основываются на результатах воздействия паров ЭС на некурящих лиц.

Цель исследования – оценить показатели функционального состояния эндотелия сосудистой стенки и определяющих его факторов у курящих при длительном (6 мес) использовании ЭСДН.

Материалы и методы

В открытое локальное 6-месячное исследование включено 60 курящих мужчин ($n=49$) и женщин ($n=11$) в возрасте старше 18 лет, обследованных в рамках эпидемиологического скрининга неорганизованного городского населения и не мотивированных на отказ от курения. Все участники имели стаж курения более 15 лет и ежедневно выкуривали ≥ 15 сигарет. В исследование не включали лиц с ИБС, сердечной недостаточностью, нарушениями мозгового кровообращения, гипертонической болезнью II-III ст. и сахарным диабетом. Согласно протоколу были сформированы 3 группы по 20 человек: I группа в качестве альтернативы традиционному курению использовала систему нагревания табака iQOS, II – ЭС Joyetech eGo AIO, а представители III группы продолжали курить традиционные сигареты в привычном для них режиме. В работе использовались сертифицированные в Украине ЭСДН. Пользователи iQOS получали стики с обычным табаком и добавлением ментола (по выбору участников) с содержанием никотина $0,490 \pm 0,014$ и $0,422 \pm 0,024$ мг/стик, монооксида углерода (СО) – $0,325 \pm 0,035$ и $0,345 \pm 0,016$ мг/стик соответственно. Пользователи ЭС первые 2 нед получали жидкость с содержанием никотина 6 мг, в дальнейшем – с концентрацией никотина 3 мг. Использовалась

широкая вкусовая гамма картриджей. Электронные девайсы и расходные материалы к ним поставлялись общественной организацией «Новые технологии для здоровья» и выдавались исследователями. Все участники подписали добровольное информированное согласие. Пользователи гаджетов на старте программы прошли подробный инструктаж, посвященный правильному применению ЭСДН.

Обследование участников включало в себя измерение антропометрических показателей с последующим расчетом индекса массы тела (индекс Кетле – ИК), оценку степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) и типа курительного поведения (анкета Хорна), регистрацию электрокардиограммы покоя в 12 стандартных отведениях, измерение артериального давления (АД) сфигмоманометром, тест потокзависимой вазодилатации (в качестве нормы принимали значение, которое составляет более 10%; Thijssen D., Black M.A., Pyke K.E. et al., 2011).

Забор крови для определения уровня липидов, глюкозы С-реактивного белка (СРБ), клеток-предшественников эндотелиоцитов (КПЭ), эндотелина-1 (ЭТ-1), карбоксигемоглобина (СОНб) осуществляли натощак. Уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) и СРБ определяли на полуавтоматическом биохимическом фотометре, содержание ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по формуле Friedewald. Для оценки соотношения атерогенных фракций ХС использовали коэффициент атерогенности. Определение уровня ЭТ-1 в плазме проводилось иммуноферментным методом. Подсчет количества циркулирующих КПЭ ($CD34^{+}45^{+}$) осуществляли методом проточной цитофлуориметрии (нормой считали 2956 ± 298 клеток в мл). Контролировали использование традиционных сигарет путем анкетирования с параллельным определением уровня СОНб в плазме крови модифицированным методом Вольфа на биохимическом фотометре. В качестве референсных значений рассматривалось содержание СОНб у некурящих лиц аналогичного возраста (0,1-1%).

В соответствии с предварительными рекомендациями испытуемым разрешалось выкурить не более одной сигареты не менее чем за час до сдачи анализа.

Все участники прошли полное обследование на начальном этапе, а также через 3 и 6 месяцев программы. Данные представлены в следующем виде: среднее $\pm$ стандартная ошибка среднего ($M \pm m$). Учитывая небольшие объемы выборок, для более корректной оценки полученных результатов весь анализ проводили, используя непараметрические методы: для парного сравнения применяли U-тест Манна-Уитни. Взаимосвязь между показателями оценивали с помощью корреляционного анализа методом Спирмена. Для сравнения групп по номинативным признакам использовали точный критерий Фишера (двусторонний) и критерий χ^2 . Статистически значимым считали

различие при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных производили при помощи программного пакета Statistica 6.

Результаты и обсуждение

Участники трех групп были сопоставимы по возрасту, стажу, интенсивности курения, уровню АД и частоте сердечных сокращений (ЧСС) (табл. 1). Согласно опросу относительно содержания никотина в сигаретах большинство курящих пользовались т. н. легкими сигаретами с содержанием никотина от 0,1 до 0,5 мг (93,3%, $n=57$), однако проведенный тест Фагерстрема показал, что половина участников ($n=30$) имела высокую или очень высокую степень никотиновой зависимости, а 23,3% ($n=14$) – среднюю степень.

Как свидетельствует опрос, участники I и II группы сравнительно легко перешли на использование ЭСДН. Некоторые пользователи iQOS указали на непривычные вкусовые ощущения в течение первой недели, которые в дальнейшем исчезли. Через 3 мес обследованные отметили уменьшение частоты кашля в дневное и ночное время ($n=21$), уменьшение одышки при физической нагрузке ($n=17$), улучшение обоняния ($n=32$), устранение неприятного запаха изо рта ($n=40$), появление отрицательного восприятия табачного дыма от окружающих ($n=12$). Часть пользователей электронных гаджетов уже спустя 3 мес после начала исследования указали на то, что, помимо ЭСДН, они периодически курят традиционные сигареты. Количество обследованных, использующих только iQOS и только ЭС, через 6 мес составило 6 и 13 человек соответственно. Среди двойных пользователей интенсивность курения существенно снизилась: от $24,6 \pm 1,7$ до $7,8 \pm 1,5$ сигареты среди двойных пользователей iQOS и сигарет, от $23,3 \pm 1,9$ до $5,3 \pm 1,4$ сигареты среди двойных пользователей ЭС и сигарет. В качестве основных причин возврата к курению, хоть и с меньшей интенсивностью, указывались никотиновый «голод», тяга к курению традиционных сигарет, употребление алкоголя.

Серьезных побочных воздействий ЭСДН на здоровье на протяжении 6 мес не выявлено. В качестве неблагоприятных эффектов участники указали на привкус горечи во рту (по 2 человека в обеих группах), сухость в горле (3 пользователя ЭС), головную боль (2 пользователя iQOS) и кашель (4 и 6 участников I и II группы).

Известно, что СО является фактором, провоцирующим повреждение эндотелия и повышение атерогенных свойств липопротеинов крови. Анализ полученных данных указывает на то, что на начальном этапе программы средний уровень СОНб составлял $4,3 \pm 0,8\%$, что в 4 раза превышает референсные значения. Столь высокий показатель свидетельствует о блокировании транспортной функции эритроцитов и нарушении кислородного обеспечения периферических тканей. Уменьшение интенсивности курения у части курящих III группы существенно не повлияло на выраженность этих изменений ($3,8 \pm 1,2\%$), тогда как переход на ЭС даже в сочетании с курением некоторого количества обычных сигарет способствовал выраженному уменьшению содержания СОНб ($1,6 \pm 0,2\%$; $p < 0,05$). Использование исключительно ЭС практически полностью нормализует этот показатель ($0,5 \pm 0,1\%$; $p < 0,001$). Однотипные, хоть и не столь выраженные изменения отмечаются среди лиц, использующих только

iQOS или iQOS в сочетании с остаточным курением (0,9±0,2 и 1,8±0,3% соответственно; p<0,01 в обоих случаях).

На старте исследования II и III группы имели сходный липидный профиль и не различались по содержанию общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и ТГ в крови (табл. 2). Среди участников I группы регистрируются более низкие средние значения ХС (p<0,05 по отношению к двум другим группам) и более высокие уровни ХС ЛПВП (p<0,05). В течение 6 мес показатели липидного профиля в группе контроля не изменились. Среди пользователей iQOS отмечается статистически значимое уменьшение концентрации общего ХС, а среди пользователей ЭС – достоверное увеличение содержания ХС ЛПВП. Наиболее отчетливо атеропротекторное влияние альтернативного курения проявилось в изменениях коэффициентов атерогенности, выраженность которых существенно снизилась в обеих группах исследования (табл. 2).

Динамика активности системного воспаления, определяемая по плазменному содержанию СРБ, в значительной мере совпала с изменениями содержания в крови СОНб (r=0,652). В контрольной группе уровень СРБ в 4 раза превышал референсные значения; частичное уменьшение интенсивности курения у 5 человек не сопровождалось выраженными изменениями этого показателя, а среди продолжавших курить на прежнем уровне зафиксирована тенденция к повышению содержания СРБ. Наиболее выраженный эффект касательно устранения системного воспаления отмечен у лиц, потребляющих никотин в режиме ЭС (даже при сочетании с курением небольшого количества обычных сигарет). Несколько менее выраженное защитное действие прослеживалось при использовании iQOS, кроме того, данный эффект при сочетании iQOS и обычных сигарет резко ослаблялся.

Защитное действие альтернативных систем доставки никотина отмечено при оценке количества КПЭ, рассматривавшегося как маркер повреждения эндотелия и активности репаративных процессов. В начале исследования у практически здоровых мужчин и женщин, имеющих только 1 фактор риска (ТК), этот показатель составлял 4654,1±279,3 клетки в мл, что в 1,6 раза (p<0,01) превышало норму и оценивалось нами как следствие повреждения эндотелия. В группе лиц, продолжающих курить с прежней интенсивностью, отмечена незначительная тенденция к повышению этого показателя, тогда как переход на альтернативные варианты курения, даже в сочетании с курением обычных сигарет, способствует уменьшению содержания КПЭ (табл. 3).

Одним из важных биохимических маркеров оценки эндотелиальной функции является уровень в крови ЭТ-1. Известно, что повышенный синтез этого мощного и длительно действующего вазоконстриктора во многом определяет дисфункцию эндотелия, являющуюся пусковым механизмом в патогенезе ССЗ, и значительно опережает появление клинических признаков заболевания. На начальном этапе исследования средние уровни ЭТ-1 среди курящих на 43% превышали верхние границы референсных значений. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у пользователей ЭСДН регистрируется снижение этого показателя, наиболее выраженное у участников, перешедших на ЭС (-14,0%). У двойных пользователей отмечается подобная тенденция, но с меньшей степенью выраженности (табл. 3).

В рамках наблюдения использовался метод потокзависимой дилатации (ПЗВД) плечевой артерии – дешевый, неинвазивный, не требующий значительных клинических и экономических затрат, но в то же время достаточно информативный инструмент оценки эндотелиальной функции для стратификации риска сердечно-сосудистых событий. Согласно данным некоторых исследований, ПЗВД, возможно, даже превышает оценочную значимость ассоциации традиционных факторов риска в здоровой бессимптомной популяции (Shechter et al., 2009; Daniel J.G., Helen J., Thijssen D. et al., 2011). Так, повышение показателя ПЗВД на 1% ассоциируется со снижением риска кардиоваскулярных событий на 9-17% (Daniel J.G., Jones H., Thijssen D. et al., 2011).

Таблица 1. Характеристика участников исследования								
Группа	Возраст (лет)	Среднее количество сигарет (штук)	Средний стаж курения (лет)	Зависимость (тест Фагерстрема, баллы)	Систолическое АД (мм рт. ст.)	Диастолическое АД (мм рт. ст.)	ЧСС (уд./мин)	ИК (кг/м²)
I	38,8±2,1	22,9±1,6	20,8±2,1	5,8±0,6	122,2±2,6	75,1±2,0	73,0±2,7	24,4±0,9
II	37,6±2,1	23,1±2,0	19,4±1,7	5,2±0,5	128,0±2,1	81,0±2,6	74,7±2,9	23,7±0,9
III	40,4±2,6	21,5±1,7	23,8±2,6	5,7±0,5	126,1±3,2	80,1±2,4	75,0±3,0	25,1±1,1

Таблица 2. Динамика липидных показателей						
Группа	Этап обследования	ХС (ммоль/л)	ТГ (ммоль/л)	ХС ЛПВП (ммоль/л)	ХС ЛПНП (ммоль/л)	Коэффициент атерогенности (у. ед.)
I	старт	4,3±0,1	1,5±0,1	1,24±0,02	2,3±0,2	2,5±0,1
	через 6 мес	4,0±0,1	1,4±0,1	1,25±0,02	2,1±0,1	2,2±0,1*
II	старт	4,9±0,2	1,6±0,1	1,20±0,01	3,0±0,7	3,1±0,2
	через 6 мес	4,5±0,2	1,5±0,1	1,23±0,01*	2,3±0,3	2,6±0,1*
III	старт	5,0±0,3	1,6±0,1	1,20±0,01	3,1±0,3	3,3±0,3
	через 6 мес	5,1±0,3	1,7±0,1	1,19±0,01	3,2±0,3	3,3±0,3
Только iQOS	старт	4,2±0,2	1,5±0,1	1,24±0,03	2,1±0,3	2,4±0,2
	через 6 мес	3,9±0,2	1,4±0,1	1,24±0,03	2,0±0,1	2,1±0,2
Только ЭС	старт	4,7±0,3	1,4±0,1	1,21±0,01	2,9±0,3	2,9±0,2
	через 6 мес	4,4±0,3	1,4±0,1	1,24±0,01*	2,5±0,3	2,6±0,1
Продолжают курить с той же интенсивностью	старт	5,0±0,4	1,7±0,2	1,19±0,01	3,0±0,3	3,3±0,3
	через 6 мес	5,0±0,4	1,7±0,2	1,18±0,01	3,1±0,3	3,3±0,3

Примечание: * p<0,05.

Таблица 3. Динамика показателей эндотелиальной функции						
Группы	Этап обследования	Показатели				
		СРБ (мг/л)	ХС ЛПНП (ммоль/л)	КПЭ (клеток в мл)	Эндотелин-1 (фмоль/мл)	ПЗВД (%)
I	старт	2,1±0,3	2,3±0,2	4051,2±190,0	1,440±0,395	10,2±1,4
	через 6 мес	2,1±0,3	2,1±0,1	3603,9±253,9	1,349±0,387	11,8±1,3
	%	–	-9,7%	-11,0%	-6,3%	+15,7%
II	старт	3,6±0,7	3,0±0,7	5082,9±368,7	1,451±0,315	12,0±1,2
	через 6 мес	2,3±0,3	2,3±0,3	4056,9±330,4	1,332±0,224	14,8±1,1
	%	-25,0%*	-23,3%	-20,2%	-8,2%	+23,3%*
III	старт	4,0±0,6	3,1±0,3	4829,1±279,1	1,432±0,337	10,1±0,5
	через 6 мес	3,7±0,4	3,2±0,3	4431,9±350,1	1,403±0,178	10,9±0,8
	%	-7,5%	+3,2%	-8,2%	-2,0%	+8,0%
Только iQOS	старт	1,5±0,1	2,1±0,3	4111,0±404,1	1,396±0,278	10,2±1,2
	через 6 мес	1,3±0,1	2,0±0,1	3866,2±488,4	1,283±0,188	12,3±1,5
	%	-13,3%	-4,8%	-6,0%	-8,1%*	+20,6%
Только ЭС	старт	2,8±0,6	2,9±0,3	4861,1±634,4	1,442±0,343	11,6±1,5
	через 6 мес	2,1±0,4	2,5±0,3	3738,1±598,3	1,286±0,220	14,9±0,8
	%	-25,0%*	-13,8%	-23,1%	-14,0%*	+25,0%*
Продолжают курить с той же интенсивностью	старт	4,0±0,7	3,0±0,3	5219,7±533,7	1,426±0,374	10,1±0,7
	через 6 мес	4,2±0,5	3,1±0,3	5279,6±747,1	1,443±0,400	10,3±0,9
	%	+5,0%	+3,3%	+1,1%	+1,2%	+2,2%

Примечание: * p<0,05.

ПЗВД отражает локальную биодоступность оксида азота и позволяет одновременно анализировать механизмы, связанные с индикацией и прогрессированием сосудистых заболеваний, а также влияние острых или длительных вмешательств (Charakida M., Masi S., Lucher T.F. et al., 2010).

При сравнительном анализе групп (табл. 3) в ходе 6-месячного наблюдения обнаружено увеличение показателей ПЗВД среди всех тестируемых, за исключением тех, которые продолжали курить, не уменьшая интенсивности. Так, в группе совместного использования iQOS и сигарет повышение ПЗВД составило 15,7%, тогда как среди использующих только iQOS, – 20,3%. У обследованных, применяющих ЭС и частично продолжающих курить, увеличение ПЗВД составило 23,3%.

В группе курящих этот показатель увеличился на 8,0%, но, как показал более детальный субанализ, позитивизация результатов обусловлена данными тех участников, которые уменьшили количество выкуриваемых сигарет. Максимально показатель ПЗВД улучшился в группах использования только ЭСДН: на 20,6 и на 25% среди пользователей iQOS и ЭС соответственно (табл. 3). Следует подчеркнуть, что анализируемые группы были сопоставимы по возрасту и ИК; эти показатели имеют обратно пропорциональную связь с величинами ПЗВД, что нельзя не учитывать при проведении клинического анализа (Benjamin E.J., Martin G.L., Michelle J.K. et al., 2004).

Увеличение ПЗВД в ассоциации со снижением уровня СРБ как показателя системного воспаления (на 25%), уменьшением количества КПЭ (в среднем на 20%)

и уровня ЭТ-1 (особенно среди пользователей только ЭС – на 14,0%), причем как в группе совместного применения ЭС и традиционных сигарет, так и среди пользователей только ЭС, является практически неоспоримым маркером улучшения эндотелиальной функции.

В то же время у обследованных, не уменьшивших интенсивность ТК, отмечена тенденция к увеличению концентрации СРБ (на 5,0%), уровня КПЭ, концентрации ЭТ-1 (на 3,5%), сопровождавшаяся низкими показателями ПЗВД (10,1 и 10,3% через 6 мес наблюдения соответственно), что свидетельствует о возможном прогрессировании эндотелиальной дисфункции под воздействием компонентов табачного дыма.

Выводы

Таким образом, в нашей работе определено, что переход на ЭСДН и поступление в организм никотина с устранением повреждающего действия сигаретного дыма позволяют избежать нарушений транспортной функции крови, повреждения эндотелия и развития проатерогенных изменений. При сочетании их использования с традиционным курением выраженность защитного эффекта снижается. Серьезных побочных воздействий ЭСДН на здоровье курильщика на протяжении 6 мес не выявлено.

Различная динамика изменений в сравниваемых группах требует дальнейшего изучения каждого продукта, претендующего на использование с целью снижения сердечно-сосудистого риска.

КЛИВАС

розувастатин 10 мг, 20 мг



- снижает уровни общего холестерина и липопротеидов низкой плотности более эффективно, в сравнении с аторвастатином^{1*}
- терапевтический эффект уже с первой недели²
- доступнее благодаря социальной программе³



1. Jones P.H. et al. Am J Cardiol. 2003; 92: 152-160; Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR* Trial).

* В равных дозах.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата КЛИВАС.

3. Социальная программа — возможность приобретения упаковок №10 и №20 по специальной цене в рамках акций, проводимых совместно с дистрибьюторами ООО «Фарма Старт».

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата КЛИВАС. Состав. 1 таблетка содержит розувастатина кальция 10,4 мг или 20,8 мг (в пересчете на розувастатин 10 мг или 20 мг). **Лекарственная форма.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа.** Гиполипидемические средства. Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы. Код АТХ С10АА07. **Фармакологические свойства.** Розувастатин является селективным конкурентным ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы, фермента, превращающего 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А в мевалонат, предшественник холестерина. Розувастатин снижает уровень холестерина ЛПНП (ХС ЛПНП), общего холестерина и триглицеридов (ТГ), увеличивает уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). **Показания.** Лечение гиперхолестеринемии. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений. Лечение атеросклероза. **Побочные реакции (действия).** Обычно слабые и преходящие. Головная боль, головокружение, запор, тошнота, боль в животе, миалгия, астения. **Категория отпуска.** По рецепту. P.C. №UA/12971/01/01, №UA/12971/01/02. **Производитель:** ООО «Фарма Старт», Украина, 03124, г. Киев, бульвар И. Лепсе, 8. ООО «Фарма Старт» входит в группу компаний ACINO (Швейцария). Полная информация содержится в инструкциях по медицинскому применению препаратов. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.



Швейцарское качество, украинская цена

ООО «Фарма Старт» | бульвар Ивана Лепсе, 8 | Киев | 03124 | Украина
Компания Acino Group, Швейцария | Телефон: +38 044 281 2333
www.acino.ua



CLIV-PIM-022016-002



КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ

14 июня медицинская общественность всех стран отмечала Всемирный день донора крови (ВДДК). Ежегодно в результате военных конфликтов, террористических актов, природных и техногенных катастроф создаются чрезвычайные ситуации, угрожающие жизни и здоровью огромного числа мировой популяции. За последнее десятилетие из-за разного рода катастроф погибло более 1 млн человек, еще большее число пострадавших нуждались в неотложной медицинской помощи, неотъемлемым компонентом которой является переливание крови. В этом году центральной темой ВДДК было донорство крови именно в условиях чрезвычайных ситуаций. Поэтому не случайно основной девиз кампании 2017 звучал как вопрос: «Чем вы можете помочь?» и ответ: «Сдавайте кровь. Сдавайте ее сейчас. Сдавайте ее часто». Организатором мероприятий, приуроченных к ВДДК, стал Вьетнам в лице Национального института гематологии и переливания крови.

31 мая Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ее партнеры отмечали Всемирный день без табака. Ежегодно жертвами табакокурения становятся >7 млн человек (включая т. н. пассивных курильщиков). Что касается экономической цены проблемы, то расходы на лечение последствий этой вредной привычки и убытки из-за утраты трудоспособности составляют сумму более чем в 1,4 трлн долларов США. В табачных отходах и табачном дыме содержится огромное количество токсических (в т. ч. канцерогенных) веществ, которые наносят ощутимый вред людям и экологии. Табак является основным компонентом мусора во всем мире. Достаточно сказать, что из 15 млрд продаваемых ежедневно сигарет в окружающую среду в виде окурков попадает почти 10 млрд.

Всемирный день без табака всегда проходит под определенным девизом. В этом году он звучит как «Табак – угроза для развития». За счет акцизного налога на табак в государственную казну многих стран ежегодно поступает около 270 млрд долларов США. Повысив этот налог всего на 0,8 доллара США за пачку во всех странах, сумму сбора можно было бы увеличить более чем на 141 млрд долларов США. Полученные доходы могли бы способствовать мобилизации внутренних ресурсов, необходимых для достижения странами приоритетных целей в пропаганде здорового образа жизни и отказа от курения. Без совместных усилий в преодолении этой огромной проблемы к 2030 году ее жертвами станут почти 8 млн человек.

НОВОСТИ ВОЗ

Обновлен Перечень основных лекарственных средств

Добавления, внесенные в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ в 2017 г., включают новые рекомендации относительно того, какие антибиотики (АБ) следует использовать для лечения обычных инфекций, а какие применять в наиболее тяжелых случаях. В Перечень были также внесены лекарственные средства для лечения ВИЧ, гепатита С, туберкулеза и лейкемии.

Добавлены 30 препаратов для взрослых и 25 – для детей, а также новые показания для 9 уже включенных в него лекарственных средств. Таким образом, Перечень содержит 433 наименования лекарственных средств, признанных необходимыми для удовлетворения наиболее насущных потребностей общественного здравоохранения. Перечень основных лекарственных средств ВОЗ используется многими странами для расширения доступа к лекарственным средствам и в качестве ориентира при принятии решений о том, какая продукция должна быть гарантированно доступной для населения.

В результате наиболее основательной за сорокалетнюю историю существования Перечня переработки раздела об АБ эксперты ВОЗ подразделили их на три категории: «Доступ», «Наблюдение» и «Резерв» – с рекомендациями относительно условий назначения препаратов каждой когорте пациентов.

На данном этапе категоризация коснулась только АБ, применяемых для лечения 21 наиболее распространенной инфекции. Если подразделение на категории будет признано целесообразным, то в будущих редакциях Перечня оно может быть применено к лекарственным средствам, используемым в терапии других инфекций.

ВОЗ рекомендует обеспечить наличие АБ группы «Доступа» в любое время для лечения широкого круга распространенных инфекций. К этому классу препаратов относится, например, амоксициллин – АБ, широко применяемый в терапии таких инфекций, как пневмония.

В группу «Наблюдения» вошли АБ, рекомендованные как препараты первого и второго выбора для лечения ограниченного числа инфекций. Например, для недопущения дальнейшего развития резистентности следует резко сократить масштабы применения ципрофлоксацина, используемого в лечении цистита (разновидности инфекции мочеполовых путей) и инфекций верхних дыхательных путей (таких как бактериальный синусит и бактериальный бронхит).

К третьей группе – «Резерв» – относятся такие АБ, как колистин и некоторые цефалоспорины. Их необходимо рассматривать в качестве препаратов «последней надежды» и использовать только в самых тяжелых случаях, в частности для лечения опасных для жизни инфекций, вызываемых бактериями с множественной лекарственной резистентностью.

Обновленный Перечень пополнился также несколькими новыми лекарственными средствами и педиатрическими рецептурами. Это, в частности:

- 2 пероральных противораковых препарата (дазатиниб и нилотиниб) для лечения хронического миелоидного лейкоза, устойчивого к стандартной терапии. В ходе клинических испытаний у каждого 2-го пациента, принимавшего эти препараты, была достигнута полная и стойкая ремиссия заболевания;
- софосбувир + велпатасвир – первая комбинированная терапия для лечения всех 6 типов гепатита С (в настоящее время ВОЗ обновляет рекомендации по лечению этого заболевания);
- долутегравир – для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов. Внесен на основании результатов последних исследований, свидетельствующих о безопасности и эффективности препарата и высоким барьером для формирования устойчивости к нему;
- доконтактная профилактика – предназначена для предотвращения инфицирования ВИЧ с помощью тенофовира в виде монотерапии либо в сочетании с эмтрицитабином или ламивудином;

• деламанид – для лечения детей и подростков, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и клофазимин для детей и взрослых с МЛУ-ТБ;

• удобные для приема детьми комбинированные лекарственные формы с фиксированными дозами изониазида, рифампицина, этамбутола и пипразинамида, предназначенные для лечения детского ТБ;

• трансдермальные пластыри с фентанилом и метадон – для облегчения боли у онкологических пациентов. Внесены в целях расширения доступа к лекарственным средствам, предназначенным для оказания помощи больным с терминальной стадией заболевания.

Двадцать первое совещание Комитета экспертов проходило 27-31 марта в штаб-квартире ВОЗ. Комитет рассмотрел 92 заявки в отношении примерно 100 лекарственных средств, после чего добавил в Примерный перечень 55 (30 – в основной перечень и 25 – в перечень для детей). Перечень обновляется и пересматривается каждые 2 года Комитетом экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных лекарственных средств.

Официальный адрес ВОЗ: www.who.int

НОВОСТИ FDA

Одобен препарат для лечения врожденного ангионевротического отека

22 июня Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (US Food and Drug Administration – FDA) одобрило препарат Хаегарда/Naegarda – первый ингибитор эстеразы C1 для подкожного введения, предназначенный для предотвращения развития обострений наследственного ангионевротического отека у подростков и взрослых пациентов. Подкожный путь введения позволяет использовать препарат в домашних условиях после соответствующего инструктажа.

Наследственный ангионевротический отек – редкое заболевание, которое, по разным подсчетам, регистрируется у 6-10 тыс. жителей США. Болезнь вызвана недостаточным количеством C1-ингибитора в плазме крови, отвечающего за подавление воспаления и проницаемость стенок кровеносных сосудов. Низкий уровень этого протеина в организме приводит к тому, что капилляры пропускают жидкость в соседние ткани, вызывая отек.

Отек может появиться на фоне стресса, хирургического вмешательства или инъекций. Разные приступы ангионевротического отека могут иметь различные локализации. Кроме того, отек может переходить с одной части тела на другую, например с лица перейти на шею и/или гортань, либо проявляться только на одной стороне тела. Чаще всего это конечности (руки, ноги, кисти, ступни), внутренние органы (брюшная полость, желудочно-кишечный тракт), лицо, гениталии, гортань или глотка.

Препарат Хаегарда является выделенным из плазмы очищенным лиофилизированным концентратом ингибитора C1-эстеразы человека. Препарат предназначен только для использования в качестве профилактики и не показан для применения на фоне острых приступов ангионевротического отека. Эффективность препарата была продемонстрирована в клиническом исследовании с участием 90 пациентов в возрасте 12-72 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: для получения препарата в дозе 40 и 60 ЕД/кг или плацебо 2 р/нед. На протяжении 16 нед терапии отмечалось значительное снижение частоты обострений заболевания в группе терапии по сравнению с группой плацебо.

Наиболее частыми побочными эффектами у пациентов, получавших препарат Хаегарда, были реакции в месте введения препарата, аллергические проявления, назофарингит, головокружение. Хаегарда получила статус орфанного препарата. Производит его компания CSL Behring LLC.

Станут доступными генерические версии препарата Страттера для лечения синдрома дефицита внимания / гиперактивности

30 мая FDA одобрило первую генерическую версию препарата Страттера/Strattera (атомоксетина гидрохлорид) для лечения пациентов с синдромом дефицита внимания / гиперактивности (СДВГ) у детей и взрослых. Разрешение осуществлять маркетинг генериков получили следующие компании – Apotex Inc., Teva Pharmaceuticals USA Inc., Aurobindo Pharma Limited и Glenmark Pharmaceuticals Limited.

Атомоксетин – это высокоселективный мощный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина. Атомоксетин обладает минимальным сродством к другим норадренергическим рецепторам или другим переносчикам или рецепторам нейротрансмиттеров. Атомоксетин не является психостимулятором и производным амфетамина. В клинических исследованиях при отмене препарата усиления симптомов заболевания или каких-либо нежелательных явлений, связанных с синдромом отмены, не отмечалось.

Страттера является первым одобренным FDA препаратом для лечения СДВГ, не повышающим высвобождения моноаминов и не стимулирующим двигательную активность. Результаты исследований показывают, что на фоне приема препарата происходит достоверное уменьшение таких симптомов СДВГ, как невнимательность, гиперактивность и импульсивность. Также наблюдалось статистически значимое уменьшение выраженности симптомов тревожных расстройств (чрезмерное беспокойство, гипергидроз и тремор).

Было также обнаружено, что на фоне приема препарата в клинических исследованиях у детей и подростков может повышаться вероятность развития суицидальных мыслей. В ходе 12 клинических исследований у 2200 пациентов в группе атомоксетина в 0,37% случаев было выявлено развитие суицидальных мыслей (5 из 1357 пациентов), в то время как прием плацебо суицидальных мыслей не провоцировал. В ходе указанных клинических исследований сообщалось об одной суицидальной попытке, свершившихся суицидов не было.

Наиболее частыми побочными эффектами на прием препарата стали боли в животе (включая ощущение дискомфорта в этой области, боли и дискомфорта в эпигастрии, дискомфорта в области желудка), запор, диспепсия, метеоризм.

Официальный адрес FDA: www.fda.gov

Подготовила **Ольга Татаренко**

К вопросу о реабилитации пациентов после хирургического вмешательства

Послеоперационная реабилитация является важнейшим этапом хирургического лечения. Вовремя начатая и правильно подобранная реабилитация курсом достаточной продолжительности способствует быстрому восстановлению двигательных функций пациента и возвращению его к привычному образу жизни. Сегодня можно констатировать, что реабилитология в Украине переживает не лучшие времена. При этом реабилитация после операции часто становится заботой самого пациента и его родственников, ведь далеко не для каждой группы больных разработаны маршрутные листы после хирургического вмешательства. К сожалению, причина этого зачастую имеет социально-экономические корни, ведь многие государственные реабилитационные центры находятся в плачевном состоянии, а пациенты в большинстве своем не имеют финансовой возможности оплатить полноценный курс терапии самостоятельно.

Конечно, нельзя отрицать успехи последних лет, достигнутые в Украине в связи с реабилитацией участников боевых действий, ведь всего за 2-3 года налажено производство современных протезов, полностью переоснащено несколько крупных восстановительных центров. Существуют определенные подвижки в реабилитации пациентов после нейрохирургических вмешательств на головном мозге, операций на гортани, ампутаций по причине осложнений сахарного диабета. Однако практически отсутствует работающая система реабилитации пациентов после операций на позвоночнике, вмешательств по поводу онкологической патологии, резекций внутренних органов (легких, печени, кишечника и т. д.). О проблемах отечественной реабилитологии,



возможных путей выхода из кризиса, эффективности отдельных методов реабилитации послеоперационных больных мы говорили с Мариной Анатольевной Гулий — главным врачом медицинского центра ЮБИАИ, основным направлением деятельности которого является восстановительная и реабилитационная медицина.

? Марина Анатольевна, не секрет, что для украинских пациентов слово «реабилитация» не всегда понятно. Практикующие врачи часто отмечают, что больного, потратившего большую сумму на хирургическое лечение, достаточно сложно убедить в необходимости дополнительных расходов на реабилитацию. Расскажите, какие цели ставит перед собой современная восстановительная терапия?

— В ряде ситуаций оперативное вмешательство — это единственный способ для человека остаться в живых. Для организма операция подобна военным действиям. Нам необходимо избавиться от врага. Однако после войны, как правило, остаются руины. И в данном случае на смену задаче «выжить» приходит задача «максимально «отстроить» то, что было утрачено». В процессе любой операции происходит повреждение мышц, сосудов, мелких нервных окончаний, в конце концов человек лишается какого-то органа или его части. Конечно же, все это сказывается на дальнейшем функционировании организма в целом, ведь он стал ослабленным. Без каких-то действий «после войны» организм никогда не сможет прийти в былую форму. Реабилитация в переводе с латыни означает «восстановление», то есть это совокупность мер, направленных на максимальное возвращение организму утраченных (или ослабленных) функций. Думаю, что простой и честный разговор врача с пациентом может изменить мнение последнего в отношении необходимости реабилитации. Другое дело, что некоторые врачи не осознают значения восстановительной медицины, ведь многие оперирующие хирурги работают по принципу «с глаз долой — из сердца вон», не интересуясь проблемами, возникающими у пациента после операции...

? Реабилитология — наука, которой, к сожалению, отводится скромное место в программах подготовки студентов медицинских вузов. Расскажите, для каких видов операций реабилитационные мероприятия являются обязательными, а для каких — желательными?

— Любые полостные, нейрохирургические, онкологические операции, оперативное вмешательство на органах опоры и движения требуют периода реабилитации. По сути, реабилитация в том или ином виде (фармакологическая, физическая, психологическая, бальнеологическая, климатическая и пр.) нужна человеку после любого вмешательства в организм. Здесь важно сломать стереотип в головах врачей и пациентов о том, что реабилитация необходима только тем, кто не может ходить или обслуживать себя. Это крайне опасное заблуждение. Еще раз повторю: абсолютно любая операция — тяжелейший стресс для организма, после которого его функционирование существенно меняется.

? Вопросом, о котором спорят и врачи, и пациенты, является оптимальное время реабилитации. Какие факторы позволяют определить длительность реабилитации? Стоит ли ориентироваться на стандартные схемы, или нужно руководствоваться исключительно состоянием больного и достижением изначальной цели проведения лечебных мероприятий?

Каждый организм — это индивидуальность. В этом отношении реабилитологию можно отнести к персонализированной медицине. Длительность периода реабилитации зависит от тяжести самой операции, исходного состояния пациента до проведения оперативного вмешательства, возраста больного, наличия сопутствующей патологии, динамики послеоперационного периода. Первичная реабилитация (от момента выписки из стационара до наступления возможности вести полноценный образ жизни) составляет в среднем три недели. При этом надо понимать, что еще в течение года пациент должен будет придерживаться рекомендаций врача по соблюдению диеты, дозированию физических нагрузок, приему определенных препаратов и пр. В дальнейшем пациенту необходимо будет проходить плановое обследование раз в 6-12 месяцев, заниматься профилактикой и поддержкой пострадавших в процессе операции органов и систем.

? Если физические методы реабилитации знакомы каждому практикующему врачу (ЛФК, массаж, эрготерапия и т. д.), то использование лекарственных препаратов в ходе восстановительного лечения, как правило, вызывает ряд вопросов. При этом очевидно, что фармакологическая поддержка — важный аспект комфортного восстановления после операции. Однако под фармакологической поддержкой достаточно часто подразумевается лишь симптоматическое лечение (чаще всего — обезбоживание). Какие еще группы препаратов широко используются в восстановительной хирургии и травматологии? Какова их эффективность?

— Конечно, применение препаратов восстановительной направленности очень важно. Мы уже говорили о том, что операция — это война. Поэтому в процессе оперативных вмешательств используются средства «тяжелой артиллерии» — наркоз, антибиотики, противовоспалительные препараты и пр. Реабилитация — это «послевоенные» действия, направленные на очищение организма от «обломков» и восстановление разрушенных клеток. Здесь применяются комплексные гомеопатические

средства, способствующие восстановлению регуляции органов и систем организма; субстратные препараты (витамины и аминокислоты), помогающие организму «отстроить» поврежденные клеточные структуры и вернуть им утраченные или ослабленные функции.

? Биопунктура является сегодня одной из наиболее востребованных и популярных лечебных методик, в том числе и в восстановительной медицине. Какие современные препараты могут использоваться с этой целью? Какого эффекта можно при этом достичь?

— Биопунктура представляет собой введение восстановительных препаратов ультратонкими иглами как можно ближе к пострадавшему органу. Метод биопунктуры позволяет эффективно купировать болевой синдром и воспаление. С помощью биопунктуры можно вводить препарат в ткани послеоперационного рубца. Благодаря такому воздействию происходит максимально быстрое заживление и правильное формирование послеоперационного рубца (профилактика келоидных рубцов). В биопунктуре широко используются комплексные гомеопатические препараты, рассасывающие средства, витамины, при заболеваниях опорно-двигательной системы — хондропротекторы и прочие препараты. Биопунктура сегодня — распространенный метод. Однако хочется напомнить, что эта процедура не относится к ряду простых, заниматься биопунктурой должен только врач, прошедший специальный курс подготовки, владеющий инъекционными техниками, знающий особенности фармакологии лекарственных препаратов при локальном введении, понимающий, какие цели он ставит перед собой. К препаратам, используемым при биопунктуре, также предъявляется ряд требований. Как и любые средства для инъекционного введения, они должны быть произведены в соответствии с европейскими и мировыми стандартами, иметь доказательную базу, быть безопасными.

? Существуют ли методы амбулаторной реабилитации пациентов после оперативных вмешательств? Какие из них могут использоваться при такой форме восстановительного лечения?

— Основная задача реабилитации — это очищение организма от массивной аллопатической нагрузки, примененной во время операции (наркоз, антибиотики и пр.), устранение эндогенной интоксикации (недоокисленные продукты обмена, факторы воспаления и т. д.), купирование воспалительного процесса и максимально быстрое восстановление утраченных функций. Всего этого можно добиться в процессе амбулаторного лечения в условиях дневного стационара. Озонотерапия, инфузионное введение комплексных гомеопатических препаратов — это методы быстрого и эффективного очищения организма. Инъекции препаратов аминокислот, витаминов, биопунктура, физиотерапия позволяют в максимально короткие сроки восстановить утраченные или ослабленные функции пострадавшего органа и организма в целом. Конечно, при условии, что пациент находится в руках профильного специалиста в стенах профильного учреждения.

Беседа с Мариной Анатольевной лишь приоткрыла двери в огромный мир современных возможностей реабилитации. Остается надеяться, что достижения современной мировой реабилитологии не пройдут мимо украинских пациентов. Повышение знаний врачей о необходимости послеоперационной реабилитации, развитие системы преемственности в медицине, демонстрация достижений хирургам на съездах и конференциях — вот те простые шаги, способные в корне изменить представление о возможностях восстановительной медицины.

Подготовила **Александра Меркулова**

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. ООО «ЮБИАИ», лицензия МЗ Украины на медицинскую практику АЕ 197493 от 01.08.2013.

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

Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакоterapiї, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря

За матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ, 16-17 травня, м. Тернопіль



Л.С. Бабінець

Традиційними стали щорічні весняні зустрічі фахівців сімейної медицини з метою проаналізувати пройдений шлях та обговорити перспективи розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), окреслити завдання на майбутнє.

Цього року Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакоterapiї, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря» (внесена МОЗ до реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій на 2017 р. за № 107) відбулася 16-17 травня у ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» (ТДМУ) за ініціати́ви кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини, департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (ОДА), ВГО «Українська асоціація сімейної медицини» та ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області».

У заході взяли участь понад 350 лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) Тернопільщини, провідні науковці з Києва, Сум, Вінниці, Чернівців, Дніпра, Ужгорода, Харкова, а також гості з Грузії та Естонії. Делегатами конференції, крім сімейних лікарів, стали дільничні педіатри та терапевти, клінічні фармакологи, гастроентерологи, фізіотерапевти, рефлексотерапевти та реабілітологи. Уперше до роботи форуму долучилися фельдшери та медсестри ПМСД.

У вітальному слові **проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи ТДМУ, професор Степан Запорожан** зазначив, що сьогодні інституція сімейної медицини є однією з найбільш потужних у галузі охорони здоров'я України. У контексті реформ медичної галузі сімейну клінічну практику визначено ключовою, бо саме первинна допомога має формувати здоров'я нації. Він побажав учасникам форуму плідної праці, цікавого спілкування й приємних вражень від перебування на Тернопільщині.

Проректор з наукової роботи ТДМУ, професор Іван Кліш визначив процес становлення і розвитку сімейної та страхової медицини як один з найбільш перспективних напрямів удосконалення системи охорони здоров'я населення України. Впровадження сімейної медицини – це інноваційний процес в охороні здоров'я, що супроводжується розробкою та апробацією різноманітних моделей, кожна з яких має свої переваги та недоліки і потребує адаптації до реалій сьогодення. За цих обставин особливого значення набуває питання підготовки та перепідготовки спеціалістів сімейної медицини.

Начальник управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА Володимир Богайчук зауважив, що в шостій редакції «Концепції охорони здоров'я Тернопільщини» первинну ланку визначено пріоритетною. Особливо він зупинився на питаннях фінансово-економічного забезпечення сімейної медицини, що може здійснюватись як адміністративними, так і ринковими методами. Принципи фінансування визначаються суспільними можливостями та державною політикою в галузі охорони здоров'я, яка має бути спрямованою на децентралізацію управління, розвиток самоврядування та самостійності сімейного лікаря на правовій договірній основі.

У рамках конференції відбулося чергове засідання правління ВГО «Українська асоціація сімейної медицини»



за участю керівників центрів ПМСД Тернопільської області, де було запропоновано внести актуальні додаткові пропозиції щодо реформування ПМСД.

Загалом доповіді, які пролунали на конференції, стосувалися різних аспектів діагностики, лікування, раціональної фармакоterapiї, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря, а також розвитку сімейної медицини.

Привернули увагу присутніх виступи іноземних гостей – Irine Pkhakadze, Ketevan Jugheli (Грузія), присвячені питанням медичної освіти в Грузії, упровадження в практику інноваційної програми міжвузівської освітньої кооперації.

Доповідач Joller Karmen (Естонія) розповіла про становлення сімейної медицини в Естонії, поділилася досвідом розробки ефективної моделі функціонування ПМСД.

Завідувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини ТДМУ, віце-президент ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області», член правління, керівник департаменту науки ВГО «Українська асоціація сімейної медицини», доктор медичних наук, професор **Лілія Бабінець** акцентувала увагу слухачів на ключових аспектах тактики ведення хворого на дисциркуляторну енцефалопатію в амбулаторній практиці.

Важливу інформацію містила доповідь завідувача кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, професора **В'ячеслава Чорнобрового** «НПЗП-гастропатія: актуальні питання діагностики, лікування та профілактики в практиці сімейного лікаря».

Про клінічну ефективність лікувальної фізкультури при терапії ішемічної хвороби кінцівок йшлося у виступі професора **Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького** **Лук'яна Андріюка**.

Чималий інтерес викликала доповідь завідувача кафедри сімейної медицини ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», професора **Ірини Височиної** «Відновлення мукоциліарного

транспорту при гострих захворюваннях слизових оболонок дихальних шляхів у практиці сімейного лікаря».

У виступі «Ерадикація *H. pylori* – можливості забезпечення належної ефективності» **Олег Швець**, директор Державного науково-дослідницького центру з проблем гігієни харчування МОЗ України, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дієтологія» чітко сформулював межі компетенції сімейних лікарів у діагностиці та лікуванні гастроентерологічної патології.

Тамара Христич, професор кафедри фтизіатрії та пульмонології Буковинського державного медичного університету (БДМУ), розповіла про методи корекції астениї при хронічному панкреатиті в поєднанні із серцево-судинними захворюваннями.

Практичні питання щодо механізмів взаємообтяження гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби й ішемічної хвороби серця та ефективних способів корекції висвітлювала професор **Оксана Хухліна**, завідувач кафедри внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб БДМУ.

Клінічний досвід застосування сучасних ентеросорбентів з доведеною ефективністю проаналізував **Вадим Терьошин**, доктор медичних наук, професор кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету.

Ірина Боровик, доцент кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини ТДМУ та один із засновників професійної асоціації, презентувала доповідь «Інноваційна методика гепатопротекції у практиці сімейного лікаря».

Практичні кроки до вирішення проблемних питань супроводу пацієнта із цукровим діабетом для сімейних лікарів визначила **Неоніла Корильчук**, доцент кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини ТДМУ.

Доцент кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини ТДМУ **Наталія Боцюк** поінформувала аудиторію про особливості ведення дітей з гострими бронхітами на тлі алергічних захворювань.

Професор **Віктор Орловський**, завідувач кафедри сімейної медицини Сумського державного університету, зупинився на поліморфізмі гена CYP7A1 в осіб з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу.

На конференції обговорювалися питання щодо подальшої діяльності ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області».

У рамках заходу було проведено конкурс друкованих робіт молодих учених за фахом «ЗПСМ», що увійшли до фахового журналу «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». Нагороджуватимуть переможців на наступному засіданні правління ВГО «Українська асоціація сімейної медицини».

17 травня відбулося виїзне засідання на базі амбулаторії сімейного лікаря села Шляхтинці Тернопільського району. Учасники та гості конференції ознайомилися з реальними можливостями діяльності ПМСД у формі амбулаторії, яка працює під патронатом місцевої територіальної громади, що є однією з новачій сучасної реформи ПМСД за умов децентралізації.

За результатами роботи форуму було ухвалено резолюцію.

Резолюція

Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакоterapiї, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря» (16-17 травня)

- Організувати планомірну роботу ГО «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області» для забезпечення професійного спілкування і зростання фахового рівня лікарів ЗПСМ, для посилення впливовості фігури сімейного лікаря в системі охорони здоров'я та суспільстві взагалі, для інтеграції зусиль із формування стандартів діагностики та лікування основних видів захворювань, із соціального та юридичного захисту лікарів тощо;

- сприяти активному залученню професійної асоціації працівників первинної медичної допомоги до впровадження реформи системи охорони здоров'я на засадах пріоритетності первинної ланки, запропонованої урядом України, забезпеченню ефективної співпраці з органами місцевого самоврядування, а також підвищенню ролі громадянського суспільства для якісної імплементації запропонованих змін;

- звернутися до МОЗ України, щоб при залученні до проведення науково-практичних конференцій, симпозіумів, конгресів та інших заходів на центральному і регіональному рівнях лікарів первинної медичної допомоги (лікарів ЗПСМ, дільничних терапевтів і дільничних педіатрів) узгоджувати цей процес із головними профільними спеціалістами на центральному рівні (головний позаштатний спеціаліст із питань сімейної медицини), відповідними фахівцями на регіональному рівні, а також з керівниками відповідних фахових професійних асоціацій;

- з метою підняття престижу лікарів ЗПСМ і приведення до реального стану речей ввести у штаті МОЗ і управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій посади штатних головних спеціалістів з питань первинної медичної допомоги (ЗПСМ);

- спрямувати зусилля науковців на створення й оптимізацію системи медичної освіти в плані формування ментальності сімейного лікаря як організатора маршруту пацієнта, відповідального за рівень здоров'я прикріпленого населення;

- активно проводити роботу з впровадження медичних стандартів та протоколів, запропонованих МОЗ України, у практику лікувальних закладів ПМСД, а також у викладацький процес;

- затвердити програму амбулаторної виробничої практики студентів V курсу медичного факультету з відпрацюванням її в центрах ПМД та навчально-практичних центрах ПМСД і ЗПСМ під контролем кафедр сімейної медицини додипломного рівня;

- з метою формування філософії сімейного лікаря в студентів-медиків і розуміння ними значимості лікаря ПМД як основної фігури системи охорони здоров'я України сприяти затвердженню на державному рівні національної мультидисциплінарної програми викладання дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» на додипломному рівні у вищих медичних закладах України, взявши за основу запропоновану і затверджену ВГО «Українська асоціація сімейної медицини».

Цефподоксиму проксетил у лікуванні загострень хронічних бронхітів

7-8 червня у Києві відбулася Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Первинна медична допомога: кращі практики сімейної медицини». У рамках заходу свої доповіді представили провідні клініцисти та науковці України і Європи.



Сучасні підходи до лікування загострень хронічних бронхітів (ХБ) висвітлювала доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), кандидат медичних наук Тетяна Анатоліївна Титова.

Інфекційне загострення хронічного бронхіту (ІЗХБ) визначається як епізод респіраторної декомпенсації, не пов'язаний з іншими

об'єктивно задокументованими причинами, передусім пневмонією. Діагностика ІЗХБ передбачає застосування клінічних, рентгенологічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

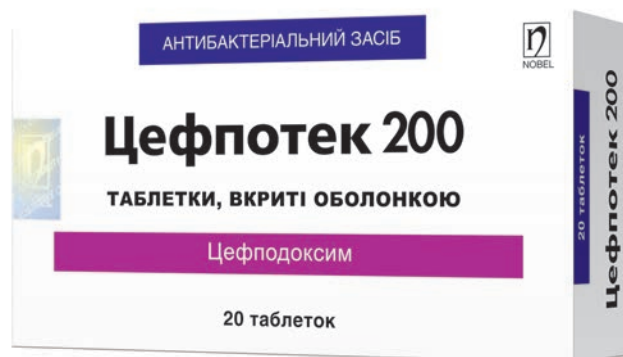
Основними симптомами ІЗХБ є посилення кашлю, підвищення продукції мокротиння, зміна його характеру (у першу чергу збільшення частки гною), посилення задишки, декомпенсація супутньої патології (серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет тощо), лихоманка. Кожна із цих ознак може зустрічатися ізольовано або в різних поєднаннях, а також мати різний ступінь тяжкості. Саме ці відмінності дозволяють зробити припущення щодо етіологічного спектра збудників загострення.

Лікування респіраторних інфекцій спрямоване на усунення етіологічного фактора (бактерій і вірусів), пригнічення запалення та евакуацію секрету з дихальних шляхів. При ІЗХБ обґрунтованими є такі положення лікарської тактики: лікування пацієнта в домашніх умовах, навчання пацієнта, правильний вибір основного препарату, лікарський контроль. Таким чином, здебільшого при ІЗХБ антибактеріальні препарати слід призначати амбулаторно. Основним методом лікування є емпірична антибактеріальна терапія, яка сприяє швидкому усуненню симптомів ІЗХБ, ерадикації етіологічно значущих мікроорганізмів, подовженню тривалості ремісії, а також зниженню витрат, обумовлених подальшими загостреннями ХБ.

При виборі антибіотика слід враховувати загальну клінічну ситуацію, активність препарату проти найбільш імовірних у даному випадку збудників інфекційного процесу, ймовірність наявності антибіотикорезистентності, фармакокінетику препарату (проникнення в бронхіальний секрет, час напіввиведення тощо), взаємодію обраного засобу з іншими медикаментами, режим дозування, можливі побічні ефекти, а також вартість препарату.

Частота загострень ХБ становить близько 4 разів на рік з вираженим збільшенням об'єму мокротиння та частки

гною в ньому. Основними етіологічно значущими збудниками загострень ХБ є такі мікроорганізми: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, а також грамнегативна флора. Часто збудники ІЗХБ характеризуються резистентністю до β-лактамних антибіотиків. Препаратами першого ряду в лікуванні ІЗХБ зазвичай є захищені пеніциліни та цефалоспорины I-II покоління, а альтернативними засобами – цефалоспорины III генерації. Особливістю загострень хронічних обструктивних бронхітів є те, що з підвищенням ступеня бронхіальної обструкції в мокротинні збільшується частка грамнегативних збудників за рахунок зменшення частки грампозитивних.



Р.П. № UA/10429/01/01 до 06.03.2020.

Що ж до хронічного гнійного бронхіту (ХГБ), йому притаманне постійне виділення гнійного мокротиння, тяжкі симптоми загострень, часто з розвитком дихальної недостатності. Спектр збудників цього патологічного стану переважно співпадає з таким ІЗХБ. Антибіотиками першого ряду при ХГБ є цефалоспорины III покоління та респіраторні фторхінолони, а альтернативними – цефалоспорины IV покоління, антисиньогнійні пеніциліни та меропенем.

Таким чином, цефалоспорины III покоління застосовують як при ІЗХБ, так і при ХГБ. Цей клас засобів має широкий спектр дії проти грамнегативних бактерій, а також протистрептококову активність. Всмоктування цефалоспоринов III покоління становить близько 50%. На відміну від засобів попередніх поколінь ці антибіотики мають більш тривалий період напіввиведення та подвійний шлях виведення (із сечею та жовчю).

Цефпотек (цефподоксиму проксетил, Nobel, Туреччина) – цефалоспорин III покоління, широкого спектра



Р.П. № UA/10429/01/01 до 06.03.2020.

дії (*S. pneumoniae*, стрептококи багатьох груп, *C. diphtheriae*, *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *M. catarrhalis* (штами, що продукують і не продукують β-лактамазу), *N. meningitidis*, *N. gonorrhoeae*, *E. coli*, клебсієли, протей). Механізм дії **Цефпотеку** полягає в порушенні синтезу клітинної стінки бактерій, тобто цьому засобу властива бактерицидна дія. **Цефпотек** є стійким до дії β-лактамаз. Крім того, особливою відмінністю **Цефпотеку** є висока активність проти різних штамів гемофільної палички та клебсієли.

Цефподоксиму проксетил (**Цефпотек**) є представником проліків, який перетворюється на активний метаболіт (безпосередньо цефподоксим) в організмі. Ця речовина добре розподіляється в органах та тканинах. Через 3-6 год після прийому концентрація цефподоксиму в легеневій тканині становить 70-80% від аналогічного показника для плазми крові, у слизовій оболонці бронхів – 50%, у плевральній рідині та запальному ексудаті – 70-100%.

Цефпотек є безпечним препаратом, оскільки технологія проліків значно знижує ризик дисбіозу кишечника. Крім того, **Цефпотек** не метаболізується в печінці і не виводиться з калом, а екскретується із сечею в незміненому вигляді впродовж 12 год після прийому. При застосуванні **Цефпотеку** не виникає потреби коригувати дози у хворих похилого віку та осіб із хворобами печінки та низьким рівнем міжлікарських взаємодій, що свідчить про сприятливий профіль безпеки препарату.

Авторське дослідження Т.А. Титової мало на меті вивчити можливості застосування цефподоксиму проксетилу як емпіричної терапії хронічного обструктивного бронхіту у фазі загострення на амбулаторному етапі надання медичної допомоги. У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів, яким було призначено **Цефпотек** у дозі 200 мг 2 р/добу протягом 5 днів. Результати показали достовірне поліпшення загального стану, швидку нормалізацію температури та зменшення хрипів. Варто також зазначити, що **Цефпотек** випускається в упаковці № 14, що дозволяє подовжити курс лікування до 7 днів у разі необхідності.

Таким чином, емпіричне застосування **Цефпотеку** при ІЗХБ є етіологічно та фінансово обґрунтованим і супроводжується швидким покращенням клінічного стану пацієнта.

Підготувала Лариса Стрілчук

НОВИНИ МОЗ

За перші три дні до системи eHealth в Україні приєдналося 25 поліклінік у 15 містах

Перший сервіс системи eHealth – реєстрація закладів первинної допомоги – почав працювати 19 червня. Це перший крок до створення об'єднаної електронної системи охорони здоров'я в Україні.

«Оголошуємо марафон з під'єднання медичних закладів до електронної системи eHealth. Уже незабаром у цій системі лікарі первинної ланки реєструватимуть пацієнтів, щоб отримувати оплату за надані медичні послуги від держави, – пояснює в. о. міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун. – МОЗ спільно з громадськістю, бізнесом та міжнародною спільнотою виконує свої зобов'язання з впровадження медичної реформи. Я ще раз звертаюся до народних депутатів України із закликом якомога швидше прийняти необхідний пакет законопроектів, щоб нам більше не довелося відкладати реформу первинної ланки. Запевняю, що медична галузь повністю готова до старту реформ, у тому числі до повноцінного функціонування електронної системи eHealth».

Після реєстрації медичних закладів запрацює реєстрація лікарів, а відтак, і пацієнтів. У майбутньому eHealth дозволить створити єдину електронну медичну картку українця, що допоможе і в діагностиці, і в адмініструванні медичних послуг.

«Чому електронна система є такою важливою? Тому що eHealth дозволить контролювати, наскільки ефективно держава витрачає бюджетні кошти на охорону здоров'я, наприклад, ми зможемо уникнути фінансування так званих мертвих душ. А лікарі працюватимуть у чесній та справедливій системі. Хороший, талановитий лікар, яких у нас у країні дуже багато, буде мати більше пацієнтів і за це отримуватиме від держави більше грошей. А пацієнти зможуть легко обирати свого лікаря», – вважає заступник міністра охорони здоров'я України Павло Ковтонюк.

Запустити електронну систему допомагає міжнародна спільнота. Посол Канади в Україні Роман Ващук повідомив, що уряд його країни виділив фінансування

на створення eHealth: «Ми підтримуємо реформи в Україні, зокрема й медичну реформу, і розраховуємо на співпрацю уряду, Верховної Ради, бізнесу та громадськості в тому, щоб українці якомога швидше отримали доступ до медичного обслуговування світового рівня».

Над системою eHealth працює проектний офіс, створений МОЗ України, Державним агентством з питань електронного урядування, українським представництвом Transparency International та найбільшою пацієнтською організацією в Україні – Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Уже сьогодні з проектним офісом співпрацюють 14 розробників медичних інформаційних систем в Україні.

«Талановиті українські IT-фахівці не дарма є затребуваними на світовому рівні: їм до снаги створювати найкращі продукти. Ми з радістю співпрацюємо з усіма розробниками якісних IT-рішень для медицини. Структура системи eHealth дозволяє легко підключитися будь-яким наявним та новим системам, при цьому гарантуючи безперервний сервіс, безпеку та конфіденційність даних, – каже Юрій Бугай, керівник проектного офісу eHealth. – МОЗ, бізнес і громадськість спільно створюють фундамент сучасної електронної системи, яка вже на початкових етапах допоможе підвищити рівень медичного обслуговування. За умови, що Верховна Рада та уряд не чинитимуть перепон, уже наступного року ми матимемо нову історію успіху для України».

Дмитро Шерембей, голова координаційної ради Всеукраїнської мережі ЛЖВ, назвав запуск системи eHealth та сервісу з реєстрації закладів першим кроком до мрії пацієнта – концепту здоров'я на долоні. «Як пацієнтська організація і як один з ініціаторів цього проекту, мережа ЛЖВ завжди обстоює пріоритет якості та зручності для пацієнта, тому ми продовжимо роботу в проектному офісі, щоб втілити цю мрію».

За інформацією прес-служби МОЗ України

Захист прав медичних працівників: практичні рекомендації і стратегічні пропозиції

12 червня в готелі «Русь» (м. Київ) за ініціативи консалтингової компанії «Юркрафт Медицина» та за підтримки Українського медичного клубу, Асоціації стоматологів України, Професійного союзу захисту прав медичних працівників, Комітету медичного та фармацевтичного права Асоціації адвокатів України та OLEH RACHUK Law Firm відбувся воркшоп «Захист прав медичних працівників: практичні рекомендації і стратегічні пропозиції».



У поле зору експертів потрапили нагальні дискусійні питання, зокрема роль медичних працівників в умовах реформи системи охорони здоров'я (СОЗ); «підводні камені» та умови доступу до інформації про пацієнта; юридичні наслідки надання медичної допомоги неналежної якості; можливості й перспективи закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) після зміни організаційно-правового статусу; переваги і ризики впровадження міжнародних клінічних протоколів. Викликають тривогу «зрівнялівка» в оплаті праці медиків, можливість призначення пенсії за вислугу років тільки в разі залишення роботи, яка дає право на пенсію; незабезпеченість безпеки медичних працівників; тактика щодо колишніх випускників медичних вузів, які вже розпочали працювати (нагадаємо, необхідність обов'язкового відпрацювання випускників медичних вузів, які навчалися за державним замовленням, у 2017 р. скасовано).

Попри гучні позитивні реляції влади очевидно, що вітчизняна СОЗ перебуває в стані колапсу: спостерігаються значний відтік професійних кадрів за кордон і перенавантаження медичного персоналу (наприклад, в Україні 1 медсестра обслуговує 50-60 хворих, при цьому в Німеччині на цю ж кількість пацієнтів – 15-20 медичних сестер), відсутність у фахівців відчуття захищеності, віри в позитивні зміни й чіткого розуміння вектора руху.

Які права медичних працівників найчастіше порушуються і як їх захистити?

Учасники однойменної панельної дискусії описали «законодавчий ландшафт», який стосується правового забезпечення медичних працівників, та запропонували власне бачення щодо шляхів покращення ситуації.

Права медичних працівників

- Права медичного працівника як людини і громадянина (Конституція України, міжнародні договори України, Цивільний кодекс України – ЦКУ)
- Права медика як працівника (Кодекс законів про працю України, закони України, що регулюють трудові відносини)
- Права медичного працівника як такого (ст. 77 ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров'я»)
- Права медичного працівника, що кореспондують обов'язкам пацієнта (ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров'я», інші спеціальні закони в СОЗ)



Основні «точки напруги», що переростають у претензії пацієнтів та порушення прав медичних працівників, позначила Радмила Юрївна Гревцова, кандидат юридичних наук, голова Комітету Асоціації адвокатів України з медичного і фармацевтичного права, керуючий партнер консалтингової компанії «Юркрафт Медицина».

Відмова від подальшого ведення пацієнта. Відповідне право перед-

бачено ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи законодавства), якщо пацієнт не виконує рекомендації лікаря та не дотримується правил внутрішнього розпорядку ЗОЗ. Не варто плутати з відмовою від надання допомоги, що за певних обставин може призвести до кримінальної відповідальності за ст. 139 Кримінального кодексу України (ККУ).

Надання пацієнту інформації. 70% проблем, які виникають у діяльності ЗОЗ, стосуються саме інформування хворого про стан його здоров'я, особливості та наслідки медичного втручання, умов надання платних послуг. Наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) № 110 затверджена форма № 003-б/о інформованої добровільної згоди пацієнта на медичне втручання. У той же час наказ МОЗ від 29.12.2016 № 1422, який регламентує зміни щодо стандартизації медичної допомоги, теж містить інформовану згоду. Вона значною мірою дублює форму

№ 003-б/о, проте стосується неадаптованих клінічних протоколів. У зарубіжних державах є окремо адаптовані частини протоколу для хворого, в Україні вони поки що відсутні і навряд чи з'являться найближчим часом. Тому, на жаль, більшість пацієнтів, навіть коли матимуть бажання, не зможуть прочитати та/або зрозуміти їх. «Відверто кажучи, інформована згода нікого – ні лікаря, ні пацієнта – ні від чого не захищає. «Ви мене про це не попередили. Якби я знав про ризики, ніколи не погодився би на таке лікування» – слова хворого, знайомі, певно, кожному медичному спеціалісту. Враховуючи зміст наказу МОЗ № 1422, ситуація в цій царині значно ускладниться», – прокоментувала пані Радмила.

Комплекс медико-технологічних документів:

- адаптована клінічна настанова;
- стандарти медичної допомоги, що розробляються в обмеженій кількості відповідно до пріоритетів СОЗ;
- новий клінічний протокол медичної допомоги, який затверджується шляхом вибору клінічної настанови, що підлягає застосуванню на території України, її перекладу українською мовою або викладення англійською мовою чи мовою оригіналу; затверджується МОЗ як текст нового клінічного протоколу або посилання на джерело його розміщення/публікації;
- уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (розробляється на основі стандарту медичної допомоги (класичний спосіб) або на основі адаптованої клінічної настанови за відсутності стандарту медичної допомоги (прямий або скорочений спосіб), затверджується МОЗ)



Варто зауважити, що наказ МОЗ № 1422 не містить положення про локальні клінічні протоколи. Частково компенсувати їх відсутність можна за рахунок використання клінічного маршруту пацієнта.

Вибір методів медичного втручання та отримання згоди на його проведення. Хто повинен обирати метод лікування відповідно до чинного законодавства? Згідно з ЦКУ пацієнт, якому виповнилося 14 років, має право на вибір лікування відповідно до рекомендацій лікаря (наразі тривають дискусії, чи потрібна також згода законних представників хворих віком від 14 до 18 років), при цьому для надання інформованої добровільної згоди достатньо підписів законних представників (думка дитини не враховується). Ще одним протиріччям наказу МОЗ № 1422 є пункт про вибір одного з наявних нових клінічних протоколів для застосування щодо конкретного пацієнта лікарем, а це суперечить ЦКУ. До того ж передбачено інформування хворого про вибір стратегії терапії в усній формі, що також зумовить численні непорозуміння. За словами доповідача, останнім часом збільшилася частота позовів про відшкодування майнової та/або моральної шкоди, завданої порушенням особистих немайнових прав пацієнта, не пов'язаних з ушкодженням здоров'я (права на інформацію, на вибір методу медичного втручання, на вибір лікаря і т. ін.), тому для захисту від необгрунтованих претензій юристи СОЗ повинні займатися проактивно позицію й розробити належну документацію.

Отримання відмови від медичного втручання. Лікар зобов'язаний поінформувати пацієнта про потенційні тяжкі наслідки відмови від лікування. Якщо після цього хворий не надає згоди, лікар має право отримати документальне підтвердження такої відмови (до речі, її форму офіційно не затверджено). Якщо ж пацієнт відмовляється і від цього, потрібно скласти акт у присутності свідків. Р.Ю. Гревцова проілюструвала виступ цікавим випадком із практики: «Неви-гадана історія: науково-дослідний інститут, окремий бокс, пацієнт образив усіх лікарів і категорично відмовляється від операції; наполягає, що звертатиметься в клініку в Швейцарії. Відповідно до законодавства співробітники установи вирішили скласти акт за участю свідків. Молодий юрист, який працював у закладі, був знайомий з тенденціями вітчизняної судової практики (хоча юридично це дозволено, суди часто не беруть до уваги показання медичних працівників, вважаючи їх зацікавленими особами), тому запросив для підписання акта відмови пацієнтів із сусідньої палати. Через кілька днів пацієнт подав позов на ЗОЗ... через розголошення лікарської таємниці. Судової справи вдалося уникнути, але ситуація видалася вкрай неприємною».

Неправильний механізм повернення коштів. Не рідкість, коли пацієнт, отримавши компенсацію, подає позов про відшкодування моральної шкоди, аргументуючи тим, що ЗОЗ, повернувши кошти, визнав вину, тобто підтвердив надання медичних послуг неналежної якості.

Використовується такий варіант: в угоді про розірвання договору про надання платних медичних послуг (в порядку мирного врегулювання спору) зазначається, що надані послуги були належної якості, а сторони не мають одна до одної претензій. Звісно, це не позбавляє пацієнта права звертатися до суду з позовом, проте його шанси на перемогу відчутно зменшуються. Інший підхід – виплатити компенсацію в рамках мирової угоди, що затверджується судом. Але в таких ситуаціях «апетит» позивача зазвичай суттєво зростає.

Захист ділової репутації ЗОЗ та честі і гідності медичних працівників в епоху Інтернет. Цікавий факт: за останніми дослідженнями, репутаційний менеджмент компанії допомагає підвищити її вартість на 7-10%.

При поширенні недостовірної інформації, що принижує ЗОЗ або медиків, можна вимагати:

- спростування інформації (стосується фактів, а не оціночних суджень);
- надання відповіді;
- відшкодування моральної (немайнової) шкоди.

Поширення неправдивої інформації в мережі Інтернет має, окрім юридичних, суто технічні та маркетингові аспекти. Належним відповідачем у такій ситуації є автор відповідного інформаційного матеріалу та власник веб-сайту, особи яких позивач повинен установити та зазначити в позовній заяві. Якщо автор невідомий / інформація є анонімною і доступ до веб-сайту вільний, належним відповідачем є власник веб-сайту, на якому розміщено зазначений інформаційний матеріал.

«Низка лікарів прагне отримати другу вищу освіту – юридичну. І не з метою змінити фах, а щоб почуватися більш захищеними. Медики не впевнені, що юристи здатні зрозуміти специфіку діяльності в СОЗ. Проте хороше медичного юриста від просто юриста відрізняє якраз розуміння суті проблеми. Якщо, наприклад, експерт залучений до «стоматологічної» справи, він має збагнути, чим відрізняється пульпіт від періодонтиту й пародонтозу. Протягом останніх років ставлення суддів до медичних справ принципово змінилося й трансформувалося з бажання взяти відвід у поглиблення знань з медичного права. Суттєва ре-марка: для суду надзвичайно важливо отримати висновок судово-медичного експерта», – підсумувала Р.Ю. Гревцова.

Прозаїлини та нові ініціативи в законодавчій площині

Спеціальним гостем робочої майстерні стала **Ірина Володимирівна Сисоєнко, народний депутат України, заступник голови Комітету Верховної Ради (ВР) України з питань охорони здоров'я (далі — Комітет), фахівець з медичного права.**



«Останніми днями я багато часу проводжу на телеканалах та професійних форумах, виступаю адвокатом ініціатив МОЗ лише тому, що проголосувала за законопроект № 6327 у першому читанні. Спостерігаються шалена критика т. зв. пацієнтських законопроектів і значний політичний супротив. У мене подив викликає інше: лише зараз ВР VIII скликання розпочато обговорення змін, які на пострадянському просторі розглядалися ще понад 25 років тому. Про яку безкоштовну медицину йдеться? Вона існує лише на папері. У 2017 р. на кожного українця держава виділила 1300 грн (на весь обсяг медичної допомоги). Де ці кошти? Пацієнти могли би використати їх для діагностики та лікування, здорові люди — з метою профілактики. Суттєво завинила держава і перед медиками: своєю бездіяльністю, відсутністю адекватного законодавства, мізерною заробітною платою, що, з одного боку, робить лікаря жебраком, а з іншого — хабарником. Варто змінити підходи до фінансування медичної галузі, філософію утримання ЗОЗ, створити конкурентне середовище», — запевнила І.В. Сисоєнко.

Доповідач тезисно та чітко описала нещодавно затверджені закони, а також законодавчі ініціативи, що перебувають у процесі розгляду.

Закон України № 2309а-д (про автономізацію медичних закладів). Перший важливий крок на шляху до реформ ВР зробила 6 квітня, затвердивши Закон України про автономізацію медичних закладів, що став предметом шаленої політичної боротьби тривалістю понад 2,5 роки. Вперше ініціативу озвучив колишній міністр охорони здоров'я О. Квіташвілі, але тогочасні члени профільного Комітету саботували її. Згодом урядовий законопроект, вже суттєво доопрацьований, було подано від імені народних депутатів.

«Весною він став Законом України. Його суть — усі ЗОЗ державної та комунальної форми власності мають стати неприбутковими некомерційними підприємствами. Зміна організаційно-правової форми — привід для хвилювання щодо можливої приватизації. Зусиллями робочої групи з доопрацювання законопроекту до другого читання, керівником якої я була, вдалося встановити «запобіжник» — повну заборону приватизації», — розвіяла сумніви І.В. Сисоєнко.

Важливо!

Зміна основного виду діяльності державного та комунального ЗОЗ з медичного обслуговування населення (медична практика) у зв'язку зі зміною його організаційно-правової форми забороняється.

Кошти, не використані державним або комунальним закладом (крім державних чи комунальних установ) протягом бюджетного періоду, не вилучаються та можуть бути використані в майбутньому лише з метою фінансування діяльності державного та комунального ЗОЗ, у т. ч. для оновлення матеріально-технічної бази, з урахуванням вимог законодавства та установчих документів.

При кожному ЗОЗ, що одержуватиме фінансування, власниками медичних закладів (міська рада і т. ін.) буде створено спостережну раду. Передбачається формування опікунських рад (головним лікарем), що займатимуться залученням додаткових коштів.

Чіткою вимогою є затвердження урядом методики розрахунку вартості медичної послуги протягом 6 міс. Після цього ЗОЗ зможуть офіційно на договірних відносинах вибудовувати співпрацю з різними джерелами фінансування (страховими компаніями, пацієнтами та ін.) без тіньових платежів. Закон вступає в силу з 2018 р. Протягом 2 років ЗОЗ повинні змінити організаційно-правову форму. На цей період передбачаються пільгові умови (щодо одержання ліцензії, передачі майна), щоб спонукати ЗОЗ до переходу на нову форму роботи.

Можливості ЗОЗ — некомерційних підприємств:

- самостійно розпоряджатися своїми фінансами;
- залучати кошти від міжнародних та національних інвесторів, міжнародних донорів;
- отримувати фінансування на придбання необхідного обладнання або саме обладнання завдяки участі в грантових і міжнародних проектах;

• самостійно вирішувати питання організації власної діяльності (організаційної структури, штатного розпису, потужності ліжкового фонду тощо);

• змінити систему оплати праці медичних працівників і створити додаткові умови для їх мотивації.

Зарплати медичних працівників бюджетної сфери. З 1 січня 2017 р. Законом України «Про Державний бюджет України» встановлено мінімальну заробітну плату в розмірі 3200 грн. Посадові оклади для працівників бюджетної сфери розраховуються, виходячи з розміру посадового окладу працівника I-го тарифного розряду Єдиної тарифної сітки (ЄТС) розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери, встановленого в розмірі прожиткового мінімуму для працездатних осіб на 1 січня календарного року (1600 грн).

Ситуація щодо рівня заробітних плат, «зрівнялівки» є критичною. 16 лютого відбувся круглий стіл, присвячений питанням оплати праці медичного персоналу, за результатами якого Кабінету Міністрів України (КМУ) доручили:

- терміново провести розрахунки додаткової потреби в медичній субвенції для забезпечення виплат заробітної плати медичним працівникам, її диференціації;
- встановити більш високі тарифні розряди для медичних працівників (підвищення на 2 тарифні розряди);
- внести зміни до бюджету щодо збільшення медичної субвенції для забезпечення фонду оплати праці медичним працівникам з урахуванням її диференціації на збільшення тарифних розрядів та встановленої мінімальної заробітної плати відповідно до фактичних потреб.

29 березня до Конституційного Суду України (КСУ) І.В. Сисоєнко надіслано подання за підписом 47 народних депутатів про визнання положень ч. 6 ст. 96 Кодексу законів про працю України, ч. 6 ст. 6 Закону України «Про оплату праці» такими, що не відповідають положенням ч. 1 ст. 8, ч. 3 ст. 22 та ч. 4 ст. 43 Конституції України у їх взаємозв'язку. На сьогодні воно перебуває на розгляді колегії суддів КСУ. У разі прийняття позитивного рішення розмір посадового окладу медичного працівника I-го тарифного розряду ЄТС становитиме не менше, ніж мінімальна заробітна плата, встановлена законом про Державний бюджет на відповідний рік. Нещодавно під стінами уряду відбулися мітинги медиків щодо виплат заробітної плати. (Цій темі було присвячено низку публікацій у попередніх номерах «Медичної газети «Здоров'я України». — Прим. авт.)

Деякі законопроекти знаходяться на розгляді профільного Комітету і ще не виносилися на остаточне голосування ВР.

Проект Закону України № 1332 (щодо соціальних гарантій медичних працівників) пропонує доповнити ст. 77 Основ законодавства положеннями, згідно з якими медичним і фармацевтичним працівникам надається право на отримання:

- надбавок за вислугу років залежно від стажу роботи в державних і комунальних ЗОЗ;
- щорічної грошової винагороди за сумлінну працю, зразкове виконання службових обов'язків;
- матеріальної допомоги на оздоровлення під час надання щорічної відпустки;
- доплати до посадового окладу за роботу в державних і комунальних ЗОЗ, розташованих у сільській місцевості та селищах міського типу.

Проект Закону України № 1164 про внесення змін до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (щодо забезпечення справедливої оплати праці працівників бригад екстреної медичної допомоги) пропонує шляхом внесення змін до ст. 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» поліпшити умови праці водіїв бригад екстреної медичної допомоги (ЕМД) шляхом надання права на:

- підвищені посадові оклади, надбавки за особливий характер праці, особливі умови праці, почесні звання, а також за вислугу років залежно від стажу роботи в державних та комунальних ЗОЗ, інші надбавки й доплати, премії і винагороди, розмір та порядок встановлення яких визначаються КМУ;
- соціальні пільги та гарантії, передбачені законодавством про аварійно-рятувальні служби, у випадках, встановлених КМУ;
- обов'язкове страхування, яке забезпечується в порядку, встановленому законом.

Проект Закону України № 6311 (про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення безпечних умов надання медичної допомоги) пропонує доповнити Основи законодавства ст. 78-2 «Забезпечення безпечних умов надання медичної допомоги» такого змісту:

Медична допомога надається у безпечних умовах з дотриманням прав і законних інтересів пацієнта.

Під час надання медичної допомоги медичні працівники, фізичні особи-підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики, та працівники системи ЕМД, які входять до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, мають право на:

- безпечні умови надання медичної допомоги;

• вжиття заходів, спрямованих на усунення загроз для життя та здоров'я;

• захист від протиправного посягання на життя та здоров'я.

Медичний працівник, фізична особа-підприємець, який провадить господарську діяльність з медичної практики, та працівник системи ЕМД, який входить до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, за зверненням має право на здійснення супроводу працівниками Національної поліції України для забезпечення безпечних умов надання медичної допомоги.

Порядок забезпечення безпечних умов надання медичної допомоги встановлюється КМУ.

Змінами до ст. 23 Закону України «Про Національну поліцію» на працівників поліції покладається здійснення супроводу за зверненням медичного працівника, фізичної особи-підприємця, який провадить господарську діяльність з медичної практики, та працівника системи ЕМД, який входить до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, для забезпечення безпечних умов надання медичної допомоги пацієнту та вжиття заходів, спрямованих на усунення загроз для життя та здоров'я під час надання медичної допомоги.

Законопроект також передбачено:

✓ адміністративна відповідальність за створення перешкод у наданні медичної допомоги (шляхом внесення змін до Кодексу України про адміністративні правопорушення);

✓ кримінальна відповідальність за погрози або насильство (нанесення тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості), посягання на життя, захоплення в заручники, умисне знищення або пошкодження майна медичного працівника, фізичної особи-підприємця, який провадить господарську діяльність з медичної практики, та працівника системи ЕМД, який входить до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, під час надання медичної допомоги (шляхом внесення змін до ККУ).

Серед останніх досягнень — **проект Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини»**. «Це моя особиста ініціатива. Він розроблявся в партнерстві з Асоціацією сімейних лікарів, Інститутом сімейної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика і, сподіваюся, об'єднає представників усіх політичних сил», — завершила виступ Ірина Володимирівна.

Медики та юристи: точки дотику

«Сьогодні в Україні сформована команда висококласних фахівців у галузі медичного права. Лікарі можуть розраховувати на якісну правову допомогу й підтримку юристів-професіоналів. Та чи достатньою є їхня кількість, аби охопити наявні потреби? В Україні не так багато вузів, де працюють відповідні кафедри, тому доцільно посилити підготовку спеціалістів у галузі медичного права», — наголосив **Олег Олександрович Рачук, президент Асоціації адвокатів України, OLEH RACHUK Law Firm.**

Важливо!

З наступного навчального року Київський національний університет ім. Т. Шевченка відкриває магістерську програму за напрямом «Правознавство» (спеціальність «Правове забезпечення медичної і фармацевтичної діяльності») для осіб, які мають бакалаврську освіту або освіту спеціаліста неюридичного (медичного) профілю. Умови вступу — вдале складання ЗНО і проходження співбесіди. Тривалість програми — 1,5 роки.

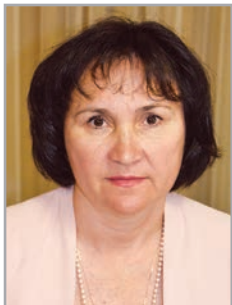


Доповідач нагадав, що в Україні наявна система органів адвокатського самоврядування, професійну правничу допомогу надає адвокатура, лише адвокат здійснює представництво іншої особи в суді, а також захист від кримінального обвинувачення. Представництво адвокатами у Верховному Суді та судах касаційної інстанції здійснюється з 1 січня 2017 р.; у судах апеляційної інстанції впровадження цього заходу заплановано з 1 січня 2018 р.; у судах першої інстанції — з 1 січня 2019 р. Існує Національна асоціація адвокатів України, що об'єднує усіх фахівців і передбачає обов'язкове членство. «Для медиків досвід адвокатури може бути цікавим з позиції запровадження лікарського самоврядування та встановлення певних «запобіжників» і обмежень», — резюмував О.О. Рачук.

Продовження на стор. 48.

Захист прав медичних працівників: практичні рекомендації і стратегічні пропозиції

Продовження. Початок на стор. 46.



Ірина Петрівна Мазур, доктор медичних наук, президент Асоціації стоматологів України (АСУ), зазначила, що після останнього з'їзду АСУ обрала курс на правовий захист професійної діяльності лікарів-стоматологів: «МОЗ, громадські організації зосереджені переважно на захисті пацієнтів. Проте не потрібно ігнорувати порушення прав медичних працівників (збільшення виробничого часу і т. ін.). Потрібно прагнути до співпраці між лікарською та юридичною спільнотою. Кожен має робити свою справу: для юриста звичним є відвідування зали суду, а для медика — допомога пацієнтам, робота в операційній».



На дефіциті висококласних лікарських кадрів сфокусував увагу **Іван Миколайович Сорока, президент Українського медичного клубу:** «Із кожним днем кількість медичних фахівців в Україні зменшується. Емігрують лікарі, медичні сестри. Вже зараз вкрай складно відшукати досвідчених спеціалістів, яких можна поради друзям та членам родини. ЗОЗ не забезпечені виробами медичного призначення, ліками, медичною апаратурою. Приблизно 50% смертей в українських лікарнях — не від того, що так неминуче мало статися, а через відсутність тромболітика, стента, потрібного препарату тощо). Серед вимог сьогодення — створити інститут юридичного захисту лікарів і пацієнтів; страхувати лікарську помилку, діяльність лікаря; захищати фахівців від «професійних хворих», що існують за рахунок компенсації ЗОЗ; сформуванню постійно діючої медико-правової комісії для напрацювання законодавчих актів. Лише так вдасться забезпечити ефективну реформу СОЗ. Маю багато товаришів за кордоном. Один із них, В.М. Барам, професор, член Американської психіатричної асоціації, кілька разів на тиждень відвідує суд — і як експерт, і як учасник судових позовів. Якщо запропоновані урядом законопроекти (т. зв. пацієнтські) будуть прийняті в нинішньому вигляді, в Україні теж виникне юридична колізія, що стане підґрунтям для численних судових позовів».

У виступі І.М. Сорока також згадав питання захисту лікарів від професійної патології (туберкульозу, гепатиту, ВІЛ/СНІДу): «Це не поодинокі епізоди, а сотні випадків. Як правило, адміністрація лікарні запевняє, що працівник не дотримувався техніки безпеки. Важко вберегти себе від інфікування під час діяльності, що передбачає контакт з фізіологічними рідинами, і майже неможливо — довести що це трапилося на робочому місці».



«Часто адміністрація ЗОЗ приховує статистику, скільки осіб з ВІЛ/СНІДом перебуває на лікуванні, що збільшує ризик інфікування медичного персоналу. Це питання має раз і назавжди вирішитися на законодавчому рівні шляхом зміни підходу до страхування таких випадків. Не медичний працівник повинен доводити, що зараження сталося на робочому місці, а адміністрація ЗОЗ має надати переконливі аргументи відсутності зв'язку інфікування з виконанням професійних обов'язків», — підкреслив **Максим Барішников, адвокат, партнер юридичної компанії ВКВ.** Він висвітлює такі аспекти, як взаємовідносини між співробітниками лікарні й юридичною службою закладу, запровадження страхування цивільно-правової відповідальності ЗОЗ і медичного спеціаліста, переваги досудового розгляду справ: «У переважній більшості випадків судові справи стосуються позовів проти комунальних та державних ЗОЗ. Суди — нервові й витратне заняття, тому приватні клініки намагаються їх уникнути».

На думку **Романа Володимировича Деркача, представника Союзу захисту прав медичних працівників,** найгостріші проблеми медичного товариства — конфліктні ситуації під час виконання професійних обов'язків (напади на працівників ЕМД нетверезих, агресивних пацієнтів); незадовільний соціальний захист і низька мотивація медичних працівників; недостатня взаємодія з органами Міністерства внутрішніх справ, місцевою владою; відсутність єдиного координуючого органу (не МОЗ), що має важелі впливу на широкий медичний загал; розбіжності в клінічних



протоколах. Після скасування МОЗ локальних протоколів лікарю дозволяється працювати за будь-яким європейським протоколом. Теоретично ЗОЗ можуть використовувати різні документи, наприклад підходи Румунії чи стратегії, схвалені у Швеції. Це значно ускладнить проведення експертизи.

«Якби я використовував презентацію, на кожному з її слайдів розмістив би великі знаки оклику. Протягом 25 років українські лікарі почуваються рабами. Вони винні усім: пацієнтам, контролюючим органам, керівництву, колегам і т. ін. Куди рухатися далі: змінювати статус ЗОЗ чи залишатися багатопротифільною лікарнею? Як вберегти ЗОЗ від реструктуризації, а персонал — від скорочення? Хто захищатиме медиків від свавілля головних лікарів? Універсальних відповідей немає. Союз захисту прав медичних працівників готовий надавати юридичну підтримку медикам. Отримати консультації можна після вступу до регіонального підрозділу Союзу», — розповів Р.В. Деркач.

І.М. Сорока та Р.М. Гревцова, члени Громадської ради при МОЗ, обрані за результатами всеукраїнського голосування, теж запросили присутніх до співпраці й закликали озвучувати ідеї та пропозиції: «Ми транслюватимемо їх на засіданнях Громадської ради та презентуватимемо профільному Комітету, МОЗ, Адміністрації Президента».

Судово-медична експертиза: як забезпечити її незалежність?

«Мозковий штурм», присвячений цій темі, здійснив **Віталій Львович Кондратенко, начальник ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», головний поза штатний спеціаліст МОЗ за спеціальністю «Судово-медична експертиза».**



Судово-медична експертиза (СМЕ) не має відношення до патологічної анатомії, судової психіатрії, поліції, прокуратури, інших правоохоронних органів. СМЕ виконують 26 бюро (без АР Крим та м. Севастополь) — 24 обласних бюро, ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи. У 1991 р. було прийнято рішення КМУ про розмежування майна між державними та комунальними закладами. Переважна більшість бюро СМЕ на сьогодні є закладами комунальної власності, що суперечить ст. 7 Закону України «Про судово-медичну експертизу» («...судово-експертну діяльність здійснюють державні спеціалізовані установи та відомчі служби...»). Статус державної установи фактично зберігає лише Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України (далі — Головне бюро).

Найбільшими проблемами СМЕ в Україні є відсутність врегульованих механізмів керування, фактичне порушення її базового принципу — незалежності, дефіцит фінансування, втрата матеріальної та кадрової бази Донецького та Луганського обласних бюро СМЕ, значне перенавантаження роботою Головного бюро через неможливість перерозподілу експертиз.

«Наш заклад буквально завалений справами стосовно притягнення до відповідальності за професійні правопорушення медичних працівників. Люди змушені чекати висновків експертних комісій 3-5 років. Майже у 100% випадків висновки місцевих судово-медичних експертів співпадали з такими клініко-експертних комісій. У 2016 р. спільно з кафедрою судової медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика ми проаналізували результати діяльності колег в областях. 80% висновків, які стосуються справ проти лікарів, у Головному бюро було змінено на протилежні. Виявилось, що коли справу передавали в іншу область, розбіжність з первинною експертизою теж становила 80%. Ці вражаючі результати озвучувалися на засіданнях Комітету, пленарних слуханнях, проте реакція досі відсутня. За статистикою, 1/3 експертиз засвідчує, що лікар зробив усе правильно, у 2/3 випадків констатуються порушення. Подеколи трапляються неоднозначні ситуації. Наразі розглядаємо 2 експертизи: пацієнти потрапили до лікарні в подібному стані з однаковими діагнозами, один хворий помер, інший — залишився живим, а після одужання подав позов на лікуючого лікаря. Результати експертизи, ініційованої родичами померлого, засвідчили, що спеціалісти виконали всі вимоги протоколу, у той же час фахівець, який лікував другого хворого, дещо модифікував рекомендації документа. Отже, один спеціаліст усе зробив правильно, однак

людина померла, інший порушив положення протоколу, проте врятував життя пацієнта. То хто вчинив правильно? Часто адвокати не враховують неадекватний психічний стан позивача, обіцяють «золоті гори», не розібравшись у деталях й обставинах. Гучною справою свого часу став замах на вбивство відомого професора за замовленням потерпілого (чоловік пережив особисту трагедію — втратив дружину) після рішення суду не на його користь. З таким контингентом клієнтів варто бути якомога коректнішим та обережнішим в обіцянках», — поділився міркуваннями В.Л. Кондратенко.

X-Files. Тимчасовий доступ до речей і документів, що містять лікарську таємницю

Поняття «лікарська таємниця» досить дискусійне. Частина експертів стверджує, що це аналог медичної таємниці, інша — наполягає на тому, що «лікарська таємниця» та «медична таємниця» не є тотожними, зауважуючи, що лікарська таємниця — це інформація про пацієнта, а медична — для пацієнта. Подібне розмежування є умовним; зазвичай терміни використовуються як синоніми.



Що ж робити, коли до лікаря звертається слідчий з проханням надати певну документацію, зміст якої захищається правовим режимом лікарської таємниці? На це питання відповіла **Ганна Ігорівна Резнікова, старший юрист компанії OLEN RACHUK Law Firm:** «За вимогами Кримінального процесуального кодексу (КПК) слідчий повинен звернутися до слідчого судді, який має винести ухвалу

про тимчасовий доступ до речей і документів, які захищаються правовим режимом лікарської таємниці. Відповідно до ч. 2 ст. 65 КПК медичним працівникам та іншим особам, яким у зв'язку із виконанням професійних та службових обов'язків стало відомо про лікарську таємницю, надається імунітет свідка у кримінальному провадженні. Вони не можуть бути допитані з підстав тих даних, які стали відомі під час професійної діяльності. Цікаві результати ми отримали під час анкетування медичних фахівців. На запитання «Які відомості, на вашу думку, належать до лікарської таємниці?» учасники опитування відповіли: інформація про хворобу; дані про медичні обстеження та його результати; перелік методів лікування та їхню результативність; відомості про особу (її минуле, зв'язки, фізичні та психічні дані); нюанси щодо інтимного, сімейного життя пацієнтів. 44% респондентів зауважили, що лікарська таємниця фіксується на певному матеріальному чи електронному носії, але не завжди; 13% вважали, що вона ніде не фіксується; 43% переконані, що така інформація фіксується завжди, але не уточнили носій».

У ККУ є 2 статті, які передбачають відповідальність за розголошення таємниці: ст. 132 (стосується розголошення відомостей про інфікування ВІЛ/СНІДом або іншими невиліковними інфекційними захворюваннями) та ст. 145 (умисне розголошення лікарської таємниці).

За інформацією Г.І. Резнікової, в Україні зафіксована лише одна справа (на території АР Крим), коли медичного працівника було притягнуто до кримінальної відповідальності за ст. 132 (за розголошення інформації щодо ВІЛ-статусу дитини).

Є 2 процедури отримання доступу до інформації: за участю особи, у володінні якої знаходяться речі та документи (здійснюється її судовий виклик), або за її відсутності (за умови ризику знищення певних відомостей і т. ін.). При пред'явленні ухвали суду лікаря мають ознайомити з її оригіналом і надати копію. Ухвала містить опис (перелік документів, які можливо ідентифікувати). При дотриманні вищевказаних умов медик зобов'язаний надати певні відомості й документи, інакше буде прийнято ухвалу про обшук та примусове вилучення останніх.

Наразі представники Комітету з медичного та фармацевтичного права Асоціації адвокатів України здійснюють перемовини з АСУ, іншими професійними медичними спілками, готують відповіді на питання, які цікавлять медиків, і юридичні пропозиції щодо їх вирішення, узагальнюють судову практику медичного спрямування, створюють умови для роботи тандему «медик + юрист».

У США нейрохірург витрачає приблизно 4 роки життя на перебування в судах. На щастя, у нашій державі такого поки що немає, проте кількість позовів проти лікарів динамічно зростає. Україна стоїть на порозі ґрунтовних, хоч і не блискучих змін правил гри в медичній і юридичній сферах.

Підготувала **Ольга Радучих**





НОВОСТИ FDA

FDA одобрило препарат для лечения бокового амиотрофического склероза

5 мая Управление по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств США (FDA – The U.S. Food and Drug Administration) одобрило препарат Радикава (эдаравон) для лечения бокового амиотрофического склероза (БАС), известного также как болезнь Лу Герига. По словам Эрика Бастинга, руководителя отдела неврологических продуктов Центра FDA по оценке и исследованиям препаратов, это первое за многие годы лекарственное средство, зарегистрированное в США для использования по данному показанию.

БАС – редкое заболевание, при котором повреждаются нервные клетки, контролирующие произвольное сокращение мышц, которые отвечают за жевание, дыхание, ходьбу и речь. Пациент не может контролировать определенные мышцы, вследствие чего они ослабевают и атрофируются. БАС – прогрессирующее заболевание. По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний, в США около 12-15 тыс. людей страдают БАС. Большая часть пациентов умирает от дыхательной недостаточности в течение 3-5 лет с момента появления первых симптомов заболевания.

Препарат Радикава вводится внутривенно капельно, в начале терапии ежедневно на протяжении 14 дней, после чего следует перерыв в течение 14 дней. Дальнейшая длительность приема составляет 10 дней, затем снова перерыв 14 дней. Эффективность применения эдаравона для лечения БАС продемонстрирована в 6-месячном клиническом исследовании, которое проводилось в Японии: 137 участников были разделены на группы для получения эдаравона и плацебо. На 24-й неделе терапии у пациентов, получавших эдаравон, было зафиксировано более существенное уменьшение темпов прогрессирования функциональных нарушений по сравнению с теми, кто принимал плацебо.

При использовании препарата могут возникать побочные реакции, требующие неотложной медицинской помощи, а именно: крапивница, отек, затруднение дыхания, аллергические реакции на набисульфат натрия.

Препарат производит компания Mitsubishi Tanabe Pharma America Inc.

FDA расширило показания к применению препарата Калидеко для лечения муковисцидоза

17 мая FDA расширило показания к применению препарата Калидеко (ивакафтор) для лечения муковисцидоза. Ранее лекарственное средство было одобрено для терапии пациентов с муковисцидозом с наличием одной из 10 мутаций в гене, кодирующем белок CFTR. Полученное одобрение позволяет использовать Калидеко для лечения пациентов с наличием одной из 33 мутаций.

Муковисцидоз является редкой патологией, в США она диагностирована примерно у 30 тыс. человек. Причиной развития заболевания являются мутации в гене, кодирующем белок CFTR, который регулирует транспорт ионов хлора через мембрану клетки.

Эти нарушения приводят к накоплению густой слизи в легких, желудочно-кишечном тракте и других органах, что обуславливает проблемы с дыханием, пищеварением и др.

Препарат Калидеко одобрен для применения у пациентов старше 2 лет. Расширение показаний к использованию лекарственного средства позволит увеличить целевую популяцию на 3%.

Наиболее частые побочные эффекты при терапии препаратом включают головную боль, инфекции верхних дыхательных путей, боль в животе, понос, сыпь, тошноту и головокружение. Также прием препарата может повышать уровень трансаминаз в крови и способствовать развитию катаракты. Совместное введение с лекарственными препаратами – индукторами CYP3A (например, рифампином, препаратами зверобоя) – существенно снижает эффективность Калидеко.

Препарат производит компания Vertex Pharmaceuticals Inc.

Расширены показания к применению препарата Актемра

22 мая FDA расширило показания к использованию препарата Актемра (тоцилизумаб) и разрешило его применение у взрослых пациентов с гигантоклеточным артериитом.

Гигантоклеточный артериит – это форма системных васкулитов, приводящая к воспалению стенки крупных кровеносных сосудов. При заболевании страдают главным образом сосуды головы, в основном височные артерии, поэтому гигантоклеточный артериит также называют височным, или темпоральным, артериитом. Вместе с тем могут повреждаться и другие крупные кровеносные сосуды, в том числе аорта. Традиционное лечение включает терапию высокими дозами кортикостероидов с дальнейшим постепенным снижением дозы.

Эффективность и безопасность подкожной формы Актемры оценивались в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании с участием пациентов (n=251) с гигантоклеточным артериитом. Основной конечной точкой была доля пациентов, на 12-52-й неделе терапии достигших стойкой ремиссии (отсутствие симптомов заболевания, нормализация данных лабораторных тестов, снижение дозы преднизона). По сравнению с больными, принимавшими плацебо и стандартную терапию, подавляющее количество пациентов, у которых стандартное лечение преднизолоном было дополнено подкожным введением Актемры, достигло стойкой ремиссии в указанный срок. При этом суммарная доза преднизона в группе приема Актемры была ниже таковой в группе плацебо.

Ранее подкожная форма Актемры была одобрена для лечения активного среднетяжелого и тяжелого ревматоидного артрита, Актемра в форме раствора для внутривенного введения – для терапии указанной патологии, а также системного ювенильного идиопатического артрита и полиартикулярного ювенильного идиопатического артрита.

Препарат производит компания Hoffman La Roche Inc.

Официальный сайт FDA: www.fda.gov

Подготовила **Ольга Татаренко**

ДАЙДЖЕСТ

Преимущество использования препарата на основе экстракта ЗОЛОТАРНИКА в комплексном лечении рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей

Способность бактерий осуществлять адгезию к стенкам мочевого пузыря – фактор вирулентности, играющий важную роль в патогенезе инфекций мочевыводящих путей (ИМП). В качестве одного из условий эффективного лечения рецидивирующих ИМП следует учитывать формирование биопленки, препятствующей осуществлению бактериальной адгезии.

На сегодняшний день имеются исследования, которые доказывают, что включение в схему противорецидивной терапии препарата на основе экстракта ЗОЛОТАРНИКА, обладающего способностью ингибировать бактериальную адгезию, значительно улучшает результаты лечения хронических форм ИМП.

Целью такого исследования было сравнение эффективности комбинированной терапии (антибиотик + препарат на основе ЗОЛОТАРНИКА) и монотерапии антибиотиком в предупреждении рецидивов ИМП у женщин.

Методы. В исследовании приняли участие 164 женщины, страдающие рецидивирующими ИМП. В группу комбинированной терапии вошли 107 пациенток, в группу монотерапии – 57. В курсовом лечении применялся антибиотик фосфомицин (3 г 1 раз в неделю). Длительность противорецидивной терапии в обеих группах составила 3 месяца. В качестве

критериев эффективности проводимого лечения рассматривались количество рецидивов заболевания во время лечения и в течение года после его окончания, а также длительность безрецидивного периода.

Результаты. Отсроченное наблюдение за пациентками в течение года после завершения противорецидивного курса продемонстрировало, что комбинированное применение антибиотика и препарата на основе ЗОЛОТАРНИКА имеет значительное преимущество для эффективного предупреждения рецидивов заболевания по сравнению с монотерапией. Так, частота возникновения рецидивов в группе монотерапии антибиотиком была в 2,5 раза выше, чем в группе комбинированной терапии. Еще одним подтверждением лучшей эффективности комбинированной терапии является время безрецидивного периода. В группе монотерапии антибиотиком первый рецидив заболевания возникал в среднем уже через 3,6 месяца после прекращения терапии. Безрецидивный период в группе комбинированного лечения (антибиотик + экстракт ЗОЛОТАРНИКА) длился значительно дольше и составлял минимум 10 месяцев.

Выводы. Преимуществами использования препарата на основе ЗОЛОТАРНИКА в рамках противорецидивной терапии являются практически в 3 раза более длительный безрецидивный период и в 2,5 раза меньшее количество обострений. Таким образом, у пациентов с рецидивирующими ИМП, получающих препарат на основе экстракта ЗОЛОТАРНИКА, снижается потребность в использовании антибиотиков и значительно улучшается качество жизни.

Frumenzio E. et al. Role of phytotherapy associated with antibiotic prophylaxis in female patients with recurrent urinary tract infections. Arch Ital Urol Androl. 2013 Dec 31; 85 (4):197-199.

Подготовил **Игорь Кравченко**

ЦИСТО-АУРИН®

Экстракт ЗОЛОТАРНИКА 300 мг

Натуральна **АЛЬТЕРНАТИВА**
в лікуванні інфекцій сечової системи



- БІЛЬ тамує
- СПАЗМ знімає

- ЗАПАЛЕННЯ усуває
- АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ дію чинить
E. coli, S. faecalis, S. aureus та ін.



Інформація для медичних та фармацевтичних працівників. Склад: 1 таблетка містить екстракту трави золотарника звичайного 300 мг. Заявник: Еспарма ГмбХ, Німеччина. Виробник: Фарма Вернігероде ГмбХ, Німеччина. РП. № UA/13325/01/01. Показання. Санация сечовивідних шляхів при інфекційних та запальних процесах у складі комплексної терапії (цистит, пієлонефрит та ін.), при сечокам'яній хворобі та за наявності піску у нирках; профілактика утворення каменів та піску у нирках. Протипоказання. Підвищена чутливість до золотарника звичайного або до інших складових лікарського засобу. Не рекомендується застосовувати при набряках, обумовлених серцевою або нирковою недостатністю. Спосіб застосування та дози. Дорослим і дітям віком від 12 років по 1 таблетці 4 рази на добу. Побічні ефекти. Рідко спостерігались алергічні реакції та інші. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Представництво «Еспарма ГмбХ» в Україні: вул. Р. Окіпної, 117, м. Київ.



Тысячи жизней в одном призвании: член-корреспондент НАМН Украины Борис Михайлович Венцковский

Испытание трудным случаем... В акушерстве и гинекологии – в этих дисциплинах неожиданностей и одновременно решительности – это и есть момент истины: на что ты способен. Не случайно Михаил Булгаков в «Записках юного врача» подобный личный поединок в родильном зале назвал «Крещение поворотом». Такое противостояние реальной опасности смерти пациентки у начинающего акушера-гинеколога Бориса Венцковского было, впрочем, более критичным. Да, это произошло давно, почти 50 лет назад, но запомнилось все до деталей...

Борис Михайлович в своей специальности, в предельно ответственном отношении к ней, как бы принял наследственную эстафету. Но лишь во втором поколении. Его отец, профессор Михаил Каспарович Венцковский, руководивший профильными кафедрами в нескольких медицинских вузах страны, пришел в медицину с рабфака. Между прочим, и благополучному появлению на свет автора этих строк, и спасению жизни его мамы (у которой возникло послеродовое кровотечение) в немалой степени способствовал Михаил Каспарович. По сути он спас тогда две жизни.

Разумеется, профессиональный и нравственный камертон сына Венцковского старшего звучит в той же тональности, что и у отца. По окончании школы поступил в Винницкий медицинский институт, затем перешел в Киевский (ныне Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца – НМУ). После распределения начал работать акушером-гинекологом на поликлиническом приеме в поселке Коцюбинский на Киевщине. Поселковая поликлиника входила в медицинский узел с центром в Ирпене. Заведующая специализированным отделением Анна Никифоровна Федутенко, грамотнейший акушер-гинеколог и отличный хирург с фронтовым стажем, предложила Борису перейти врачом-ординатором в ее отделение.

И вот – одно из первых самостоятельных дежурств, в отделение поступает женщина с внематочной беременностью. Венцковский приступает к операции, рядом – только операционная сестра. У пациентки полость малого таза и живот полны крови. Молодой врач почти в отчаянии! Молнией мелькнула мысль: без помощи Анны Никифоровны он с ситуацией не справится. Но, как говорят в народе, – глаза боятся, сердце трепещет, а руки делают. Все закончилось благополучно. Когда, обессиленный,

Венцковский вышел в предоперационную, он увидел там... Анну Никифоровну. Она готова была, как на фронте, встать рядом в этой битве за жизнь. Но трудный экзамен, когда проверяется и профессионализм, и характер, Борис Венцковский с честью выдержал.

– Анна Никифоровна – мой первый, и при этом любимый, наставник, хотя своими учителями я считаю также Николая Сергеевича Бакшеева и Галину Константиновну Степанковскую, – говорит профессор Венцковский. – Добавлю, что никогда не пренебрегал воспользоваться при случае советом и опытных медсестер, и акушеров.

Тяготение Бориса Михайловича к искусству (иначе не назовешь) родо-вспоможения, его надежность как специалиста по достоинству оценили затем Мария Васильевна Верина, легендарный главный врач киевской больницы № 18, что по бульвару Шевченко, и профессор Николай Сергеевич Бакшеев. С ходатайством о зачислении во врачебный штат больницы Венцковский отправился в горздравотдел. Но там врачу, как говорится, дали от ворот поворот. Несмотря на солидные рекомендации, новичок для этой бюрократической карусели был всего лишь фигурой со стороны... Осознав непробиваемость этой стены, Венцковский записался на прием к министру здравоохранения Василию Дмитриевичу Братусю. Просидел в приемной до вечера, твердо решив попасть к министру во что бы то ни стало. Братусь изучил документы, после чего написал короткую резолюцию: «Поддерживаю!» И доктор был принят в штат...

Шло время. Спустя несколько лет работы Борис Михайлович подал заявление в клиническую ординатуру. Тема кандидатской диссертации «Уровень гипоксии плода по параметрам околоплодных вод» была одобрена профессором Бакшеевым.

Это был известный ученый, член-корреспондент АМН СССР, руководитель кафедр акушерства и гинекологии в Харькове, Львове, Ужгороде, а затем в Киеве. Между Н. Бакшеевым и Б. Венцовским произошло что-то вроде дуэли, причем весьма поучительной. Борис Михайлович не подал в срок диссертацию, и Бакшеев на пятиминутке недвусмысленно заявил: вы на кафедре посторонний... Вернуться на прежнее место? Но оно уже занято. И тогда, находясь в состоянии сильного психологического стресса, Борис Михайлович за один месяц завершил диссертацию. Это было в 1974 году.

Как-то ему позвонил Николай Сергеевич, он в это время находился на лечении в больнице «Феофания». Попросил для научных целей привести данные по околоплодным водам. Венцковский положил перед ним две папки: одну тоненькую, с этими сведениями, а вторую – с томом диссертации. За ночь Н. Бакшеев ее прочел и позвонил Венцковскому с предложением встретиться на следующий день утром у ректора Киевского медицинского института С.С. Лаврика. Так Борис Михайлович еще до защиты был утвержден ассистентом кафедры на полставки.

В 1984 г. Б. Венцковский защитил докторскую диссертацию «Клиническое значение гемоциркуляторных, коагуляционных и метаболических нарушений и пути их коррекции при позднем токсикозе беременности». Н.С. Бакшеева уже 10 лет как не было в живых, грозная болезнь унесла его в 63 года. Кафедру приняла Галина Константиновна Степанковская, умудренный акушер-гинеколог, великодушный хирург. В 1990 году она передала штурвал кафедры и школы профессору Борису Венцковскому. И тогда же, по предложению Анатолия Ефимовича Романенко, в тот период – министра здравоохранения, Венцковский был утвержден

главным акушером-гинекологом Министерства здравоохранения УССР. На этом ответственном посту, наряду с неустанный исследовательской работой и хирургической практикой, Борис Михайлович пребывал 18 лет. Его знания, организаторские способности, неизменное чувство коллегиальности по сути обеспечили сегодняшний уровень службы вплоть до будущей организации перинатальных центров.

Свыше 15 лет Борис Венцковский возглавлял также Ассоциацию акушеров-гинекологов Украины. Появилась своя крупная научная школа. В штате кафедры, одной из старейших в НМУ, четыре профессора, пять доцентов, высокопрофессиональные педагоги-практики.

Стоит упомянуть, что и профессор Ирина Борисовна Венцковская, дочь, и внук – Кирилл Венцковский, кандидат медицинских наук, не сошли с пути, который в свое время избрали Михаил Каспарович и Борис Михайлович Венцковские.

Кабинеты Галины Константиновны Степанковской и Бориса Михайловича Венцковского находились рядом, так же как и сама наставник и ее талантливый ученик и коллега. Между тем время шло. 6 мая 2017 года Борису Михайловичу исполнилось 75 лет. Эту юбилейную дату можно разделить на три 25-летних периода, и каждый из них будет особенным и неповторимым.

Одна судьба – а в ней, как в зеркале, отражаются тысячи судеб других людей. Женщин, ставших матерями, их детей и внуков, а затем – внуков этих внуков. На этом масштабном полотне перемешаны судьбы и столетия, и мы вправе сравнить его с любым великим произведением.

Со славной датой в беге бытия, уважаемый Борис Михайлович!

Подготовил **Юрий Виленский**



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 с возможностью время от времени ездить в командировки.

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

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

XIV церемонія нагородження переможців народного рейтингу

«Фаворити Успіху»!

вітаємо переможців!



Відбулася щорічна подія – XIV церемонія нагородження Фаворитів Успіху – лідерів рейтингу народних уподобань!

Рейтинг «Фаворитів Успіху» – найкращих брендів України щорічно складають три журі: галузеві *Експерти* – провідні спеціалісти різних напрямків ринку, зіркове журі *Знаменитостей*, а також усі небайдужі *Споживачі*, які вибирають персональних Фаворитів, діляться особистим досвідом та рекомендаціями на www.FAVOR.com.ua.

Серед переможців конкурсу, удостоєних статусу «Фаворит Року» завдяки високим оцінкам громадськості, звичайно ж, були й торгові марки безрецептурних лікарських засобів. Варто зазначити, що нагорода «Фаворит Успіху» здобула чималу популярність серед учасників фармринку, про що свідчить велика кількість брендів фармацевтичної галузі, які отримали нагороду на щорічній церемонії.

Фаворитами визнано цілу плеяду продуктів від компаній **Мові Хелс**, **Фітофарм**, **Біонорика**, **Джонсон і Джонсон**, **Польфарма**, **Софарма**, **Вітамін**, **Астелас**, **Лаб Іннотек**, **Ядран Галенська**, **Фармак**, **Нобель Ілч**, **Валартін фарма**, **Ділео фарма**, **Дельта Медікал**, **Вішфа**, **Stada** та інших...

«Цей конкурс є найперспективнішим, реально відображаючим факти. Тому що в ньому оцінюють безпосередні споживачі. Це оцінка тих, для кого ми працюємо.» – прокоментував нагородження препаратів **Хелпекс** і **Мовекс** проадкт-менеджер компанії «Мові Хелс» **Андрій Погребняк**.



«Фаворити Успіху – це споживацький рейтинг, який фактично складають небайдужі споживачі – прокоментував глава конкурсу **Олексій Кузнецов**, – номінації конкурсу влаштовані таким чином, щоб бути зрозумілими всім і кожному, навіть неспеціалісту: «препарат від застуди», «засіб від нежитю» і т.д. Щодо фармринку, то, певно, фармацевтичні компанії, як ніхто інший цінують думку і довіру споживачів. Високі оцінки громадськості підкреслюють їх плідну діяльність, а нагорода конкурсу – це найкраща рекомендація, що говорить за себе красномовніше ніж реклама, яка, до речі, в Україні сильно обмежена в можливостях просування лікарських засобів».

Удостоїтися почесної нагороди можливо виключно за фактом отримання першого місця в рейтингу, який щорічно складається в декількох сотнях категорій і публікується у відкритий доступ на FAVOR.com.ua. Рейтинги споживчих уподобань та рекомендацій експертів щороку складаються у кількохстах категоріях на підставі народного голосування. Протягом 2016 року було опитано понад 38 тисяч споживачів з усіх кутків України і дві сотні галузевих експертів з професійного журі.

Повний список переможців, яких вішували на чотирнадцятій церемонії можна побачити на сайті конкурсу. Також на ньому можна внести й власну лепту в визнання найкращих товарів і послуг вже поточного, 2017 року.

НАГОРОДЖЕНО НАЙКРАЩИХ У НИЗЦІ НОМІНАЦІЙ ФАРМГАЛУЗІ:

Helpex®

Хелпекс – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат від застуди»

Мовекс®

Мовекс – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат для лікування захворювань суглобів»

Візин®

Візин – Абсолютний Фаворит у категорії «Краплі для очей»

БІОКСИН

Біоксин – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат від випадіння волосся»

Трибестан®

Трибестан – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат для покращення репродуктивної функції та лікування розладів ерекції»

Флебтон®

Флебтон – Абсолютний Фаворит у категорії «Антиварикозний препарат»

SORBEX®

Sorbex – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат від харчового отруєння (сорбент)» а також Фаворит Споживачів у категорії «Препарат від діареї»

TABEX®

Табекс – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат для лікування нікотинної залежності»

Проктозан®

Проктозан – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат від геморою»

АКВАМАРІС

Аква Маріс – Абсолютний Фаворит у категорії «Назальна морська вода для гігієни носу та профілактики нежитю»

Варісан®

Варісан – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат для жіночого інтимного здоров'я»

Фосфалюгель®

Фосфалюгель – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат від печії»

Де-Нол®

Де-Нол – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат для лікування виразки та гастриту»

АЛОРА®

Алора – Абсолютний Фаворит у категорії «Заспокійливий та седативний препарат»

Імодіум®

Імодіум – Абсолютний Фаворит у категорії «Препарат від діареї»

Гельмінтокс®

Гельмінтокс – Абсолютний Фаворит у категорії «Протигельмінтний препарат»

Синупрет®

Синупрет – Фаворит Експертів у категорії «Препарат від нежитю»

ЕРОТОН®

Еротон – Фаворит Експертів у категорії «Препарат для покращення репродуктивної функції та лікування розладів ерекції»

BioGaia®

Біогая – Фаворит Експертів у категорії «Препарат для лікування дисбактеріозу кишечника»

Osteocare®

Остеока – Фаворит Експертів у категорії «Препарат для зміцнення кісток»

ПАНКРЕАТИН

Панкреатин – Фаворит Експертів у категорії «Препарат, що сприяє кишковому травленню»

ІБУФЕН®

Ібуфен – Фаворит Експертів у категорії «Дитячий знеболюючий та жарознижуючий препарат»

КОЛЛОМАК®

Колломак – Фаворит Успішних Людей у категорії «Препарат для видалення бородавок і мозолів»

ТЕМПАЛГІН®

Темпалгін – Фаворит Успішних Людей у категорії «Знеболюючий та протизапальний препарат»

КАРСИЛ®

Карсил – Фаворит Успішних Людей у категорії «Препарат для лікування захворювань печінки і жовчовивідних шляхів»

ЕРГОКАЛЬЦИФЕРОЛ

Ергокальциферол – Фаворит Успішних Людей у категорії «Препарат для зміцнення кісток»

Клеверол®

Клеверол – Фаворит Успішних Людей у категорії «Препарат для лікування клімактеричних розладів»

Віаль®

Віаль – Фаворит Успішних Людей у категорії «Краплі для очей»

Perfectil®

Перфектил Оріджинал – Фаворит Успішних Людей у категорії «Зміцнюючий комплекс для нігтів, волосся та шкіри»

УРОХОЛУМ

Перфектил Плюс – Фаворит Споживачів у категорії «БАД для зміцнення волосся, шкіри та нігтів»

ГЕКСИКОН®

Урохолум – Фаворит Споживачів у категорії «Препарат для лікування захворювань нирок та сечовивідних шляхів»

ТАНТУМ ВЕРДЕ®

Гексикон – Фаворит Споживачів у категорії «Антимікробний та антисептичний препарат, що застосовується в гінекології»

Тантум верде – Фаворит Споживачів у категорії «Препарат для лікування захворювань горла»



Представники компанії «Валартін Фарма», пишуться перемогою препарату-сорбента **Sorbex** відразу в двох номінаціях: «Препарат від харчового отруєння (сорбент №1)» і «Препарат від діареї»

Окрім лікарських засобів звання «Фаворит Успіху - 2016» здобули найкращі бренди, заклади та нові зірки сцени:

ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ

Моментальний сніданок **Терра**
Моментальний обід **Велика ложка**
Курачі яйця **Ясенвіт**
Ковбасно-мясна продукція **Ятрань**
Майонез / маргарин **Щедро**
Приправи та спеції **ЕКО**

СНЕКИ

Смажене насіння **SEMKI**
Горішки **Козацька Слава**

НАПОЇ

Мінеральна вода **Лужанська-7**
Ваговий чай **Світ чаю**
Горілка іноземного виробництва **Żubrówka**
Нефільтр.пиво **Blanche de Bruxelles**

КОСМЕТИКА

Сонцезахисна лінія засобів **Біокон**
Від випадіння волосся **Плацент-формула**
Декоративна косметика **Mary Kay**
Рум'яна і тіні для повік **Cinecitta**

ПОБУТОВА ХІМІЯ

Плямовивідник **БОС плюс**
Засіб для делікатного прання **КАШЕМИР**

ТОВАРИ ДЛЯ ДІТЕЙ

Вологі серветки та косметичні засоби для догляду за малюками **Johnson's Baby**

КЛІМАТИЧНА ТЕХНІКА

Обігрівач **UDEN-S**

БУДІВНИЦТВО

Фарба **Śnieżka**
Виробники металопластикових вікон **Viknar'off**

ЖИТТЯ МІСТА

Магазин ювелірних прикрас **КЮЗ**
Ломбард **Благо**
Страхова компанія **ПРО100**
Програма швидкого мікрокредитування **Microcredit**
Торгово-розважальний комплекс **Ocean Plaza**
Салон-магазин меблів **МебельOK**
Магазин шавів-купе **Taburetki**
Хімчистка килимів **Bellissimo**
Піротехніка/феєрверки **Танець Огня**
Караоке ресторани **L'Kafa Café**
Великий фітнес-клуб **GYMMAXX**
Школа іноземних мов **Британська Рада в Україні**

ІНТЕРНЕТ-СЕРВІСИ

Інтернет-магазин одягу **ANSWEAR.ua**
Оптовий магазин жіночого одягу **Gepur.com**
Сервіс з продажу квитків на автобуси **Busfor.ua**
Система електронних Інтернет-платежів **WebMoney.UA**
Ювелірний Інтернет-магазин **Gold.ua**

ПОСЛУГИ ДЛЯ БІЗНЕСУ

Корпоративна і нагородна атрибутика **Відзнаки та сувеніри**

ШОУ-БІЗНЕС

Молодий талант **Melovin**
Поп-група року **Люм'єр**
Рок-група року **Epolets**

ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Новинний телеканал **112 Україна**
Новинний портал **Liga.net**
Радіоканал **NRJ**
Медичний портал **Likar.info**
Телевізійне видання **Теленеделя**
Молодіжне видання **ШО**
Про продукти харчування **FOOD UA**
Про маркетинг **Маркетинг и реклама**
Про моду та стиль **Touch magazine**



Рекордсмени за медалями, «Софарма» (і ПАТ «Вітамін»), **Карсил**, **Темпалгін**, **Флебтон**, **Трибестан**, **Панкреатин**, **Табекс** і **Ергокальциферол** – лідери у 7 номінаціях



Маркетинг менеджер компанії «Фітофарм» **Катерина Тіхенко** і кей акаунт менеджер **Олена Оженко** з медаллю препарату **Еротон**



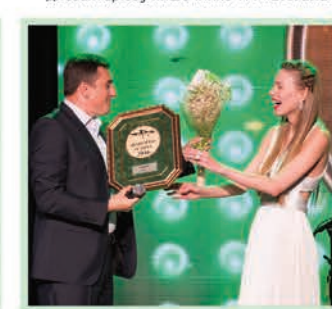
Продакт менеджер компанії «Мові Хелс» **Андрій Погребняк** і трейд-маркетолог **Зоя Ішкова**, з нагородами **Мовекс** і **Хелпекс**



Команда фармкомпанії «Дельта Медікал» з медаллю Фаворита Експертів серед препаратів для лікування дисбактеріозу кишечника ТМ «Біогая»



Наталія Бутко, провідний спеціаліст з планування попити безрецептурних препаратів компанії «Джонсон і Джонсон Україна» і **Тетяна Кияниця**, керівник торгового маркетингу компанії, з нагородами **Візин**, **Імодіум** і **Johnson's Baby**



Співачка **Ірина Левицька** вручає медаль **Костянтину Гриню**, керівнику «Біонорик», представника найкращого, на думку експертів, препарату від нежитю **Синупрет**

Повний список переможців дивіться на favor.com.ua/favorites/



Прамістар

прамірацетам

**НООТРОП з АНТИДЕПРЕСИВНИМ ефектом
БЕЗ протипоказань при АГ, ІХС, ЦД, СН^{1,2}**



**По 1 таб.
2 рази на день²**

- **Довготривала та короткочасна пам'ять¹**
- **Концентрація уваги та здатність до навчання²**
- **Підвищення контрольованості лікування¹**
- **Стала безпечність при тривалому застосуванні¹**
- **Антидепресивна дія та задоволеність результатами лікування пацієнта^{1,2}**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я.

Прамістар. Виробник: КОСМО С.п.А., Via К. Коломбо 1, 20020 Лайнате, Італія. Представник виробника в Україні – компанія «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ».

Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Ноотропні засоби. Код АТС N06 ВХ16.

Рекомендоване дозування: по 1 таблетці двічі на добу. Клінічно значимий ефект може очікуватися не раніше як після 4-8 тижнів лікування. **Показання.** Зниження здатності до концентрації уваги; розлади пам'яті дегенеративного або судинного характеру, особливо в осіб літнього віку. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини. Крововилив у мозок. Тяжка ниркова недостатність. Печінкова недостатність. Періоди вагітності та годування груддю. **Побічні реакції.** Сухість у роті, диспепсія, нудота, біль у ділянці шлунка, анорексія. Застосовувати у дітей не рекомендується через відсутність даних. Категорія відпуску. За рецептом.

Детальна інформація про лікарський засіб та повний перелік можливих побічних ефектів вказані в інструкції для медичного застосування препарату Прамістар №382 від 25.06.2015.

1. Бурчинский С.Г. Концепция множественной селективности в нейрофармакологии и клинический выбор ноотропного препарата // Новости медицины и фармации // № 1(525) -2015, стр. 3-5.

2. Інструкція для медичного застосування препарату Прамістар №382 від 25.06.2015.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Виробник: Космо С.п.А.Італія.

Адреса: Via К. Коломбо 1, 20020, Лайнате, Італія.

Представник виробника в Україні – компанія «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ».

Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.

UA_PRA-01-2017_V1_Poster. Затв. до друку 04.04.2017