

Обструктивні захворювання легень: реалії клінічної практики

Менеджмент пацієнтів з обструктивними захворюваннями легень сьогодні набуває особливого значення, адже захворюваність на бронхіальну астму (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з кожним роком зростає. Безумовно, високий попит на ефективні методики лікування стимулює не тільки науковців та лікарів, а й фармацевтичні компанії на нові відкриття. Обструктивні захворювання легень є патологією, де впровадження нових технологій у клінічну практику йде дуже динамічно, отже, наукові заходи, на яких висвітлюються нові події та презентуються оновлені клінічні настанови, користуються великою увагою лікарів-інтерністів. Одним із найяскравіших заходів, присвячених бронхообструктивним захворюванням, стала щорічна конференція Національного інституту фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського «Актуальні проблеми лікування пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень», яка відбулася 13 квітня в м. Києві.



Програма конференції була дуже насиченою: на відвідувачів чекали майстер-класи, розгляди клінічних випадків, оглядові доповіді. Розпочав конференцію науковий симпозиум за участю провідних українських фахівців за підтримки фармацевтичної компанії «АстраЗенек». Першим доповідачем симпозиуму виступив завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету (ВНМУ) ім. М.І. Пирогова, директор Медичного центру «Пульс», доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовий.

— Останніми роками підходи до діагностики, лікування та профілактики загострень ХОЗЛ змінюються досить динамічно. Так, в 2011 році відмовилися від класифікації ХОЗЛ за стадіями, заснованої лише на порушенні бронхіальної прохідності (згідно з показником обсягу форсованого видиху – ОФВ₁), оскільки було доведено, що кореляція між ОФВ₁, симптомами та пов'язаною із захворюванням якістю життя слабка. Тому класифікація за стадіями GOLD I, II, III, IV змінилась на класифікацію за категоріями GOLD A, B, C, D – розподіл пацієнтів на 4 групи, так звані квадрати ХОЗЛ (рис. 1). Фармакотерапія пацієнта визначається його належністю до тієї чи іншої групи. Зміни в GOLD 2011 р. були відображені в Наказі МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень». З 2011 року і дотепер міжнародні рекомендації GOLD продовжували зазнавати змін тією чи іншою мірою. Згідно з GOLD 2016 року ХОЗЛ визначається як персистуюче обмеження повітряного потоку, яке зазвичай прогресує та пов'язане з хронічною патологічною запальною відповіддю дихальних шляхів на вплив шкідливих часток чи газів, характеризується стійким, зазвичай прогресуючим, обмеженням прохідності дихальних шляхів. Загострення та супутні захворювання зумовлюють тяжкість захворювання. У визначенні відображено фокус на патогенез ХОЗЛ, в основі якого є запалення. Однак у редакції GOLD 2017 р. у визначенні ХОЗЛ спостерігається наступне: ХОЗЛ є поширеним захворюванням, яке можна попередити та лікувати, що характеризується стійкими респіраторними симптомами та обмеженням прохідності дихальних шляхів через патологічні зміни дихальних шляхів і/або альвеол. Тобто фокус зміщується на симптоми та незворотні зміни, навіть на рівні дрібних структур

бронхолегеневого дерева, тим самим звертається увага клініциста на необхідність коригування симптомів для покращення стану пацієнта та якості його життя.

При цьому бачення патогенезу ХОЗЛ не змінилося. Симптоми захворювання на пряму пов'язані з хронічним запаленням, яке спостерігається навіть на найбільш ранніх стадіях захворювання. Характерні для ХОЗЛ патологічні зміни, які виявляються в дихальних шляхах, включають хронічне запалення зі збільшенням кількості клітин і медіаторів запалення, що повертає клітини запалення із кровообігу, посилює запальний процес і викликає структурні зміни. Запальні та структурні зміни в дихальних шляхах зростають разом із тяжкістю захворювання і зберігаються навіть у разі припинення куріння. Найважливішим системним запаленням відіграє роль у множинних коморбідних станах, виявлених у пацієнтів із ХОЗЛ, обтяжуючи їх перебіг, а також прогноз пацієнта.

В оновленій редакції GOLD-2017 дещо змінили критерії клінічної класифікації визначення групи ХОЗЛ. Постановка діагнозу ХОЗЛ залишилася без змін, тобто базується на симптомах, анамнезі захворювання і даних спірометрії (ОФВ₁/форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ) <0,7). Клінічна класифікація групи ХОЗЛ тепер базується тільки на 2 показниках-критеріях: оцінка симптомів, оцінка загострень/госпіталізацій за попередній рік. Оцінка тяжкості обструкції за класифікацією GOLD I-IV (ОФВ₁ від належного) винесена «за квадрат» і є важливим предиктором клінічних наслідків, таких як смертність, госпіталізація, покази для нефармакологічних методів терапії, а також індикатором оцінки якості лікування.

У 2016 році було опубліковано дослідження FLAME (порівняння ефективності лікування індакатеролом/глікопірронієм із сальметеролом/флютиказоном), що змінило структуру квадратів в 2017 році з погляду лікування. Оскільки це дослідження показало, що індакатерол/глікопірроній більш ефективний, ніж сальметерол/флютиказон у запобіганні загостренням ХОЗЛ у пацієнтів з історією загострень упродовж попереднього року, комбінація β₂-агоніст тривалої дії БАТД/М-холінолітик тривалої дії (МХТД) увійшла в квадрати лікування пацієнтів. Узагалі структура всіх квадратів зараз відображає персоналізований підхід до лікування ХОЗЛ, тобто стратегію ескалації/дескалації терапії всередині одного квадрата.

Особливої уваги потребують пацієнти групи C і D, оскільки це хворі з частими загостреннями. Використання інгаляційних кортикостероїдів ІКС/БАТД у пацієнтів, що загострюються, знижують частоту загострень, покращують легеневу функцію та якість життя (рівень доказовості А). Відповідно до клінічних досліджень високий рівень еозинофілів у крові може бути біомаркером ризику загострень у пацієнтів з історією загострень, предиктором ефективності ІКС у запобіганні ризику загострень, що приводить до зменшення частоти загострень ХОЗЛ. Еозинофілія мокротиння також зумовлює відповідь на кортикостероїди при ХОЗЛ, як на системні, так і на інгаляційні (С.Е. Brightling et al. Lancet 2000; 356: 1480-5, С.Е. Brightling et al. Thorax 2005; 60: 193-8).

Підвищення рівня маркерів запалення відіграє роль при коморбідних станах, що спостерігаються у пацієнтів з ХОЗЛ, обтяжуючи їхній перебіг і в цілому прогноз пацієнта. Будесонід здатний знижувати інтенсивність

локального та системного запалення у хворих ХОЗЛ шляхом зниження рівнів нейтрофілів, інтерлейкіну (ІЛ-) 8 та особливо С-реактивного протеїну. Прийом будесоніду протягом 3 років асоціювався зі зниженням ішемічних коронарних подій на 43% (С.Г. Lofdahl et al., 2007). Застосування ІКС асоціювалося з 20% зниженням ризику смерті від серцево-судинних захворювань (Т.А. Lee et al., 2008). Формотерол, у свою чергу, крім цільових бронходилататорних властивостей має небронходилататорні ефекти, що відіграють позитивну роль у боротьбі із запальним процесом. Формотерол здатний впливати на нейтрофіли, зменшуючи їх кількість у дихальних шляхах; знижує концентрацію ІЛ-8 в індукованому мокротинні; перешкоджає вивільненню бронхоконстрикторних медіаторів та гістаміну опасистими клітинами; знижує ексудацію плазми, що приводить до зменшення локального набряку (Barnes Eur Respir J 2007; 29: 587-595).

Важливість прийому ІКС/БАТД у хворих на ХОЗЛ, що часто загострюються, зрозуміла. З іншого боку, відміна ІКС/БАТД або ІКС у хворих із ХОЗЛ призводить до значного погіршення легеневої функції протягом наступних 5 років. Найбільша швидкість зниження функції легень ОФВ₁ (-84 до -106 мл/рік; p<0,01) спостерігалася у пацієнтів, які не отримували ІКС. При цьому найменша швидкість зниження ОФВ₁ (-59 мл/рік; p=0,02) – у пацієнтів, які застосовували ІКС >50% часу (L. Kunz et al., 2015).

Нові рекомендації GOLD-2017 продовжують наголошувати на тому, що метою лікування при веденні пацієнтів з ХОЗЛ є зменшення симптоматики, покращення толерантності до фізичного навантаження, покращення самопочуття та запобігання прогресуванню захворювання; попередження і лікування загострень, зменшення смертності. Задишка – найвища за частотою зустрічається найчастіше у пацієнтів, особливо з ХОЗЛ тяжкого перебігу. Фіксована комбінація будесонід/формотерол (Симбікорт Турбухалер) ефективно зменшує задишку вранці та протягом дня, тим самим впливаючи на симптоми. Що стосується впливу

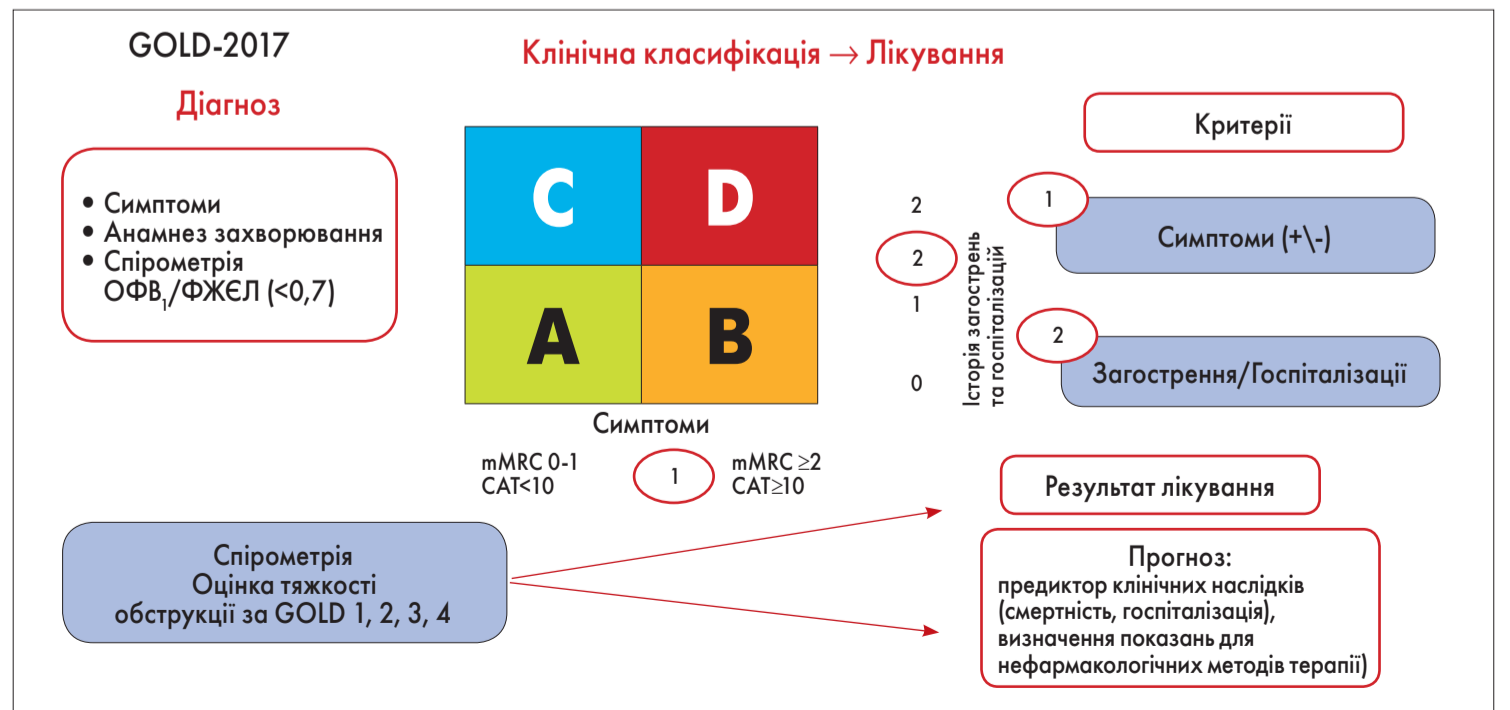


Рис. 1. «Квадрати» запалення ХОЗЛ

на загострення, Симбікорт Турбухалер здатний знижувати частоту загострень ХОЗЛ на 24% і забезпечити 158 додаткових днів без тяжких загострень ХОЗЛ порівняно з плацебо, що доведено в рамках потужної програми клінічних досліджень.

Отже, для пацієнтів з високим ризиком загострень у групі С розпочинати терапію ХОЗЛ можна з МХТД, тому що він перевершує БАТД у зниженні ризиків загострення. Пацієнти з персистуючими загостреннями отримують вигоду від додавання другого бронхолітика або від прийому ІКС/БАТД. Для пацієнтів групи D старт із комбінації ІКС/БАТД слід розглядати у хворих з поєднанням БА і ХОЗЛ, а також з високим рівнем еозинофілів у крові. Якщо у пацієнтів на терапії МХТД/БАТД в групі D розвиваються загострення, необхідно розглянути 2 варіанти терапії: призначити потрібну терапію ІКС/БАТД + МХТД або перевести пацієнта на ІКС/БАТД.

Безумовно, вибір препарату для лікування ХОЗЛ залежить від конкретної клінічної ситуації та індивідуальної відповіді пацієнта на призначені ліки. Проте доказова база, що наведена експертами GOLD, дозволяє зробити висновок: ІКС/БАТД більш ефективні, ніж монокомпоненти щодо покращення функції легень, статусу здоров'я і зниження загострень у пацієнтів від середнього до вкрай тяжкого ХОЗЛ із загостреннями в анамнезі (рівень доказовості А).



Питання коморбідності ХОЗЛ з іншими захворюваннями піднімалися також у низці інших доповідей. Так, виступ члена-кореспондента НАМН України, доктора медичних наук, професора **Тетяни Олексіївни**

Перцевої був присвячений особливостям лікування хворих з бронхообструктивними захворюваннями легень у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) та ожирінням.

— Рекомендації GINA містять перелік супутніх захворювань, які впливають на перебіг БА настільки, що базисне лікування стає неефективним. Ці захворювання/стани значно посилюють симптоми БА, негативно впливаючи на якість життя, тому повинні діагностуватися і лікуватися якомога раніше. До таких захворювань належать риніти та риносинусити, гастроєзофагальнорефлюксна хвороба, синдром нічного сонного апное, ожиріння та ЦД.

У 2010 р. Американська асоціація діабету опублікувала результати глобального ретроспективного дослідження (n=1 811 228). Протягом 10 років науковці спостерігали прояви та перебіг різної легеневої патології залежно від наявності ЦД у пацієнтів. За результатами моніторингу були зроблені висновки, що ЦД збільшує ризик розвитку: пневмонії — в 2,5 рази, БА — в 2 рази, ХОЗЛ та пневмофіброзу — в 1,5 рази. Загалом між формуванням ЦД 1 типу і БА на популяційному рівні відмічається сильний позитивний кореляційний зв'язок: 11% хворих на ЦД 1 типу мають БА (в популяції — 9%). Пацієнти, які страждають на ЦД 1 типу + БА, вкрай тяжко досягають контролю над гіпергікемією. Особливим типом ЦД при БА є стероїдний. Останній є вкрай рідким явищем в сучасній Європі, проте, на жаль, поширений в Україні. Це пов'язано з доволі частим призначенням системних глюкокортикостероїдів

(ГКС). Ще одним поширеним коморбідним станом при БА є ожиріння. Аналіз 276 смертей хворих (M. Levy, 2015), причиною яких була БА, показав, що 31% померлих мали ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) >30 кг/м²). Наше власне дослідження показало, що надмірна вага підвищує ризик розвитку гіперреактивності дихальних шляхів у 2 рази, а ожиріння збільшує аналогічний ризик у 2,7 рази (незалежно від статі та віку). За нашими даними, тільки 35% жінок, хворих на БА, мали нормальну масу тіла. Протягом 5 років спостереження ми виявили, що хворі БА жінки з нормальною масою тіла зберегли її, а у хворих на БА жінок з надмірною масою тіла або ожирінням ІМТ продовжував зростати. При однаковій тяжкості БА для досягнення контролю хворим з ожирінням були потрібні більш високі дози ІКС, ніж пацієнтам з нормальною масою тіла. При цьому, незважаючи на отримання більш високих доз ІКС порівняно з хворими з нормальною масою тіла, пацієнти з БА з підвищеною масою тіла та ожирінням мали більшу кількість загострень на рік з постійним щорічним збільшенням їх кількості.

Як бачимо, ожиріння є дуже несприятливим коморбідним станом. Тож як лікувати хворих з БА, що мають ожиріння?

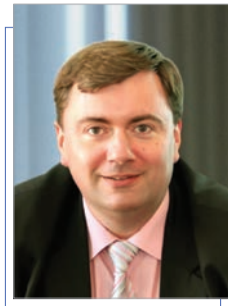
Перше в лікуванні — це зниження ваги. Нормалізація ваги значно знижує кількість симптомів БА і потребу в лікуванні (однаково ефективні дієта та хірургічне лікування).

Друге — безпечна базисна і швидкодопомогова терапія. На жаль, основні засоби терапії БА (β-агоністи та ІКС) мають здатність підвищувати рівень глюкози в крові. Тому дуже важливо завжди обирати найбільш безпечний препарат з фармакологічної групи. Як приклад наведемо порівняння популярних засобів. Так, β-агоніст салбутамол підвищує рівень глюкози в крові та ризик розвитку кетоацидозу у хворих з ЦД. Натомість формотерол запобігає нічній гіпоглікемії у хворих на ЦД 1 типу (D. Renata et al., 2015). ГКС збільшують уміст глікогену в печінці і сприяють синтезу глюкози в ній (глюконеогенез). Натомість ІКС практично не мають такого ефекту, з них сприятливим профілем безпеки для дітей, дорослих і вагітних визнаний будесонід (W. Szafranski et al., 2005). Окрім того, за даними FDA (2012), будесонід не викликає ожиріння (всього 0,0463% усіх випадків небажаних явищ).

Для базисної терапії і купірування симптомів БА сьогодні широко використовують режим SMART (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy). Комбінація будесоніду/формотеролу (основа режиму) може використовуватися як для підтримувальної терапії, так і для купірування симптомів. При застосуванні режиму SMART доведено зменшення частоти загострень та подібний контроль БА при застосуванні відносно низьких доз ІКС (рівень доказовості А).

Отже, хворих на БА та ХОЗЛ, у яких є ЦД і/або ожиріння, лікувати можна і потрібно. При цьому ІКС/ГДБА — основа базисної терапії. Хворі на БА і ХОЗЛ із супутньою патологією, такою як ЦД і ожиріння, як базисну терапію можуть приймати Симбікорт Турбухалер. Симбікорт у режимі SMART у хворих на БА з ЦД і/або ожирінням дозволяє досягти впевненого контролю симптомів при меншій стероїдній навантаженості, а також ефективно запобігти ризику виникнення загострень.

Симпозіум продовжився доповіддю «Я і навщо читати інструкцію. Керівництво користувача» завідувача кафедри фізіатрії і пульмонології з курсом професійних



хвороб **Івано-Франківського національного медичного університету, доктора медичних наук, професора Миколи Миколайовича Островського.**

— Інструкція для медичного застосування лікарського засобу — це офіційний документ, що затверджується уповноваженим органом і регламентується Наказом МОЗ України.

Інструкція — документ, що може змінюватися, як астма, що має варіабельність. Залежно від появи нових даних клінічних досліджень можуть розширюватись або звужуватись показання, вікові критерії, з'являться нові дані небажаних явищ тощо.

Найчастіше з'являються нові показання, але можливо і протилежне: наприклад, флутиказон раніше було дозволено призначати дітям від двох років, потім в інструкцію були внесені зміни, і зараз препарат використовують тільки у дітей віком від 4 років.

Зазвичай звертається увага на показання, склад (діюча речовина), проти-показання (особливо якщо нова група препаратів або «складний» пацієнт).

Розберемо інструкцію для медичного застосування лікарського засобу на прикладі препарату Симбікорт Турбухалер.

Симбікорт Турбухалер має 3 дозові форми: це три окремі інструкції, що різняться показаними (БА та ХОЗЛ) та віком призначення, мають навіть різні режими призначення при БА, наприклад, підтримувальна терапія для всіх форм випуску, а режим SMART (можливість використовувати Симбікорт як базисно, так і за потребою) тільки для дозувань 80/4,5 мкг та 160/4,5 мкг.

До складу Симбікорта входять формотерол та будесонід, що мають різний механізм дії та проявляють адитивний ефект щодо зниження частоти загострень БА.

Гідрофільний будесонід легше розчиняється у воді, тому швидко проникає через слиз до клітин-мішеней і всмоктується з поверхні епітелію набагато швидше порівняно з іншими інгаляційними ГКС, тому його ефект також розвивається швидше.

Формотерол — це селективний β₂-адренергічний агоніст, бронхорозширювальний ефект якого є дозозалежним, препарат починає діяти протягом 1-3 хв. Тривалість дії становить щонайменше 12 год після одноразової дози.

Успішна інгаляційна терапія залежить не тільки від правильного вибору препарату, а й від адекватного способу доставки ліків за допомогою інгаляційного пристрою.

Доставковий пристрій є невід'ємною частиною препарату. Якщо ми розглядаємо Симбікорт, то його невід'ємною частиною є Турбухалер. Саме цей доставковий пристрій спроможний відтворювати турбулентні потоки для забезпечення ефективної доставки дрібнодисперсних частинок в цільову зону. Інструкцію користування Турбухалером включено в інструкцію з медичного застосування препарату Симбікорт. Необхідно звертати увагу пацієнтів на правильне застосування Симбікорта Турбухалера, а саме на підготовку нового інгалятора Симбікорт Турбухалер до застосування. Це насправді просто.

Необхідно додатково звертати увагу на побічні реакції — це перелік всіх небажаних явищ за даними клінічних

Продовження на стор. 36.

Повна лінійка можливостей лікування Бронхіальної Астми та ХОЗЛ

	80/4,5	160/4,5	320/9
БРОНХІАЛЬНА АСТМА базисна терапія*	✓	✓	✓
БРОНХІАЛЬНА АСТМА базисна терапія + на вимогу (купірування симптомів)	✓	✓	✓
ХОЗЛ	✓	✓	✓

* у дітей від 6 років — тільки доза 80/4,5 мкг, у підлітків з 12 років та дорослих — дози 160/4,5 мкг та 320/9 мкг. При необхідності призначити лікування рекомендується поступово зменшувати дозу, а не різко скасовувати терапію. Інформація про лікування, спостереження після інгаляційного застосування кортикостероїдів. Рекомендовано ретельно контролювати рідкості, які тривалий час застосовувати інгаляційні кортикостероїди. Увага! Лікування. Перед призначенням ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування. **Ліфт і Бас.** У Високого під'їзду, людина була вимушена виконати необхідний викид (напр. любовної речі) чи випадок відсутності евакуаційної функції на будь-якій з евакуаційних компаній Астразенек, будь ласка, повідомте про це в компанії Астразенек за телефоном: +38 (044)391 52 22 (заворошити відповідальності за фармакологію) або ел. поштою: PatientSafety.Ukraine@astrazeneca.com. Реєстраційне посвідчення МОЗ України №3453/01/02/10/04/5433/01/03 з 15.08.2016 по 15.08.2021 строком на 5 років. Текст складений за даною інструкцією для медичного застосування, затверджене Наказом МОЗ України №450 від 15.08.2016 р. Дата останнього перегляду: 14.02.2016. Дані інформації призначені виключно для медичних і фармацевтичних робітників, для розміщення в спеціалізованих виданнях, а також для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах по медичній тематіці. Симбікорт Турбухалер — торговельна марка, власність компанії Астразенек. ©AstraZeneca 2007–2016. За повною інформацією звертайтесь до ТОВ «Астразенек Україна» 04050 м. Київ, вул. Пимоненка, 13, тел. 391 52 82, факс: 391 52 81.

Обструктивні захворювання легень: реалії клінічної практики

Продовження. Початок на стор. 34.

досліджень, а також даних рапортування в фармаконагляд, що були на тлі використання лікарського засобу.

У таблиці побічних явищ згідно з інструкцією перераховані всі можливі небажані явища. Але також необхідно звертати увагу на текст, де є роз'яснення, що базується на даних клінічних досліджень з безпеки та переносимості лікарського засобу.

Найпоширенішими небажаними реакціями, пов'язаними із застосуванням препарату Симбікорт, є фармакологічно передбачувані побічні ефекти агоністів β_2 -адренорецепторів, такі як тремор та відчуття серцебиття. Вони зазвичай

слабкі та минають через кілька днів лікування.

Про випадки пневмонії повідомлялося у пацієнтів із ХОЗЛ після застосування ІКС. Тим не менш при зваженій оцінці результатів даних, що були отримані у ході проведення 8 об'єднаних клінічних досліджень за участю 4643 пацієнтів із ХОЗЛ, які отримували будесонід, що входить до складу Симбікорта, і 3643 пацієнтів, рандомізованих для лікування неінгаляційними кортикостероїдами, підвищеного ризику розвитку пневмонії у разі застосування будесоніду виявлено не було.

Ще один важливий розділ стосується допомоги лікарю в роз'ясненні пацієнту важливості комплаєнсу (постійного

прийому терапії). Додатково цей розділ відображає безпеку застосування в особливих групах хворих: пацієнти похилого віку, вплив на мінеральну щільність кісток (важливо для хворих середнього та похилого віку), пацієнти, що не переносять лактозу (мінімальна кількість, що не спричиняє проблем), вагітні та жінки, що годують, а також інші категорії пацієнтів.

Пацієнтам слід нагадати про необхідність продовжувати підтримувальне застосування Симбікорта відповідно до призначення, навіть за відсутності у них симптомів. Слід порадити пацієнту завжди мати при собі інгалятор як рятівний засіб: або Симбікорт (для пацієнтів з БА, які застосовують Симбікорт як підтримувальну терапію та для полегшення симптомів), або інший швидкодіючий бронходилататор (для всіх пацієнтів, які застосовують Симбікорт як лише підтримувальну терапію).

Щодо особливих груп пацієнтів, то особливих вимог до дозування препарату для хворих літнього віку немає. Мають бути враховані можливі ефекти на мінеральну щільність кісток, особливо у пацієнтів, які застосовують високі дози лікарського засобу протягом тривалого часу, що є додатковим фактором ризику остеопорозу. У тривалих дослідженнях інгаляційного будесоніду при середній добовій дозі 400 мкг (відміряна доза) у дітей або 800 мкг (відміряна доза) у дорослих не було помічено значного впливу на мінеральну щільність кісток. Симбікорт Турбухалер містить лактози моногідрат (<1 мг/інгаляцію). Зазвичай така кількість не спричиняє проблем у пацієнтів, які не переносять лактозу.

Дані, одержані під час приблизно 2 тис. вагітностей, не виявили будь-якого підвищення тератогенного ризику,

пов'язаного із застосуванням інгаляційного будесоніду.

У період вагітності Симбікорт слід застосовувати, якщо користь для матері переважає потенційні ризики для плода/дитини. Слід застосовувати найменшу ефективну дозу будесоніду, що забезпечує належний контроль над БА.

Будесонід проникає у грудне молоко. Однак при прийомі препарату у терапевтичних дозах вплив на немовля не очікується.

Обов'язково необхідно звертати увагу і на протипоказання: зазначено лише надмірна чутливість до будесоніду, формотеролу або лактози (що містить невелику кількість білків молока).

Інструкції препаратів, особливо однакових груп з однаковими діючими сполуками, при різниці доставкового пристрою важливо читати для того, щоб запобігти перекладанню властивостей одного препарату на інший. Стосовно потужної доказової бази, що накопичена роками на препараті Симбікорт Турбухалер, слід пам'ятати, що некоректно переносити дані про ефективність і безпеку, отримані на оригінальному препараті, на будь-яку його копію. Інструкція – це юридичний документ: допомога лікарю та його захист.

Як бачимо, під час симпозиуму компанії «АстраЗенека» було розглянуто дуже велике коло питань. Сподіваємося, що розширення знань про добре знайомі захворювання та лікарські засоби сприятиме покращенню рівня допомоги українським пацієнтам із бронхообструктивними захворюваннями.

Підготувала **Олександра Меркулова**

Будесонід + Формотерол		
Будесонід 80 мкг + Формотерол 4,5 мкг	Будесонід 160 мкг + Формотерол 4,5 мкг	Будесонід 320 мкг + Формотерол 9 мкг
БА: підтримувальна терапія	БА: підтримувальна терапія	БА: підтримувальна терапія
БА: SMART	БА: SMART	
	ХОЗЛ	ХОЗЛ
3 6 років підтримувальна терапія БА	3 18 років SMART та ХОЗЛ	3 18 років

Рис. 2. Симбікорт Турбухалер: показання до застосування

ПЕРЕДПЛАТА НА 2017 РІК!

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Передплатити наше 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.
- 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, (29); 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



www.health-ua.com

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

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

«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 «Ппульмонологія, алергологія, риноларингологія»
Передплатний індекс – 37631
Періодичність виходу – 4 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

НАША АДРЕСА: Видавничий дім «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2
Відділ передплати: (044) 364-40-28, e-mail: podpiska@health-ua.com, www.health-ua.com