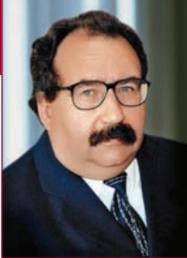


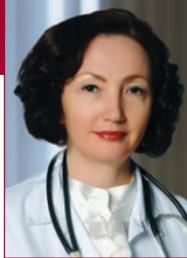
Доктор медичних наук, професор
Владислав Поворознюк



Достижения украинской остеологии в 2014 году

Читайте на сторінці **26**

Доктор медичних наук
Інна Гогунська



Молекулярна алергодіагностика перехресної алергії на фрукти та овочі

Читайте на сторінці **12**

Доктор медичних наук, професор
Соф'я Левенец



Ремитирующие пубертатные маточные кровотечения

Читайте на сторінці **40**

Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС[®]



НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ



✓ **ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА¹**
усуває різні симптоми алергії

✓ **ДІЄ ВЖЕ**
через 30 хвилин¹

✓ **АКТИВНИЙ**
протягом 24 години¹

Інформація про лікарський засіб. Інформація призначена для медичних установ та медичних або фармацевтичних працівників.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Еріус, затверджена наказом МОЗУ №46 від 25.01.2012.

Р.п.: таблетки – наказ МОЗ України №46 від 25.01.2012 № UA/5827/01/01; сироп – наказ МОЗ України №77 від 01.02.2013 № UA/5827/02/01.

Інформація, яка розміщується у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів.

ТОВ «Байер» 04071, Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б. Телефон: +38(044) 220-33-00. Факс: +38(044) 220-33-01. www.bayer.ua

ПульмоБРИЗ®

Унікальний¹ в Україні препарат для лікування кашлю

-  Єдина¹ в Україні комбінація ацетилцистеїну та амброксолу
-  Виражена муколітична та мукокінетична дія для досягнення швидкого² клінічного ефекту
-  Для зручного застосування у вигляді таблеток і саше для приготування теплового розчину

Зміна назви Хелпекс® Бріз на ПульмоБРИЗ®



таблетки №20
**ацетилцистеїн 200 мг
амброксол 30 мг**

саше №10, №20
**ацетилцистеїн 200 мг
амброксол 30 мг**

ПульмоЛОР®

Унікальний³ в Україні препарат для лікування дихальних шляхів у людей, схильних до алергії

-  Єдина³ в Україні комбінація амброксолу та лоратадину
-  Ефективне лікування захворювань дихальних шляхів у пацієнтів з обтяженим алергоанамнезом⁴
-  Для зручного застосування у вигляді порошка для приготування суспензії та таблеток

таблетки №10, №20
**амброксол 60 мг
лоратадин 5 мг**

суспензія 60 мл
**амброксол 30 мг/5 мл
лоратадин 5 мг/5 мл**



ПульмоБРИЗ®. Показання для застосування: лікування гострих і хронічних захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються порушенням бронхіальної секреції та евакуації секрету. Призначають при гострому і хронічному бронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, пневмонії, бронхоектатичній хворобі, бронхіальній астмі, муковісцидозі, ларингіті, трахеїті. При синдромі шокових легень у дорослих, для профілактики та лікування ускладнень після оперативних втручань на легенях, при догляді за трахеостомаю, до і після бронхоскопії. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до амброксолу, ацетилцистеїну або інших компонентів, що входять до складу препарату. І тримістр вагітності та період годування груддю. **Спосіб застосування:** дорослим та дітям старше 12 років по 1 саше або 1 таблетці 3 рази на добу.

¹ Патент №94805 від 10.06.2011; № 100374 від 25.12.2012.

² Д. м. н. О. Я. Дзюблик, к. м. н. О. О. Мухін. Ефективність комплексного препарату ацетилцистеїн/амброксол в лікуванні хворих із інфекційним загостренням бронхіальної астми. Здоров'я України. 2013, №4, стр 55–59. Умови зберігання: зберігати в недоступному для дітей місці. Умови відпуску: без рецепта. Р.П. МОЗ України №UA/10212/01/01 від 03.11.2009, № UA/10212/02/01 від 10.11.2009.

ПульмоЛОР®. Показання для застосування: симптоматична терапія при гострих і хронічних захворюваннях дихальних шляхів зі спастичним та алергічним компонентом, пов'язаних із порушенням бронхіальної секреції та ослабленням просування слизу. **Протипоказання:** підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. У випадку рідкісних спадкових станів, через які можлива несумісність із допоміжною речовиною препарату. Тяжкі порушення функції печінки. Період вагітності і годування груддю. **Спосіб застосування:** дорослим і дітям старше 12 років по 1 таблетці або 5 мл суспензії 2 рази на добу.

³ Патенти №95516, №95517 від 10.08.2011.

⁴ Ojeda A. F., Martinez S.O. Efectos de diez días de tratamiento con la combinación loratadina/ambroxol en solución, sobre las manifestaciones de la rinitis alérgica asociada a tos, en niños de 6 a 12 años. Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica, 2001, № 3 (V.10), p. 93–103.

Умови зберігання: зберігати в недоступному для дітей місці. Умови відпуску: без рецепта. Р.П. МОЗ України №UA/10378/02/01 від 21.01.2010, №UA/10378/01/01 від 21.01.2010.

Повна інформація про застосування препарату міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Взаимосвязь между уровнем сывороточного тропонина Т и кардиопульмональной патологией у пациентов со стабильным течением ХОЗЛ

Уровень высокочувствительного тропонина Т в сыворотке крови является важным маркером острого поражения миокарда. Однако прогностическая ценность данного показателя у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) недостаточно изучена. **Целью** данного исследования было определить взаимосвязь между уровнем тропонина Т и кардиопульмональной патологией при стабильном течении ХОЗЛ и у пациентов высокого риска.

Методы. В исследование включали больных, соответствующих таким критериям: наличие/отсутствие ХОЗЛ, курение в течение всей жизни, обратимые симптомы диспноэ при нагрузке, длительный кашель, наличие/отсутствие мокроты. Участникам проводили измерение сывороточной концентрации тропонина Т, тесты с целью оценки функции легких, компьютерную томографию высокого разрешения, эхокардиографию, а также тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты. В ходе исследования было выявлено 86 пациентов со стабильным течением заболевания (средний возраст – 65,5 лет; расчетный объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) – 75,0%). Средний уровень сывороточного тропонина Т составил 0,008 нг/мл. Уровень сывороточного тропонина Т находился в значительной положительной корреляции с возрастом, индексом курения, сывороточным уровнем С-реактивного белка (СРБ), мозгового натрийуретического пептида, систолическим давлением левого желудочка, процентным количеством областей малого затухания на компьютерной томограмме ($r=0,231-0,534$; $p=0,000-0,042$). Данный показатель также находился в значительной отрицательной корреляции с расчетной форсированной жизненной емкостью легких, расчетным ОФВ₁, диффузионной способностью легких, парциальным давлением кислорода в артериальной крови и результатом теста с 6-минутной ходьбой (r от $-0,482$ до $-0,377$; $p=0,000-0,002$). Многофакторный анализ показал, что изменение сывороточной концентрации тропонина Т находилось под независимым влиянием следующих факторов: уровень СРБ ($B=0,157$; $\beta=0,450$; $t=3,571$; $p=0,001$), возраст пациента ($B=0,008$; $\beta=0,352$; $t=2,789$; $p=0,009$) и систолическое давление в левом желудочке ($B=0,008$; $\beta=0,280$; $t=2,202$; $p=0,035$).

Выводы. Даже при стабильном течении ХОЗЛ сывороточная концентрация тропонина Т зависит от таких факторов, как системное воспаление, зрелый возраст и перегрузка левого желудочка.

Hattori K. et al. Relationship between serum cardiac troponin T level and cardiopulmonary function in stable chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015 Feb 10; 10: 309-320.

Эффективность пульмонологической реабилитации пациентов с ХОЗЛ

Повсеместная имплементация программ пульмонологической реабилитации пациентов с ХОЗЛ должна сопровождаться существенным улучшением таких показателей, как качество жизни, обусловленное состоянием здоровья, а также функциональная и максимальная способность к физической нагрузке. **Целью** данного систематического обзора было сравнить влияние пульмонологической реабилитации и обычной медицинской помощи на качество жизни, обусловленное состоянием здоровья, и максимальную способность к физической нагрузке у пациентов с ХОЗЛ. Данный систематический обзор является обновлением результатов предыдущего аналогичного исследования, проведенного в 2006 г.

Методы. В обзор были включены новые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), выполненные до марта 2014 г. В испытаниях определялись качество жизни, обусловленное состоянием здоровья, и/или функциональная или максимальная способность к физической нагрузке у пациентов с ХОЗЛ после пульмонологической реабилитации. В понятие «пульмонологическая реабилитация» входили упражнения в течение не менее 4 нед при наличии образовательных мероприятий и психологической поддержки или без таковых. В качестве стандартного лечения рассматривались общепринятые терапевтические подходы, в ходе которых обследуемые не принимали участия в образовательных мероприятиях и не подвергались любым другим типам дополнительных вмешательств. Стандартное лечение включало в себя только устные консультации без дополнительных методов обучения и изменение/оптимизацию фармакотерапии в соответствии с наиболее эффективными терапевтическими подходами, доступными на момент начала исследования.

Результаты. В данный обзор было включено 34 новых РКИ. С учетом работ, которые были включены в предыдущий обзор, на сегодняшний день доступны данные 65 РКИ, в которых приняли участие 3822 человека. Между группами пациентов, получавших стандартное лечение и проходивших пульмонологическую реабилитацию, не зафиксировано существенных отличий в демографических характеристиках. В исследуемой группе средний ОФВ₁ составил 39,2%, в контрольной – 36,4%. Средний возраст участников – 62,4 и 62,5 лет в исследуемой и контрольной группах соответственно. Соотношение количества участников мужского и женского пола в обеих группах составило 2:1. В общей сложности 41 программа по пульмонологической реабилитации проводилась на базе медицинских учреждений, а 23 – на базе общественных центров или в домашних условиях. В одном испытании изучались как внутрибольничные, так и амбулаторные программы. Продолжительность программ составила от 4 до 52 нед. В большинстве случаев пульмонологическая реабилитация длилась 8 или 12 нед. Применение слепого метода было невозможным в связи со спецификой мероприятия.

Наблюдалось статистически значимое улучшение по всем конечным точкам исследований. Эффект пульмонологической реабилитации превысил минимальную клиническую значимость по 4 важным показателям качества жизни, отраженным в опроснике по хроническому респираторному заболеванию:

- диспноэ: разность средних (РС) 0,79; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,56-1,03; $n=1283$; 19 исследований; данные умеренного качества;
- утомляемость: РС 0,68; 95% ДИ 0,45-0,92; $n=1291$; 19 исследований; данные низкого качества;
- эмоциональная функция: РС 0,56; 95% ДИ 0,34-0,78; $n=1291$; 19 исследований;
- контроль симптомов заболевания: РС 0,71; 95% ДИ 0,47-0,95; $n=1212$; 19 исследований; данные низкого качества.

Статистически значимое улучшение наблюдалось также по всем 4 показателям опросника Госпиталя святого Георга, а улучшение общего показателя превысило 4 единицы (РС -6,89; 95% ДИ от -9,26 до -4,52; $n=1146$; 19 исследований; данные низкого качества). Анализ чувствительности, в который были включены исследования с более низким риском систематической ошибки, продемонстрировал сопоставимую оценку эффектов терапии (РС -5,15; 95% ДИ от -7,95 до -2,36; $n=572$; 7 исследований). В испытаниях также наблюдалось статистически значимое улучшение показателей функциональной и максимальной нагрузки. Среди пациентов, принимавших участие в программах пульмонологической реабилитации, зафиксировано повышение максимальной способности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой (РС 6,77; 95% ДИ 1,89-11,65; $n=779$; 16 исследований). В исследуемой группе также наблюдалось улучшение функциональной способности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой, что подтверждалось результатами теста с 6-минутной ходьбой (РС 43,93; 95% ДИ 32,64-55,21; $n=1879$; 38 исследований). Анализ подгрупп пациентов, в ходе которого сравнивались результаты внебольничных и внутрибольничных программ, показал существенные преимущества последних по всем показателям опросника по хроническому респираторному заболеванию. Анализ подгрупп пациентов, в ходе которого сравнивались различные по сложности программы реабилитации, не выявил существенных отличий между методиками, которые включали только физические упражнения, и более сложными стратегиями. Однако результаты субанализов следует интерпретировать с осторожностью в связи с вероятностью их искажения.

Выводы. Пульмонологическая реабилитация снижает выраженность симптомов диспноэ и утомляемости, улучшает эмоциональную функцию и контроль заболевания у пациентов с ХОЗЛ. Эти изменения являются клинически значимыми. Программы по реабилитации играют важную роль в ведении пациентов с ХОЗЛ и полезны в улучшении качества жизни, обусловленного состоянием здоровья, и способности к физической нагрузке. По-видимому, проведение новых РКИ, сравнивающих пульмонологическую реабилитацию и стандартное лечение, не является оправданным. Дальнейшие исследования следует направить на определение ключевого компонента пульмонологической реабилитации, его идеальную длительность, оптимальную точку приложения, интенсивность необходимых упражнений и продолжительность его эффектов. Результаты таких научных работ особенно важны в свете данных нового анализа подгрупп, который показал различия в терапевтических эффектах (отраженных в опроснике по хроническому респираторному заболеванию) амбулаторных и внутрибольничных программ, но не выявил таковых между пульмонологической реабилитацией, включающей только физические упражнения, и более сложными стратегиями.

McCarthy B. et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 23; 2: CD003793.

Рецепторы растворимого урокиназного активатора плазминогена как новый биомаркер, прогнозирующий обострения ХОЗЛ

ХОЗЛ является хроническим воспалительным заболеванием, которое прогрессирует по мере развития острых приступов. Во время обострений ХОЗЛ в организме пациента повышается уровень СРБ и воспалительных клеток. **Целью** данного исследования было оценить прогностическую значимость рецепторов растворимого урокиназного активатора плазминогена (soluble urokinase-type plasminogen activator receptor, suPAR) в диагностике обострений ХОЗЛ и определении терапевтического ответа у пациента.

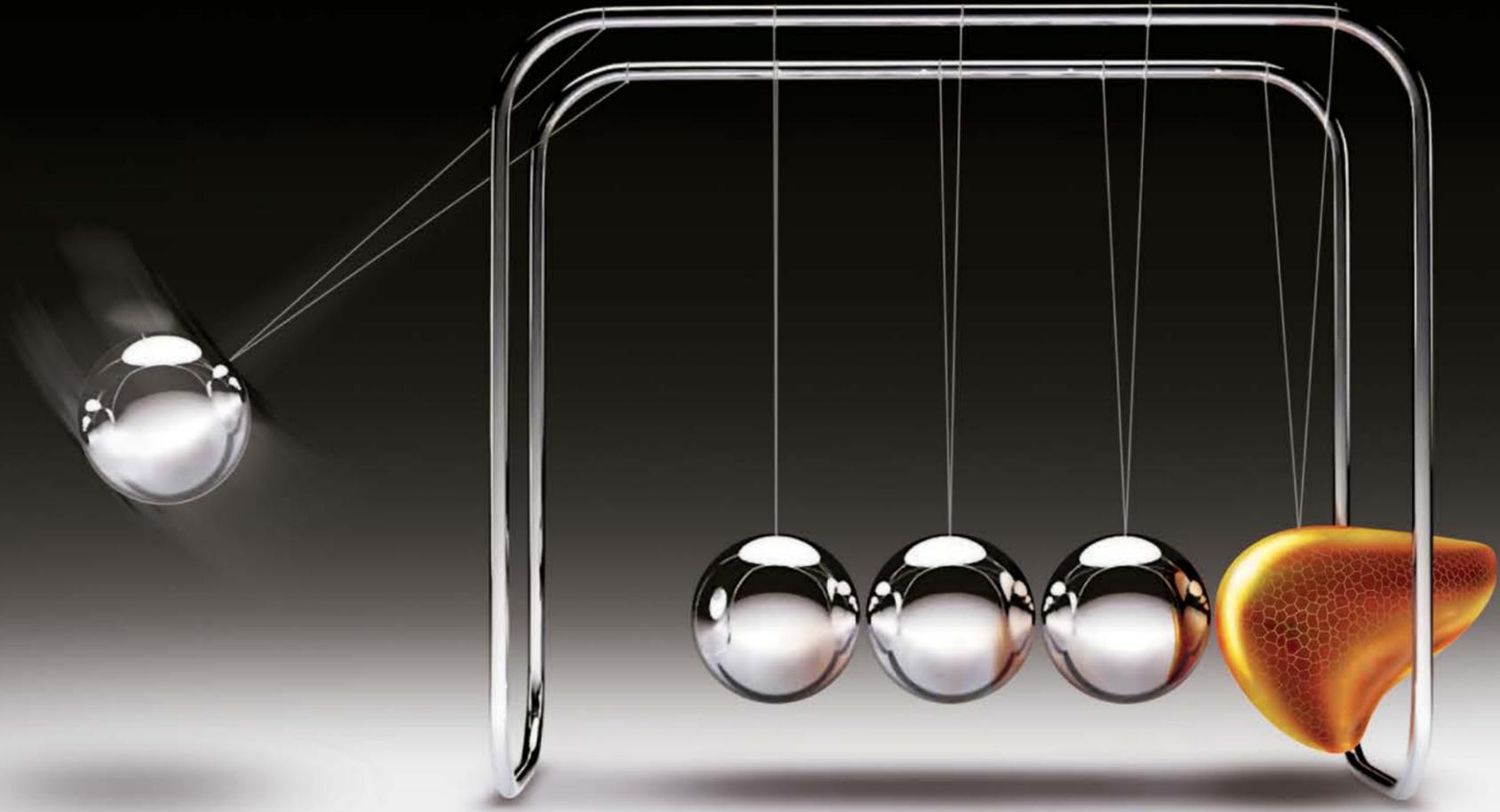
Методы. В исследовании приняли участие 43 пациента с диагностированным обострением ХОЗЛ. В контрольную группу вошли 30 здоровых участников. Измерение уровней suPAR, СРБ и фибриногена было проведено в день госпитализации и на 7-й день с момента начала терапии.

Результаты. Уровни suPAR ($p<0,001$), СРБ ($p<0,001$) и фибриногена ($p<0,001$) у пациентов с обострением ХОЗЛ были значительно повышены по сравнению с таковыми у участников контрольной группы. На 7-й день терапии концентрация suPAR ($p<0,001$), СРБ ($p=0,001$) и фибриногена ($p<0,001$) значительно снизилась. Изменение уровня suPAR обладало большей ценностью в диагностике обострений ХОЗЛ по сравнению с СРБ и фибриногеном. Кроме того, между вышеуказанными показателями была выявлена корреляционная зависимость. Однако результаты регрессионного анализа показали, что только уровень фибриногена является сильным предиктором обострений ХОЗЛ ($p=0,002$ и $p=0,014$ соответственно). Уровень suPAR в сыворотке крови негативно коррелировал с ОФВ₁ ($r=-0,478$; $p=0,001$).

Выводы. suPAR является маркером острого воспаления и обладает значительной прогностической ценностью в отношении обострений ХОЗЛ. Кроме того, данный показатель может быть использован для мониторинга терапевтического ответа у пациента.

Gumus A. et al. Soluble urokinase-type plasminogen activator receptor is a novel biomarker predicting acute exacerbation in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015 Feb 13; 10: 357-365.

ПЕЧІНКА МОЖЕ БУТИ ПІД УДАРОМ*



Ессенціалє® форте Н

по **2** капсули **3** рази **3** місяці¹
під час їжі** на добу



UA.PCH.14.12.02.

Гепатопротектор на основі «Ессенціальних фосфоліпідів»[®], який відновлює клітини печінки^{***}

* В більшості випадків деякі захворювання печінки протікають безсимптомно.³

** Не розжовувати, запивати невеликою кількістю води.

*** Доведено в експериментальних дослідженнях.²

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Ессенціалє® форте Н. Наказ МОЗ України № 684 від 02.08.13. Р.П. № UA/8682/01/01.

² Gundermann KJ, Kuenker A, Kuntz E, Drozdziak M. Activity of essential phospholipids (EPL) from soybean in liver diseases. Pharmacol Rep 2011; 63: 643–659.

³ Драпкина О.М., Смирин В.И., Івашкин В.Т. Патогенез, лечение и эпидемиология НАЖБП в России // РМЖ: Болезни органов пищеварения. — 2011. — № 28.

Реклама лікарського засобу призначена для медичних установ та лікарів. Інформація подана скорочено.
З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.
Перед застосуванням препарату уважно прочитайте інструкцію для медичного застосування препарату
Ессенціалє® форте Н. Зберігати в недоступному для дітей місці.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жиланська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi.ua

www.essentiale.ua

SANOFI 

ЗМІСТ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Оперативно о главном 30

Хроника ключевых событий в медицине

ПІДСУМКИ РОКУ

Исследования 2014 года, которые могут повлиять на подходы

к лечению пациентов с заболеваниями легких и инфекциями

дыхательных путей 10

Достижения украинской остеологии в 2014 году

В.В. Поворознюк 26-27

2014 год в неврологии: разочарования и новые надежды 34-35

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Лихорадка неясного генеза. Принципы диагностического поиска

Г.В. Дзяк, А.М. Василенко, В.А. Потабашний и др. 22-24

В статье рассмотрены критерии, позволяющие расценивать клиническую ситуацию как

лихорадку неясного генеза, а также причины возникновения и особенности данного состояния

НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ

Персен® – современное решение для современных людей 33

Важно понимать, что организм человека не всегда способен справиться со стрессом самостоятельно

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Пульмодайджест 3

Хронічне обструктивне захворювання легень. Адаптована

клінічна настанова, заснована на доказах

Ю.І. Фещенко, В.К. Гаврисюк, О.Я. Дзюблик та ін. 16-17

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 червня 2013 р. № 555

Дорогі жінки!

Дозвольте щиро привітати вас із чудовим святом, Міжнародним жіночим днем, та висловити вам свої найкращі побажання!

Важко уявити здорове та процвітаюче суспільство без турботи жінок, без їхньої відданої роботи, зокрема у сфері охорони здоров'я. Ваші таланти, цілеспрямованість, відповідальність, професіоналізм та ініціативність допомагають кожного дня змінювати життя на краще.

Дорогі жінки, дякуємо вам за все, що ви робите, – за професійну працю та турботу про сімейне благополуччя, за щирі зусилля допомагати українським пацієнтам та їхнім сім'ям, за вашу участь у розвитку суспільства в цілому. Разом з вами Санофі прагне покращувати здоров'я та якість життя українців, і я впевнений, що спільними зусиллями ми будемо й надалі успішно захищати здоров'я людей.

Бажаю вам здоров'я, любові, щастя, добробуту та здійснення мрій!

Жан-Поль Шоер,
Генеральний директор
Санофі в Україні та Білорусі

SANOFI

Бути жінкою – це...

...талант поєднувати вишукану чарівність із чоловічою рішучістю;
...унікальний дар зцілювати від турбот та негараздів щирою усмішкою та ніжними обіймами;
...мистецтво любити, розуміти, прощати, зігрівати, ділитися мудрістю.

Разом із тим це і величезна відповідальність, адже саме представниці прекрасної половини людства продовжують життя на Землі та надихають чоловіків на відкриття, надзвичайні звершення та божевільні вчинки. «За кожним великим чоловіком стоїть велика жінка», – впевнені англійці.

Дорогі леді,
вітаємо Вас з 8 Березня!

Нехай якомога частіше лунають на Вашу адресу слова рідних і близьких: «Дякую, що ти є», «Мамо, ти мій найкращий друг», «Пишаюся тобою, доню!».

Бажаємо, щоб у Вашій життєвій формулі щастя були присутні усі складові – мир, здоров'я, кохання, впевненість у майбутньому, взаєморозуміння, повага, улюблена професія, краса у всіх її проявах, дружба найвищого ґатунку.

Будьте яскравими особистостями та амбітними авторами власного життя, наповнюйте його сенсом. Нехай весна живе у Вашому серці завжди – незалежно від погоди за вікном та пори року!

З найтеплішими побажаннями,
колектив «Медичної газети
«Здоров'я України»



Дезлоратадин в лечении сезонных аллергических заболеваний

Одним из самых распространенных сезонных аллергических заболеваний, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, является поллиноз. В разных странах мира от 1 до 20% населения страдают от аллергического ринита, конъюнктивита и других проявлений аллергии вплоть до бронхиальной астмы. По данным мировой статистики, около 40% людей подвержены аллергическим заболеваниям.

Поллиноз вызывается пылью растений и спорами грибов, концентрация которых в воздухе при определенных условиях значительно увеличивается (например, в сухую, ветреную погоду). В то же время выраженность симптомов поллиноза уменьшается в сырую, дождливую погоду, на фоне снижения содержания пылевых аллергенов в воздухе. В зависимости от периода цветения растений выделяют три пика заболеваемости: весенний, летний и осенний. Тем не менее у некоторых больных клинические проявления могут наблюдаться от начала весны до глубокой осени. Пик заболеваемости приходится на август – сентябрь (период пыления амброзии, ольхи, лебеды, ромашки, одуванчика, подсолнечника, тополя и др.). Причиной пылевой аллергии чаще являются ветроопыляемые растения, поскольку они выделяют в воздух значительно больше пыльцы, чем опыляемые насекомыми.

В основе патогенеза заболевания лежит аллергическая реакция немедленного типа. Аллергеном (антигеном) для больного является пыльца, которая попадает на слизистую оболочку носа, глотки, конъюнктивы. При этом в течение 30 с происходит контакт аллергена с иммунокомпетентными клетками, запускающий каскад реакций, направленных на выработку антител (IgE). При повторном попадании аллергена на слизистую оболочку возникает IgE-зависимая активация тучных клеток в слизистой оболочке носа, что вызывает выброс медиаторов воспаления и появление характерных симптомов.

Основными проявлениями поллиноза являются интермиттирующий, или сезонный, аллергический ринит, а также конъюнктивит. Несколько реже встречаются аллергический фарингит, отит (особенно у детей), пылевая бронхиальная астма (у 20% больных), дерматит, энтерит. В клинической картине поллиноза доминирует риноконъюнктивальный синдром, выражающийся в профузном ринорее во время цветения какого-либо растения, чихании, нарушении носового дыхания и отеке слизистой носа, усиливающихся в ночное время. Назальный секрет вязкий, т. к. содержит значительное количество эозинофилов. Поллинозный конъюнктивит занимает ведущее место среди заболеваний, объединенных общим названием «синдром красного глаза» (Ю.Ф. Майчук, 2000) и проявляющихся зудом глаз, век, жжением, слезотечением, отеком и гиперемией конъюнктивы. При тяжелом многолетнем течении поллиноза у 10-30% больных может возникать пылевая бронхиальная астма, для которой характерны классические приступы удушья в период пыления соответствующих растений.

Наряду с поражениями респираторного тракта в патологический процесс при поллинозе могут быть вовлечены кожные покровы, что выражается в появлении крапивницы и отека Квинке; желудочно-кишечный тракт (тошнота, боли в эпигастрии, нарушения стула), нервная система (головные боли, слабость, расстройства сна, повышение температуры тела).

Помимо этого, описаны случаи контактного дерматита, мозговых явлений типа эпилепсии, поражения печени, сердца, легких (эозинофильный инфильтрат), половых органов, мочевыводящих путей.

В последние десятилетия в современной пульмонологии и оториноларингологии важным направлением стала предложенная J. Grossman концепция

(one airway, one disease – единые дыхательные пути, одна болезнь), согласно которой воспаление верхних и нижних дыхательных путей следует рассматривать как единый патологический процесс. Исходя из этой концепции можно предположить общность патофизиологического механизма гиперпродукции слизи бокаловидными клетками верхних и нижних дыхательных путей. Ярким примером такой взаимосвязи являются аллергический ринит и бронхиальная астма, поскольку ухудшение проявлений ринита ассоциировано с персистенцией астматических симптомов. Пациенты с аллергическим ринитом имеют больше шансов заболеть бронхиальной астмой, т. к. ринит, как правило, предшествует формированию бронхиальной астмы (у 32-49% больных).

NB! Безопасность применения и хорошая переносимость у детей были подтверждены в двух рандомизированных плацебо контролируемых клинических исследованиях, в которых приняли участие соответственно 111 и 120 детей в возрасте от 2 до 11 лет, страдающих аллергическим ринитом и хронической идиопатической крапивницей. Было выявлено, что частота возникновения побочных эффектов при применении дезлоратадина не превышала таковую в группе плацебо (5,4 и 6,7% соответственно).

Несмотря на то что диагностика поллинозов не вызывает особых трудностей, пациенты обращаются за помощью к врачам различных специальностей (терапевтам, педиатрам, аллергологам, дерматологам, пульмонологам и др.). Важную роль в этом процессе играют сбор анамнеза, позволяющий установить причину аллергии, а также физикальное и инструментальное обследование больного. В частности, риноскопия позволяет обнаружить характерные симптомы аллергического ринита: отек слизистой оболочки носа, сужение носовых ходов, прозрачные слизистые выделения. При инстиляции сосудосуживающими препаратами отек слизистой оболочки сохраняется.

При проведении анализа крови чаще всего выявляются эозинофилия и увеличение сывороточной концентрации IgE, рентгенография в большинстве случаев показывает изменения слизистых оболочек придаточных пазух в виде концентрического пристеночного затемнения.

В терапии поллинозов особое внимание уделяют элиминации аллергенов. Для этого ограничивают пребывание на улице в сухую жаркую погоду и в утренние часы. Желательно уменьшить использование очистителей воздуха, аэрозолей, спреев. Следует избегать выездов на природу, рекомендованы смена климата, планирование отпуска с учетом сроков пыления растений. Также стоит остерегаться контакта с родственными растительными аллергенами, пищевыми продуктами, фитопрепаратами.

В ряде случаев исключительно профилактических мероприятий оказывается недостаточно для предупреждения симптомов поллиноза, что диктует необходимость использования фармакологических средств. На протяжении последних лет средством выбора при поллинозах считается антигистаминный препарат III поколения дезлоратадин, являющийся активным действующим веществом препарата Эриус®, доступного в таблетированной форме и в виде сиропа для детей (детям Эриус® может назначаться с 6-месячного возраста).

Дезлоратадин является селективным блокатором периферических гистаминовых H₁-рецепторов пролонгированного действия, который не оказывает седативного эффекта, не проникает через гематоэнцефалический барьер, не влияет на центральную нервную систему и скорость психомоторных реакций. Препарат не только облегчает течение аллергических реакций, но и предупреждает их развитие, обладает противозудным, противовоспалительным действием; уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека путем подавления реакций, лежащих в основе аллергического воспаления. Действие препарата начинается в течение 30 мин после приема внутрь и длится около 24 ч.

Эффективность и безопасность дезлоратадина были подтверждены в ходе многочисленных исследований. Так, изучение долгосрочной стратегии применения антигистаминных препаратов III поколения, в котором сравнивалась эффективность регулярного применения дезлоратадина и его использования в режиме «по требованию», выявило улучшение качества жизни пациентов, ежедневно применяющих препарат, уже на 3-м и 4-м визите.

Все пациенты получали дезлоратадин (Эриус®) в дозе 5 мг 1 раз в день в течение 28 дней. Показано, что в группе ежедневного применения дезлоратадина частота достижения полной ремиссии к концу исследования была выше, а потребность в назначении резервной терапии возникала реже (J. Ring et al., 2001; E. Monroe et al., 2003; E. Nettis et al., 2004; J.J. Grob et al., 2008). Побочные эффекты проявлялись в виде головной боли и встречались не более чем у 5% больных. На основании полученных результатов авторы исследования пришли к выводу, что ежедневное применение Эриуса позволяет поддерживать качество жизни пациентов с аллергопатологией на более высоком уровне, чем использование в режиме «по требованию».

Схожие данные были получены в ходе масштабного многоцентрового исследования, проведенного в Германии (N. Filho, A. Zavadniak, C. Souza et al., 2004). Эффективность этого средства была оценена как хорошая и отличная 91,2% пациентов и 92,6% врачей. Кроме того, 98,9% врачей и 98,5% пациентов охарактеризовали общую безопасность и переносимость терапии как хорошую (уровень зарегистрированных побочных эффектов составил всего 0,44%).

NB! Эриус® хорошо зарекомендовал себя в лечении не только аллергического ринита, но и бронхиальной астмы. Препарат эффективно устраняет симптомы данного заболевания. Клинический эффект обусловлен противоотечным действием на слизистую оболочку полости носа. Эриус® улучшает показатели функции внешнего дыхания и снижает потребность в противоастматических средствах (С.Е. Ваена-Cagnari, 2001).

Показаниями к применению препарата являются интермиттирующий и персистирующий ринит, симптомы, связанные с крапивницей. Препарат не обладает седативным эффектом, следовательно, не оказывает влияния на скорость реакции при управлении автомобилем или другими техническими устройствами. Эриус® назначается 1 раз в сутки независимо от приема пищи.

Таким образом, высокая эффективность и благоприятный профиль безопасности дезлоратадина, доказанные в ходе клинических исследований, а также многолетний опыт успешного практического применения позволяют рекомендовать препарат Эриус® в качестве средства выбора для лечения аллергического ринита и крапивницы.

Подготовила Мария Бобришева

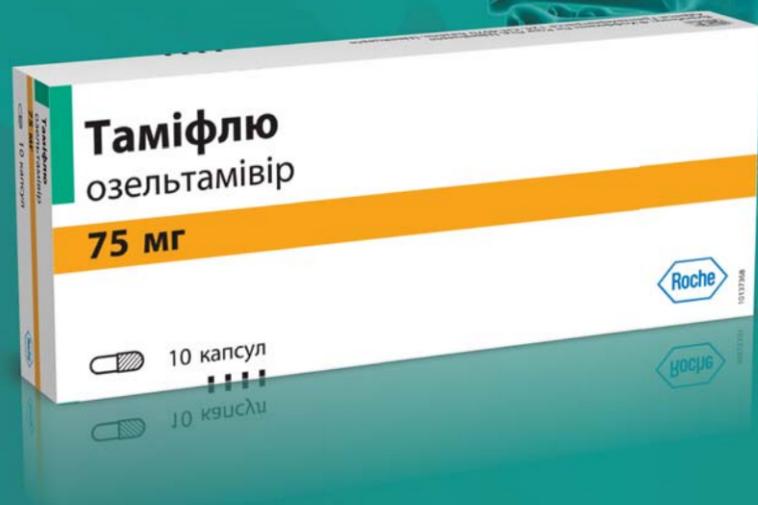


Тамифлю

ОЗЕЛЬТАМИВИР

Тамифлю - висока ефективність в боротьбі з вірусами гриппа¹

- Діє на всі типи вірусу гриппа (А і В)²
- Предотвращает осложнения после гриппа при приеме в первые 48 часов проявления симптомов²
- Разрешен к применению у детей от 1 года²



Інформація наведена у скороченому вигляді. Більш детальна інформація щодо препарату Тамифлю наведена в інструкції для медичного застосування препарату (затверджена наказом МОЗ України № 39 від 28.01.2011). Перед застосуванням уважно ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування препарату. Реєстраційне посвідчення МОЗ України №UA/3189/02/01 від 28.01.2011. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів.

Коротка ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування препарату

ТАМИФЛЮ (TAMIFLU®)

Діюча речовина: озельтамівір; 1 капсула 30 мг містить: озельтамівіру 30 мг у формі озельтамівіру фосфату 39,4 мг; 1 капсула 45 мг містить: озельтамівіру 45 мг у формі озельтамівіру фосфату 59,1 мг; 1 капсула 75 мг містить: озельтамівіру 75 мг у формі озельтамівіру фосфату 98,5 мг. **Лікарська форма.** Капсули. **Показання.** Лікування грипу. Для дорослих та дітей віком старше 1 року, у яких наявні симптоми грипу, під час циркуляції вірусу грипу. Ефективність препарату продемонстрована на початку лікування протягом 2 днів після появи симптомів. Дане показання базується на клінічних дослідженнях грипу з переважним розповсюдженням грипу типу А. Лікування дітей віком від 6 до 12 місяців під час пандемії грипу. **Профілактика грипу.** Профілактика грипу у дорослих та дітей віком старше 1 року після контакту з особою з клінічно діагнованим грипом під час циркуляції вірусу грипу; – питання про застосування Тамифлю з метою профілактики грипу необхідно вирішувати в кожному конкретному випадку, враховуючи обставини та зважаючи на групу пацієнтів, якій потрібен захист. У виняткових ситуаціях (наприклад, у разі, коли не збігаються циркулюючий вірус грипу та вірус грипу, проти якого проводилася вакцинація, та під час пандемії) сезонну профілактику можна проводити у дітей віком старше 1 року. Застосування Тамифлю не замінює вакцинацію проти грипу. Застосування протівірусних засобів для лікування та профілактики грипу має базуватися на офіційних рекомендаціях. Рішення про застосування протівірусних засобів для лікування та профілактики слід приймати з урахуванням характеристик циркулюючих вірусів грипу та впливу захворювання у різних географічних регіонах, та групи пацієнтів. Базуючись на обмежених фармакокінетичних даних та даних з безпеки, Тамифлю можна застосовувати дітям віком від 6 до 12 місяців для лікування під час пандемії грипу. Для того, щоб упевнитися у потенційній користі застосування Тамифлю дітям віком від 6 до 12 місяців, лікарю необхідно прийняти до уваги патогенність циркулюючого штаму та стан дитини. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до озельтамівіру фосфату або до будь-якого компонента препарату. Дитячий вік до 6 місяців. **Спосіб застосування та дози.** Дозу 75 мг можна призначати: – як 1 капсулу 75 мг чи – 1 капсулу 30 мг плюс 1 капсулу 45 мг. Тамифлю можна приймати під час вживання їжі або незалежно від її вживання. У деяких пацієнтів переносимість

препарату поліпшується, якщо його приймати під час вживання їжі. **Лікування.** Лікування потрібно розпочинати у перший або другий день появи симптомів грипу. **Дорослі та підлітки віком старше 13 років.** Рекомендований режим дозування Тамифлю – по 1 капсулі 75 мг 2 рази на добу перорально протягом 5 днів. **Діти віком 1-12 повних років:** капсули по 30 або 45 мг. Розрахунок рекомендованої дози протягом 5 днів в залежності від маси тіла: ≤ 15 кг – 30 мг 2 рази на добу, > 15 кг до 23 кг – 45 мг 2 рази на добу, > 23 кг до 40 кг – 60 мг 2 рази на добу, > 40 кг – 75 мг 2 рази на добу. **Діти віком від 6 до 12 місяців.** Залежно від патогенності циркулюючого штаму вірусу дитям віком від 6 до 12 місяців можливе призначення Тамифлю під час пандемії грипу. Рекомендована доза становить 3 мг/кг 2 рази на добу протягом 5 днів. **Профілактика.** **Дорослі та підлітки віком старше 13 років.** Рекомендована доза Тамифлю для профілактики грипу після контакту з хворим на грип – по 75 мг 1 раз на добу перорально протягом 10 днів. Прийом препарату слід розпочинати не пізніше ніж у перші 2 дні після контакту. **Діти віком 1-12 повних років:** капсули по 30 або 45 мг. **Рекомендована доза Тамифлю залежно від маси тіла дітям старше 1 року (протягом 10 днів):** ≤ 15 кг – 30 мг 1 раз на добу, > 15 кг до 23 кг – 45 мг 1 раз на добу, > 23 кг до 40 кг – 60 мг 1 раз на добу, > 40 кг – 75 мг 1 раз на добу (1 капсула 35 мг + 1 капсула 40 мг). **Побічні реакції.** Найчастіші побічні реакції (≥ 1%), які були зареєстровані у дослідженнях Тамифлю з лікування та профілактики грипу у дорослих та підлітків та в післяреєстраційному періоді: – інфекції та інвазії: поширені – бронхіт, гострий бронхіт, інфекції верхніх дихальних шляхів; – психічні розлади: непоширені – галюцинація; – неврологічні розлади: дуже поширені – головний біль; поширені – безсоння; непоширені – судомія; – з боку органа слуху та вестибулярного апарату: поширені – запаморочення; – з боку дихальної системи, органів грудної клітки та середостіння: поширені – кашель, ринорея; – з боку травного тракту: дуже поширені – нудота/с; поширені – блювання, біль у животі, діарея, диспепсія; – з боку шкіри і підшкірної клітковини: непоширені – дерматит, висипання, екзема, кропив'янка; – загальні розлади: поширені – запаморочення, слабкість, біль, носові кровотечі, кон'юнктивіт. **Термін придатності.** 7 років. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** За рецептом.



ООО «РОШ Украина»
Киев, 01030, ул.Б.Хмельницького, 19-21
тел.: +38 (044) 354 30 40, факс: +38 (044) 354 30 41
www.roche.ua

1) Nicholson KG, Aoki F.Y., Osterhaus A.D., et al. Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomized controlled trial. Lancet. 2000;355:1845-1850

2) Інструкція для медичного застосування препарату Тамифлю.

UA.TAM.15.001



Исследования 2014 года, которые могут повлиять на подходы к лечению пациентов с заболеваниями легких и инфекциями дыхательных путей

Проект Lung-MAP: перспективы лечения плоскоклеточного рака легкого

В США стартовал уникальный проект Lung-MAP (Lung Cancer Master Protocol). Протокол этого масштабного исследования, основанный на индивидуальном генотипировании опухолей, предусматривает изучение сразу от 5 до 7 перспективных препаратов для лечения плоскоклеточного рака легкого (ПРЛ) в течение ближайших 5 лет.

Проведение исследования Lung-MAP планировалось в течение 2014 г. совместно с Фондом Национальных институтов здоровья США (FNIH), Национальным институтом рака США, исследовательской организацией SWOG Cancer Research при участии пяти фармацевтических компаний (Amgen, Genentech, Pfizer, AstraZeneca, MedImmune) и еще нескольких партнерских организаций. В декабре 2014 г. к проекту присоединилась Американская ассоциация пульмонологов.

Беспрецедентная программа исследований направлена на поиск оптимальной таргетной (узконаправленной) терапии многочисленных подтипов ПРЛ. От 25 до 30% случаев рака легкого приходится на ПРЛ. Химиотерапия остается основным подходом к лечению пациентов с этим заболеванием на поздних стадиях, но ее эффективность достаточно ограничена. Исследование Lung-MAP, помимо изучения эффективности инновационных молекул, разработанных фармацевтическими компаниями, преследует цель отработки протокола индивидуального подбора таргетной терапии для каждого пациента в зависимости от результатов генотипирования опухолевых клеток. Участники исследования обследуются только один раз в соответствии с единым протоколом (master protocol). По результатам генотипирования (определяется статус более 200 известных генов, связанных с ПРЛ) пациенты распределяются в одно из пяти субисследований. В каждом из них назначается экспериментальный препарат, который соответствует по своим механизмам действия выявленным у пациента биомаркерам, т. е. прицельно влияет на определенные генетические и метаболические дефекты, вероятно, вызвавшие появление и рост опухолевых клеток. Это мутации PIK3CA, CCND1, CDK4, FGFR, c-Met протеин и др. Затем результаты субисследований будут сравнивать между собой и с данными контрольных групп, в которых применяется традиционная химиотерапия ПРЛ.

Такой подход, с одной стороны, уже сейчас облегчает доступ пациентов к перспективным лекарствам, а с другой — помогает исследователям отработать алгоритм выбора специфического лечения в одном протоколе. Объединенная база данных включенных пациентов и их геномных профилей также облегчает анализ и практическую имплементацию полученных результатов. Кроме того, на одновременное изучение нескольких препаратов требуется меньше времени и финансовых затрат, чем на проведение исследований по каждому из них.

В исследование планируется включить от 500 до 1000 пациентов ежегодно, при этом протокол предусматривает вовлечение новых клинических центров и открытие новых ветвей исследования. Национальный институт рака США планирует сохранить биопсийный материал опухолей и образцы крови участников Lung-MAP для дальнейших исследований по проблеме ПРЛ.

Получены новые данные об эффективности бекдаквилина при мультирезистентном туберкулезе

В борьбе с туберкулезом были достигнуты успехи, но были и поражения. Появление и распространение штаммов микобактерий, резистентных одновременно к нескольким препаратам первой и второй линий терапии, является сегодня актуальной проблемой фтизиатрии. Кроме того, лечение мультирезистентного туберкулеза затрудняется высокой частотой развития побочных эффектов вследствие приема противотуберкулезных препаратов. Бекдаквилин — представитель класса диарилхинолинов — первый препарат с новым механизмом действия, зарегистрированный Управлением по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) за последние 40 лет для лечения туберкулеза (в декабре 2012 г.).

В рамках международного двойного слепого исследования 160 взрослых с впервые диагностированным мультирезистентным туберкулезом с положительным результатом теста микроскопии мазка мокроты были рандомизированы для приема бекдаквилина (400 мг 1 раз в день на протяжении 2 нед, затем по 200 мг 3 раза в день в течение 22 нед) или плацебо в дополнение к схеме терапии второй линии, подобранной в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). За пациентами наблюдали в течение 120 нед. Время до конверсии культуры мокроты на жидкой питательной среде (первичная конечная точка) было меньшим в группе бекдаквилина по сравнению с таковым в группе плацебо (83 против 125 дней, относительный риск (ОР) конверсии в группе бекдаквилина 2,44; 95% ДИ 1,57–3,80). Кроме того, в группе бекдаквилина чаще наступала конверсия мокроты на 24-й неделе (79 против 58% в группе плацебо; $p=0,008$) и на 120-й неделе (62 против 44%; $p=0,04$). В то же время среди пациентов, получавших бекдаквилин, достоверно выше была общая смертность (13 против 2% в группе плацебо; $p=0,02$). Причина такого роста смертности неизвестна. Прием бекдаквилина ассоциировался с умеренной пролонгацией интервала QT на электрокардиограмме, но клинических проявлений аритмий сердца не наблюдалось. Таким образом, бекдаквилин в дополнение к индивидуально подобранной терапии второй линии достоверно улучшал микробиологический ответ на лечение, но повышал риск смерти пациентов. Для оценки дальнейших перспектив препарата необходимо выяснить причины повышения смертности.

Простые меры по улучшению контроля БА дают результат

Несмотря на успехи последних десятилетий в разработке препаратов базисной терапии БА, контроль над заболеванием все еще остается неудовлетворительным, особенно в популяциях пациентов с низким социально-экономическим статусом. Многие взрослые больные не знают, как правильно вести самонаблюдение и использовать ингаляторы, даже если адекватная терапия была назначена врачом. В исследовании HomeBASE у взрослых жителей ($n=366$) г. Сизтла (США) с низким уровнем доходов и неконтролируемой БА изучали эффективность домашних визитов специально обученных медицинских работников (5 визитов за 7 мес), которые напомнили правила использования доставочных устройств, избегания аллергенов, план действия при обострениях и другую важную информацию относительно самоконтроля заболевания. В течение 12 мес участники экспериментальной группы по сравнению с пациентами группы контроля имели по 2 дополнительных дня без симптомов БА каждые 2 нед. Показатель NNT составил 7, т. е. необходимо охватить подобной программой 7 новых пациентов, чтобы получить дополнительные 2 дня без симптомов заболевания за 2 нед. В экспериментальной группе также достоверно улучшились показатели качества жизни. Количество обращений за неотложной медицинской помощью уменьшилось в 1,4 раза по сравнению с таковым для предыдущего года. Стоимость данной программы визитов для одного пациента составила 1300 долларов США, это меньше, чем стоимость одного года базисной терапии ИКС.

Первый перспективный препарат для лечения инфекции, вызванной респираторно-синцициальным вирусом

Респираторно-синцициальный вирус (РСВ) вызывает заболевания нижних дыхательных путей, которые представляют особую угрозу для определенных групп населения, таких как грудные дети, лица пожилого возраста и пациенты с иммунодефицитными состояниями. При этом возможны повторные заражения в течение жизни, так как иммунный ответ на РСВ со временем ослабевает. От РСВ не существует вакцины, а лечение сводится к поддерживающей терапии.

В недавно завершеном двойном слепом плацебо контролируемом пилотном исследовании изучался экспериментальный препарат GS-5806 для перорального приема, который показал способность блокировать проникновение РСВ через мембрану эпителиальных клеток дыхательных путей. Здоровым добровольцам интраназально вводили клинический штамм РСВ, а при появлении признаков инфекции или

на 5-й день их рандомизировали для приема GS-5806 или плацебо. В результате вирусная нагрузка (первичный критерий эффекта препарата) снижалась уже после первой дозы лекарственного средства и в течение 12 дней наблюдения после инокуляции вируса. Кроме того, у всех участников, которые получали GS-5806, по сравнению с пациентами группы плацебо уменьшались симптомы инфекции. Нежелательные явления отмечались редко и не были серьезными.

Вакцинация от гриппа может стать частью пренатальной подготовки

В некоторых странах, включая США, действуют рекомендации вакцинировать против гриппа беременных для защиты женщин (беременность сопровождается иммуносупрессией), а также потомства. Новые данные подтверждают рациональность такой профилактики даже у ВИЧ-инфицированных беременных. В рамках двух рандомизированных исследований, проведенных в Южной Африке, 2116 ВИЧ-негативных и 194 ВИЧ-позитивные женщины между 20-й и 36-й неделей беременности были иммунизированы внутримышечной инактивированной трехвалентной вакциной против гриппа или получали инъекции плацебо. После родов матерей и детей наблюдали в течение 24 нед на предмет заболеваемости респираторными инфекциями и вирусологически подтвержденным гриппом. В группе ВИЧ-негативных вакцинированных женщин грипп развивался достоверно реже по сравнению с группой плацебо (1,8 против 3,6%; $p=0,01$), то же самое наблюдалось и у детей (1,9 против 3,6%; $p=0,01$). ВИЧ-позитивные вакцинированные женщины также реже болели гриппом: 7,0 против 17,0% в группе плацебо; $p=0,05$). Однако у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, преимущества от вакцинации не выявлены: 5,0 против 6,8% в группе плацебо; $p=0,6$).

Это второе большое исследование, показавшее преимущества вакцинации против гриппа во второй половине беременности для женщин и их будущих детей. Хотя в США данная стратегия рекомендована уже несколько лет, только половина беременных вакцинируются. Возможно, с учетом новых данных вакцинация будет продвигаться как часть рутинной пренатальной подготовки.

Новые данные подтверждают, что детям с болью в горле часто неправильно назначают антибиотики

Боль в горле является частой причиной обращения за помощью к педиатрам или семейным врачам. Большинство случаев фарингита у детей вызвано вирусными инфекциями, при которых применение антибиотиков не показано. Так, примерно 37% случаев вызвано β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), определение которого требует назначения узконаправленных препаратов — пенициллина или амоксициллина. Согласно рекомендациям Американской академии педиатрии (AAP) и Общества инфекционных заболеваний (IDSA), препараты пенициллинового ряда остаются терапией первой линии для детей без аллергических реакций. Однако на практике эти рекомендации часто не выполняются.

Исследователи из Центров контроля и профилактики заболеваний США (CDC) проанализировали данные двух национальных реестров амбулаторных визитов для оценки назначений антибиотиков детям в возрасте 3–17 лет с фарингитом. С 1997 по 2010 год антибактериальные препараты были назначены в 60% случаев из 12 млн ежегодных педиатрических визитов по поводу боли в горле, несмотря на давно доказанный факт преобладания вирусных причин заболевания. Большинство вызовов (70%) педиатров были к детям младше 12 лет. В 40% случаев назначения антибиотиков оценены как неадекватные. Выросло использование препаратов широкого спектра действия: с 10% в 1997 г. до 26% в 2010 г. По данным 2010 г., только в 52% случаев дети с фарингитом, обусловленным БГСА, получали рекомендованные антибактериальные средства узкого спектра действия по сравнению с 65% случаев в 1997 г.

Данная публикация еще раз обращает внимание мирового медицинского сообщества на проблему неадекватных назначений антибиотиков, актуальность которой растет даже в развитых странах с высоким уровнем протоколизации медицинской помощи.

Квикс — новое поколение назальной ирригационной терапии

Назальная ирригация (назальный лаваж, носовой душ) — метод персональной гигиены, а также профилактическая и лечебная манипуляция, при которой полость носа и околоносовых пазух очищается солевым раствором от избытка слизи, патогенных микроорганизмов, воспалительных факторов и аллергенов. На протяжении многих столетий носовая ирригация является неотъемлемой составляющей йогических практик. На сегодня в многочисленных клинических исследованиях доказано, что носовая ирригация является простым, эффективным и безопасным методом профилактики и лечения различных острых и хронических заболеваний носа и параназальных синусов.

Как работает назальная ирригация?

Назальная ирригация облегчает симптомы и проявления многих распространенных заболеваний верхних дыхательных путей посредством ряда механизмов:

- увлажняет полость носа, предохраняет ее от пересыхания;
- механически смывает из носовой полости и околоносовых пазух патогенные микроорганизмы, пылевые аллергены, пыль и другие поллютанты внешней среды;
- разрыхляет, размягчает и вымывает слизистый и/или гнойный секрет из носовой полости и околоносовых пазух;
- уменьшает концентрацию, снижает продукцию и удаляет воспалительные медиаторы из носовой полости и околоносовых пазух;
- способствует образованию тонкой жидкой пленки на слизистых оболочках носа и околоносовых пазух, предохраняющей слизистую от контактов с патогенными микроорганизмами;
- нормализует и активизирует функцию реснитчатого аппарата, усиливая защитные свойства и очищающую способность слизистых носа и околоносовых пазух;
- восстанавливает нормальную микробиологическую среду носа и околоносовых пазух, тем самым уменьшая рост патогенных микроорганизмов и ускоряя излечение;
- нехирургически разблокирует проходимость носа и таким образом нормализует носовое дыхание;
- уменьшает стекание густой вязкой слизи в горло, улучшая самочувствие.

При каких заболеваниях и состояниях целесообразно использовать назальную ирригацию?

Назальная ирригация может применяться самостоятельно или в сочетании с другими методами для облегчения симптомов и ускорения выздоровления при таких заболеваниях и состояниях, как:

- аллергический ринит;
- острый и хронический ринит;
- острый и хронический синусит;
- обычная простуда и грипп;
- синдром постназального стекания слизи;
- сухость носа при синдроме Шегрена;
- после хирургических вмешательств в полости носа или околоносовых пазух;
- после лучевой терапии на области носа или околоносовых пазух;
- при рините беременных;
- в качестве повседневного ухода за слизистой носа;
- для поддержания нормальной увлажненности носа при дыхании загрязненным, холодным или сухим воздухом, например в отопляемых и кондиционируемых помещениях, автомобилях, поездах, самолетах и т. д.

На рынке представлено множество средств для назальной ирригации. Все ли они одинаково эффективны?

Безусловно, нет. Ряд средств имеют особенности, обеспечивающие им существенные преимущества.

Все растворы для назальной ирригации содержат соль — обычную или морскую. Обычная соль (хлорид натрия) дешевле морской, однако существенно уступает ей по оказываемым эффектам. Поскольку морская соль, помимо натрия и хлора, богата другими полезными минералами и микроэлементами, она оказывает более благоприятное действие на слизистую оболочку и реснитчатый аппарат, а также обладает прямыми антибактериальными, противогрибковыми, противовирусными и противовоспалительными эффектами. Таким образом, назальная ирригация раствором морской воды значительно эффективнее применения раствора обычной соли.

Спреи семейства Квикс (Квикс, Квикс алоэ и Квикс эвкалипт, «Берлин-Хеми», Германия) производятся из воды, набранной из залива Канкаль (Франция) — морского заповедника, находящегося на расстоянии 20 км от берега, — под постоянным и строгим наблюдением Французского исследовательского института по эксплуатации моря (IFREMER). Сильные приливы и отливы создают здесь мощные потоки, которые обновляют кислород и регенерируют содержание минералов и микроэлементов. Следующий этап — очищение воды, которое представляет собой современный высокотехнологичный процесс; далее вода подвергается микрофильтрации в асептических условиях, а затем разливается во флаконы. Антибактериальный фильтр, встроенный в насос, защищает спрей от загрязнения.

Назальная ирригационная система состоит из двух частей: ирригатора (флакона) и ирригационного раствора. Качество и дизайн ирригатора, состав ирригационного раствора могут оказывать значительное влияние на эффективность средства. Самым серьезным дефектом некоторых ирригаторов является обратный ток раствора, при котором загрязненная жидкость из носовой полости, вследствие отрицательного давления внутри ирригатора попадает в него обратно. Поскольку жидкость, побывавшая в носовой полости, может содержать бактерии, грибы и вирусы, при ее повторном поступлении в ирригатор само устройство и оставшийся в нем раствор подвергаются контаминации, что может вызывать реинфекцию полости носа и параназальных синусов. Следовательно, обратный ток раствора может представлять серьезную угрозу для здоровья пациента.

Назальные спреи семейства Квикс выпускаются во флаконах, снабженных инновационной антибактериальной насосной системой, которая предотвращает попадание микробов внутрь.

Какие преимущества имеют спреи для назальной ирригации, содержащие экстракт алоэ?

На протяжении веков Aloe vera благодаря своим свойствам использовался в оздоровительных, косметических, лечебных целях (эффект увлажнения). Поскольку Aloe vera содержит вещества, которые помогают связывать влагу, его применяли местно для заживления ран или облегчения состояний кожи.

На сегодня эффективность назальных спреев, содержащих экстракт алоэ, доказана клинически.

В исследовании L. Ferrara и соавт. (2012) включали пациентов в возрасте от 3 до 79 лет с вазомоторным или аллергическим ринитом. 100 пациентам назначили спрей с алоэ, 10 участников получали спрей физиологического раствора. До и после назальной ирригации у включенных в исследование брали мазки из носа с последующей микроскопией. Согласно полученным результатам, применение назального спрея с алоэ снижает количество эозинофилов и тучных клеток, что сопровождается улучшением клинической картины.

Исследователи из Техасского университета (США) установили, что назальный спрей с алоэ является эффективным методом лечения гриппа (I. Tizard et al., 2007).

По данным P. Bastian и соавт., применение алоэ в профилактике и терапии инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей характеризуется высокой эффективностью и хорошей переносимостью у детей и взрослых. При этом терапевтическая эффективность обеспечивается за счет иммуномодулирующих, противовоспалительных и противовирусных свойств алоэ.

Квикс алоэ — натуральный изотонический назальный спрей, который содержит воду из Атлантического океана с ее ценными минералами и микроэлементами (магний, бор, кремний и марганец) и экстракт Aloe vera. Спрей предназначен для повседневного ухода за слизистой носа. В комбинации с экстрактом Aloe vera изотонический раствор эффективно очищает и увлажняет нос и таким образом помогает предотвратить назальные симптомы, характерные для простуды.

Какие преимущества имеют спреи для назальной ирригации, содержащие гипертонический раствор морской воды?

Солевые растворы для назальной ирригации разделяют на изотонические, имеющие такую же концентрацию соли, как и другие жидкости организма (0,9%), и гипертонические, концентрация соли в которых выше 0,9% (например, 2,6%, как в спреях Квикс и Квикс эвкалипт).

Изотонические растворы могут применяться для назального лаваж, однако они не могут действовать как деконгестанты. В то же время гипертонические растворы не только очищают полость носа, но и оказывают природный деконгестивный эффект, «вытягивая» избыточную воду из слизистых оболочек. Кроме того, установлено, что гипертонические солевые растворы улучшают мукоцилиарный клиренс путем активации реснитчатого эпителия. Однако слишком высокие концентрации соли (>3%) оказывают обратный эффект на функцию ресничек и, кроме того, раздражают слизистую оболочку носа.

По данным исследований, спреи для назальной ирригации, содержащие гипертонический раствор морской воды, обладают преимуществами по сравнению с изотоническими растворами.

Так, J. Culig и соавт. (2010) установили, что у пациентов с хроническим риносинуситом гипертонический раствор морской воды по сравнению с изотоническим раствором значительно лучше устраняет заложенность носа, насморк и кашель.

В исследовании W. Garavello и соавт. (2010) назальные ирригации гипертоническим раствором морской воды у беременных устраняли заложенность носа и другие симптомы значительно быстрее, чем ирригации изотоническим раствором.

В соответствии с руководством по первичной диагностике и лечению риносинусита и назального полипоза (EPOS, 2007) назальные ирригации солевыми растворами рекомендуется применять при хроническом риносинусите, при этом растворы морской воды эффективнее растворов обычной соли, а гипертонические растворы эффективнее изотонических.

Квикс и Квикс эвкалипт — гипертонические спреи для носа с водой из Атлантического океана (концентрация соли — 2,6%). Благодаря более высокой концентрации соли по сравнению с таковой в клетках слизистой носа Квикс и Квикс эвкалипт «вытягивают» из слизистой носа лишнюю жидкость, уменьшая отек и облегчая заложенность носа и околоносовых пазух. Квикс эвкалипт, дополнительно содержащий эвкалиптовое масло, смягчает скопившуюся слизь, тем самым облегчая процесс сморкания. Кроме того, освежающее эвкалиптовое масло «открывает» нос и придаточные пазухи носа, облегчая дыхание.

Семейство спреев Квикс (Квикс, Квикс алоэ, Квикс эвкалипт, «Берлин-Хеми», Германия) — природные средства для назальной ирригационной терапии, позволяющие осуществлять ежедневный уход за полостью носа, профилактику и терапию широкого спектра респираторных заболеваний у взрослых и детей. Квикс практически не имеет побочных эффектов и не вызывает привыкания, может применяться длительно и в комбинации с другими местными или системными препаратами. Спреи Квикс и Квикс алоэ могут применяться у детей начиная с 6-месячного возраста, а также у беременных и кормящих грудью женщин, при этом длительность использования не ограничена. Благодаря инновационному доставочному устройству (флакон с антибактериальным фильтром, который защищает спрей от загрязнения), спреи Квикс отличаются хорошей переносимостью и удобством применения. Кроме того, немаловажным преимуществом является их экономическая доступность. В каждом флаконе содержится около 220 доз.

Хронічне обструктивне захворювання легень

Адапована клінічна настанова, заснована на доказах

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 червня 2013 р. № 555

Склад мультидисциплінарної робочої групи з підготовки адаптованої клінічної настанови «Хронічне обструктивне захворювання легень»

Ю.І. Фещенко , академік НАМН України, д.м.н., професор	О.І. Гайдук
В.К. Гаврисяк , д.м.н., професор	В.В. Бондар
О.Я. Дзюблик , д.м.н., професор	С.Г. Іщук
Ю.М. Мостовой , д.м.н., професор	М.О. Полянська
Н.Д. Чухрієнко , д.м.н., професор	Н.В. Пучкова
Л.О. Яшина , д.м.н., професор	Л.А. Романенко
А.В. Басанець , д.м.н.	О.А. Росицька
Л.Ф. Матюха , д.м.н.	М.М. Ткаченко
	Н.А. Чайка
	О.В. Шапкарина

Продовження. Початок у № 7-14, 17-19, 21-24/2014, № 2/2015.

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R147	За відсутності значних протипоказань усім госпіталізованим пацієнтам із загостренням ХОЗЛ можуть бути призначені кортикостероїди для перорального застосування поєднано з іншими видами терапії	A
R148	За відсутності значних протипоказань пацієнтам із загостренням ХОЗЛ, які знаходяться на лікуванні в амбулаторних умовах і мають значні порушення дихання, що створюють перешкоди у повсякденній діяльності, можна розглянути питання щодо призначення кортикостероїдів для перорального застосування	B
R149	Пацієнти, які потребують застосування кортикостероїдів, повинні заохочуватися до раннього початку лікування, щоб отримати максимальний результат	D
R150	При загостренні необхідно призначити преднізолон для перорального застосування в дозі 30 мг протягом 7-14 днів	D
R151	Рекомендується, щоб курс лікування кортикостероїдами не перевищував 14 днів, оскільки немає необхідності в проведенні пролонгованої терапії	A
R153	Пацієнтам, які часто отримують лікування кортикостероїдами для перорального застосування, необхідна профілактика остеопорозу	D
R154	Пацієнти повинні бути ознайомлені з оптимальною тривалістю лікування і побічними ефектами пролонгованої терапії кортикостероїдами	D
R155	Пацієнтам, особливо тим, які виписуються з лікарні, повинні бути надані зрозумілі рекомендації відносно того, чому, коли і як припинити лікування кортикостероїдами	D

Антибіотики

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)

Доведено, що застосування антибіотиків при загостренні ХОЗЛ показано за наявності клінічних ознак бактеріальної інфекції, наприклад у разі збільшення вірулентності мокротиння. Систематичний огляд обмеженої кількості плацебо контрольованих досліджень показав, що антибіотики знижують ризик ранньої смертності на 77%, невдач лікування на 53%, гнійного характеру мокротиння на 44%. Цей огляд свідчить про доцільність застосування антибіотиків у хворих (помірні та тяжкі випадки захворювання) із загостреннями ХОЗЛ при посиленні кашлю та гнійному характері мокротиння.

Дослідження хворих із загостреннями ХОЗЛ, які потребували застосування механічної вентиляції (інвазивної або неінвазивної) показали, що призначення антибіотиків не асоціювалося зі збільшенням випадків вторинної нозокоміальної пневмонії.

Призначення антибіотиків показано хворим із загостренням ХОЗЛ за наявності 3 основних симптомів: посилення задишки, збільшення об'єму мокротиння та гнійний його характер (рівень доказів В); 2 симптомів, якщо один із них – збільшення гнійності мокротиння (рівень доказів С); пацієнтам, яким необхідне проведення механічної вентиляції (інвазивної або неінвазивної) (рівень доказів В). Рекомендована тривалість антибіотикотерапії становить 5-10 днів (рівень доказів D).

Вибір антибіотика має базуватися на локальному патерні антибіотикорезистентності.

Зазвичай стартова терапія має починатися із застосування амінопеніциліну (незахищеного або захищеного), макроліду або тетрацикліну. У хворих із частими загостреннями, тяжкою формою бронхообструкції та/або загостреннями, за наявності яких необхідне проведення механічної вентиляції, рекомендується мікробіологічне дослідження мокротиння або іншого матеріалу для виявлення грамнегативних бактерій (*Pseudomonas species*) або резистентних до вищезазначених антибіотиків штамів. Шлях введення (пероральний або парентеральний) залежить від спроможності пацієнта ковтати та фармакокінетики антибіотика, хоча перевага надається пероральним формам. Клінічний ефект підтверджує зменшення задишки та гнійного характеру мокротиння.

VA/DoD Clinical Practice Guideline For Management of Outpatient COPD, 2007

12.2. Антибіотики

З історії питання

Приблизно половина загострень ХОЗЛ пов'язана з бактеріальною інфекцією дихальних шляхів. Лікування загострень ХОЗЛ бактеріального походження за допомогою антибіотиків прискорює одужання і може запобігти ускладненням. Визначення загострень, які ймовірно пов'язані з бактеріальною інфекцією, допоможе обрати відповідну антибактеріальну терапію. Стратифікація хворих із загостренням на пацієнтів з неускладненим

(табл. 14) і ускладненим перебігом ХОЗЛ за клінічними критеріями, допомагає визначити антибіотик вибору.

Положення щодо дії

Призначають курс антибіотиків при загостренні ХОЗЛ, якщо симптоми свідчать про бактеріальний характер інфекції; вибір антибіотика може базуватися на ступені складності (кількість загострень, ОФВ₁, попереднє застосування антибіотиків, наявність серцевих захворювань).

Рекомендації

1. У пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, які мають принаймні 2 з наведених нище проявів, швидше за все антибактеріальна терапія буде ефективною (рівень доказів А):

- збільшення гнійності мокротиння (зміна кольору);
- збільшення об'єму мокротиння;
- посилення задишки.

2. Вибір антибіотиків, може бути визначений на основі місцевої бактеріальної резистентності (рівень доказів С).

3. Вибір антибіотиків може ґрунтуватися на частоті загострень протягом останніх 12 міс, тяжкості ХОЗЛ, наявності серцевих захворювань і недавнього (у межах 3 міс) прийому антибіотиків (рівень доказів В).

4. При неускладнених формах загострення ХОЗЛ слід розглянути застосування доксицикліну, триметоприму/сульфаметоксазолу, цефалоспоринів II покоління (рівень доказів С).

5. У разі ускладнених форм загострення ХОЗЛ можливе використання β-лактамних інгібіторів або фторхінолонів (рівень доказів С).

Стратифікація хворих із загостренням на пацієнтів із неускладненим та ускладненим перебігом ХОЗЛ може бути корисна для вибору антибіотика (табл. 14).

Таблиця 14. Визначення рівня ускладнень та антибіотиків

Характеристика хворих	Антибіотики
Пацієнти без підвищеного ризику ускладнень	
1. Мали <3 загострень протягом останніх 12 міс	Доксициклін
2. Базове значення ОФВ ₁ >50% від належного	Триметоприм/сульфаметоксазол
3. Відсутні захворювання серця	Цефалоспорини II-III покоління
4. Не отримували антибіотики протягом останніх 3 міс	Макроліди широкого спектра дії
Пацієнти з підвищеним ризиком ускладнень	
1. Мали >3 загострень протягом останніх 12 міс	β-Лактамі антибіотики
2. Базове значення ОФВ ₁ <50% від належного	Фторхінолони*
3. Наявні захворювання серця	
4. Отримували антибіотики протягом останніх 3 міс	

* Для точного визначення пацієнтів, які отримують користь від застосування хінолонів, варто пам'ятати, що використання цих препаратів при неускладнених загостреннях не рекомендується.

Обґрунтування

• Бактеріальна інфекція є однією з основних причин загострення ХОЗЛ. Лікування пацієнтів із загостренням ХОЗЛ за допомогою антибіотиків корисно, коли доведена бактеріальна інфекція. У зв'язку з тим, що визначення культури мокротиння і резистентності рідко доступне, визначення резистентності не рекомендоване в якості критеріїв вибору антибіотиків під час амбулаторної допомоги. Для амбулаторного лікування значного загострення ХОЗЛ наявність симптомів є достатньою й аналіз мокротиння не рекомендується. Основними бактеріями, що викликають загострення ХОЗЛ, є *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas spp* і *Enterobacteriaceae spp*.

• Сучасний підхід до лікування загострень досить субоптимальний. Частота рецидивів після амбулаторного лікування загострень ХОЗЛ може бути від 20 до 25% випадків. Рецидиви пов'язані зі значною захворюваністю і збільшенням витрат. Найбільша частина витрат пов'язана з невдалим лікуванням, особливо якщо воно закінчується госпіталізацією (Miravittles et al., 2002).

• Практика показує, що кількість пацієнтів із патогенними бактеріями в респіраторному секреті і бронхіальне бактеріальне навантаження збільшуються під час загострень. Крім того, місцеві запальні реакції також сприяють збільшенню бактеріального навантаження. Можна припустити, що для того, щоб з'явилися симптоми загострення, має бути мінімальне бактеріальне навантаження в дихальних шляхах, тобто поріг, вище якого

запальна реакція є досить тяжкою та може викликати клінічні симптоми загострення. Цей поріг може змінюватися від пацієнта до пацієнта через різні змінні фактори. Деякі з цих факторів можуть бути факторами ризику рецидиву (похилий вік, порушення функції легень, супутні захворювання або часті загострення в минулому).

• Хоча це і не доведено, дуже ймовірно, що відповідне лікування окремих пацієнтів більш ефективними антибіотиками дійсно може зменшити кількість госпіталізацій і витрати на лікування. Раннє агресивне лікування загострень амбулаторно сприяє зниженню ризику госпіталізацій, у результаті чого зменшуються використання антибіотиків при госпіталізації та можливість появи резистентності.

Положення доказів

• Бактеріальна інфекція призводить до тяжких загострень ХОЗЛ (Sethi et al., 2002).

• РКД (стратифіковані на використання стероїдів), які порівнювали хінолони зі стандартним лікуванням антибіотиками (наприклад, амоксициліном, кларитроміцином або цефуроксимом у дозі 250 мг 2 р/добу протягом 7 днів) (Wilson et al., 2002, 2004) показали більш швидке купірування симптомів, менші невдачі лікування, меншу потребу в додаткових антибіотиках і меншу частоту рецидивів загострень у наступні 6 міс у пацієнтів, які отримували хінолони. Ці клінічно значущі результати свідчать про перевагу хінолонів.

• Антибіотики є ефективними у хворих із загостренням ХОЗЛ і симптомами бактеріальної інфекції (Allegra et al., 2001; Anthonisen et al., 1987; Noura et al., 2001; Saint et al., 1995).

• Аналіз мокротиння не рекомендується для визначення бактеріальної інфекції при амбулаторному лікуванні загострення ХОЗЛ (NICE, 2004).

• Гнійний характер мокротиння або збільшення його продукції, яке супроводжується посиленням задишки, вказує на чутливість до антибактеріальної терапії (Anthonisen et al., 1987; Stockley et al., 2000).

• У пацієнтів із тяжким загостренням більш імовірно виникнення резистентності до антибіотиків та найгірший результат загострення (Martinez et al., 2005; Miravittles et al., 2001; O'Donnell et al., 2003). Вихідні характеристики пацієнтів, такі як ступінь задишки, супутня ішемічна хвороба серця, і кількість попередніх загострень респіраторних захворювань тісно пов'язані з підвищеним ризиком рецидиву після амбулаторного лікування загострень (Miravittles et al., 2001).

• Систематичний огляд 11 РКД (n=917), який оцінював вартість антибіотиків при лікуванні тяжких загострень ХОЗЛ (період дослідження – 1966–2005 рр.), показав, що при лікуванні антибіотиками (незалежно від вибору) загострення ХОЗЛ, що супроводжується сильним кашлем і гнійним мокротинням, відмічалось зниження ризику короткострокової смертності на 77%, невдачі лікування на 53%, гнійного мокротиння на 44%; можливе незначне підвищення ризику розвитку діареї. Антибіотики не покращували рівень газів артеріальної крові і піковий потік. Ці результати слід інтерпретувати з обережністю у зв'язку з відмінностями у відборі пацієнтів, виборі антибіотиків, невеликою кількістю включених досліджень, а також недостатнім контролем заходів, що впливають на результат, таких як використання системних кортикостероїдів та вентиляція легень. Разом з тим цей огляд свідчить про доцільність застосування антибіотиків у пацієнтів з ХОЗЛ з посиленням кашлю і гнійним мокротинням, які мають помірні або значні прояви хвороби (Ram et al., 2006).

• У клінічному дослідженні взяло участь 369 пацієнтів із популяції, які мали потребу у проведенні лікування (187 осіб отримували левофлоксацин, 182 – амоксицилін/клавуланат). 175 пацієнтів були мікробіологічно чутливими, із них 86 отримували левофлоксацин, а 89 – амоксицилін/клавуланат). У процесі лікування більшість мікробіологічно чутливих пацієнтів, які приймали левофлоксацин, мали гнійний характер мокротиння (57,5 проти 35,6%; p<0,006), виділення мокротиння (65,4 проти 45,3%; p<0,013) і кашель (60,0 проти 44,0%; p<0,045) порівняно з групою пацієнтів, які отримували амоксицилін/клавуланат. Однак ніяких істотних відмінностей між групами після лікування не спостерігалось (Grossman et al., 2006).

• РКД MOSAIC рандомізувало хворих із загостренням ХОЗЛ на групи застосування моксифлоксацину та трьох інших стандартних схем лікування антибіотиками. Подальший пошуковий аналіз проводився з метою виявлення прогностичних факторів коротко- і довгострокових клінічних результатів. Пацієнти були оцінені через 7-10 днів після лікування, а потім щомісячно до нового загострення хронічного бронхіту або на термін до 9 міс. Лікування моксифлоксацином мало позитивний вплив на клінічне одужання (співвідношення шансів – СШ – 1,49; 95% ДІ 1,08-2,04), водночас наявність серцевих захворювань (СШ 0,59; 95% ДІ 0,38-0,90), ОФВ₁ <50% від належного (СШ 0,48; 95% ДІ 0,35-0,67) і >4 загострень у попередньому році (СШ 0,68; 95% ДІ 0,48-0,97) вказувало на гірший результат. Лікування моксифлоксацином мало позитивний клінічний ефект (СШ 1,57; 95% ДІ 1,03-2,41) (Wilson et al., 2006).

Коментар робочої групи

Для попередження формування стійкості до фторхінолонів ВООЗ не рекомендує їх широке використання у схемах лікування неспецифічних захворювань легень у зв'язку з поширенням у світі випадків мультирезистентного туберкульозу, тому що вибір антибактеріальних лікарських засобів, які застосовують у лікуванні цієї категорії пацієнтів, значно обмежені, а фторхінолони є обов'язковою складовою лікування мультирезистентного туберкульозу.

Таблиця рівня доказів

№ з/п	Доказ	Джерело	Якість доказу	Загальна якість	Ступінь рекомендацій
1	Визначення симптомів, які можуть свідчити про наявність бактеріальної інфекції	Anthonisen et al., 1987 Stockley et al., 2000	I	Хороша	A
2	У пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, які мають принаймні 2 наведених нижче прояви, швидше за все антибактеріальна терапія буде ефективною: • збільшення гнійного мокротиння; • збільшення об'єму мокротиння; • посилення задишки	Anthonisen et al., 1987 Ram et al., 2006	I	Хороша	A
3	Аналіз мокротиння не рекомендується для визначення бактеріальної інфекції при амбулаторному лікуванні загострення ХОЗЛ	ATS/ERS, 2004 NICE, 2004	III	Хороша	D
4	Рекомендовано проведення антибактеріальної терапії у пацієнтів із тяжким загостренням ХОЗЛ та симптомами бактеріальної інфекції	Allegra et al., 2001 Anthonisen et al., 1987 Noura et al., 2001 Ram et al., 2006 Saint et al., 1995	I	Хороша	A
5	Вибір антибіотика має базуватися на місцевій бактеріальній чутливості	ATS/ERS, 2004 Grossman et al., 2006 NICE, 2004	I	Погана	C
6	Стратифікувати пацієнтів слід відповідно до тяжкості стану для вибору антибактеріальної терапії	Martinez et al., 2005 Miravittles et al., 2001 O'Donnell et al., 2003	I	Погана	B
7	При неускладненому загостренні призначають доксицилін, триметоприм/сульфаметоксазол, цефалоспорини II-III покоління, макроліди широкого спектра дії	ATS/ERS, 2004 NICE, 2004	III	Погана	C
8	При ускладненому загостренні призначають β-лактамі антибіотики, фторхінолони	Martinez et al., 2005 Wilson et al., 2002, 2004, 2006	I	Погана	B

В Україні для початкового емпіричного лікування повинні застосовуватися амінопеніциліни, у тому числі захищені, макроліди (азитроміцин або кларитроміцин), цефалоспорини II покоління. При проведенні емпіричного лікування антибіотиками лікар повинен ураховувати перелік можливих найбільш поширених збудників, кількість попередніх загострень (за рік), попередній прийом антибіотиків, показники функції зовнішнього дихання, супутні захворювання. Фторхінолони повинні залишатися препаратами резерву в лікуванні загострень ХОЗЛ. Доксицилін та триметоприм/сульфаметоксазол не мають широкого застосування для лікування гнійних загострень ХОЗЛ.

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R156	Антибіотики повинні використовуватися в лікуванні загострення ХОЗЛ у разі виділення гнійного мокротиння	A
R157	Пацієнтам при загостренні захворювання без виділення гнійного мокротиння не потрібно призначати антибіотики за винятком тих випадків, коли на рентгенограмі грудної клітки є затемнення або клінічні ознаки пневмонії	B
R158	Для початкового емпіричного лікування слід застосовувати амінопеніциліни, макроліди або тетрацикліни. При проведенні емпіричного лікування антибіотиками лікар завжди повинен ураховувати дані настанови, виданої вітчизняними мікробіологами	D
R159	Якщо мокротиння було направлено для посіву, правильність застосування антибіотика підтверджується шляхом визначення чутливості висіяної культури до антибіотиків	D

Теofilін та інші метилксантини

Теofilіни, які мають бронходилатуючий ефект, також можуть застосовуватися при лікуванні загострення ХОЗЛ.

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)

Метилксантини (внутрішньовенно) є препаратами другого ряду, застосовуються лише в окремих випадках, коли інгаляційні бронходилататори короткої дії неефективні (рівень доказів B). Побічні ефекти метилксантинів значні, а їх вплив на функцію дихання та клінічні ознаки обмежений та су-перечливий.

NICE 101. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care. June 2010

Рекомендації

№ з/п	Рекомендація	Ступінь рекомендацій
R160	Внутрішньовенно теofilіни повинні використовуватися тільки як допоміжне лікування при загостренні ХОЗЛ у разі відсутності реакції на небулізовані бронходилататори	D
R161	Необхідно бути обережними при внутрішньовенному введенні теofilіну через його взаємодію з іншими лікарськими засобами і потенційну токсичність, якщо пацієнт приймає теofilін для перорального застосування	D
R162	Рівень теofilінів слід перевіряти протягом 24 год від початку лікування, потім – за потребою, залежно від стану пацієнта	D

Коментар робочої групи

В Україні на сьогодні відсутня можливість моніторингу концентрації теofilіну в сироватці крові.

Далі буде.

Оптимизация лечения острого риносинусита в современных условиях

Согласно данным Министерства здравоохранения Украины, в последние годы в структуре заболеваемости населения нашей страны доминируют болезни органов дыхания. Лидерами, безусловно, являются инфекции дыхательных путей (ИДП). Почти 90% всех ИДП составляет патология верхних дыхательных путей (ВДП). Наиболее распространенная нозология в практике семейного врача – риносинусит (РС).

Основными зарубежными источниками, в которых представлены современная информация о критериях установления диагноза, методах лечения, а также данные о распространенности РС, являются документ EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012), клинические рекомендации IDSA (Infectious Diseases Society of America, 2012) и клинические рекомендации CFF (Canadian Family Physician, 2013).

! РС чаще развивается у лиц с наличием факторов риска, таких как частые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ); аллергический ринит; носовые полипы или аномалии носовой перегородки; аденоиды; гипотиреоз; муковисцидоз; синдром Картагенера (генетическое заболевание, при котором ухудшается функция ресничек слизистых оболочек дыхательных путей); сахарный диабет; травмы головы; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; СПИД и другие заболевания иммунной системы; прием системных стероидов; особенности образа жизни (курение, использование наркотических смесей, в частности кокаина).

Острый РС характеризуется наличием ≥ 2 симптомов, обязательным из них является заложенность носа или наличие выделений из него или по задней стенке глотки, а дополнительными признаками – боль или давление в области лица и гипосмия/аносмия. Для данного заболевания типична сезонность – повышение заболеваемости в осенне-зимний и весенний периоды и относительная стабильность летом. Считается, что дети переносят в среднем 10 эпизодов острого РС в год, взрослые – 2-3 эпизода. Пусковым механизмом заболевания является, как правило, вирусная инфекция. У взрослых вирусный РС переходит в бактериальный в 2% случаев, но у детей это происходит гораздо чаще (10%). Максимальная заболеваемость приходится на возраст 45-74 года, при этом острый РС приблизительно в 1,9 раз чаще отмечается у женщин.

Под хроническим РС подразумевают воспаление слизистой оболочки полости носа с распространением на околоносовые пазухи, которое сохраняется в течение 12 нед и более.

К основным возбудителям РС относят риновирус (15%), вирус гриппа (5%), вирус парагриппа (3%). Среди бактериальных патогенов наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae* (31%), *Haemophilus influenzae* (21%), *Moraxella catarrhalis* (8%), анаэробы (6%), *Staphylococcus aureus* (4%), *S. pyogenes* (2%), грамотрицательная флора (9%). Сочетание *S. pneumoniae* и *H. influenzae* выявляют в 5% случаев.

Возбудитель, проникая в дыхательные пути, в первую очередь действует на мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух, в результате чего эпителиальные клетки становятся рыхлыми, теряют реснички, ухудшается мукоцилиарный клиренс и происходит скопление серозного экссудата в просвете синусов. Также развивается отек слизистой оболочки и, как следствие, нарушение аэрации синусов. Длительное течение такого состояния может приводить к бактериальному инфицированию околоносовых пазух. В данной ситуации важно вовремя назначить терапию, которая будет эффективна и безопасна для пациента.

Клинические проявления РС – заложенность носа, обильные выделения, боль, нарушение обоняния. У детей РС часто сопровождается кашлем. Диагноз острого РС верифицируют при длительности симптомов 10 дней или, если состояние больного ухудшается, через 5 дней.

Диагноз считается правомочным при наличии не менее 2 основных или 1 основного и не менее 2 дополнительных симптомов (табл. 1).

По течению РС классифицируют на острый, хронический и рецидивирующий. Острый РС – это острое воспаление слизистой оболочки околоносовых синусов, протекающее менее 12 нед, которое заканчивается полным восстановлением слизистой

оболочки и выздоровлением пациента. Острый РС классифицируют по степени тяжести. Одним из вариантов ее определения является визуально-аналоговая шкала (ВАШ), имеющая градации от 0 до 10 см.

Пациента просят показать на ВАШ, как сильно его беспокоят симптомы РС (градация от «не беспокоят совсем» до «беспокоят настолько сильно, насколько можно себе представить»). РС легкой степени по шкале ВАШ соответствуют показатели от 0 до 3 см, РС средней степени тяжести – 3-7 см, тяжелому течению РС – 7-10 см.

Наиболее рациональной для семейного врача можно считать классификацию, которую предложили Е.П. Карпова и Д.А. Тулулов (2012) (табл. 2).

Рецидивирующий РС характеризуется наличием от 1 до 4 эпизодов острого РС в год. Периоды между обострениями длятся не менее 8 нед, в это время симптомы заболевания отсутствуют. Хронический РС – это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух, длящееся свыше 12 нед и заканчивающееся структурной перестройкой слизистой оболочки. Хронический РС чаще развивается у пациентов с нарушенным мукоцилиарным транспортом и аномалиями строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта. Так, наличие ≥ 2 соустьев верхнечелюстных пазух создает условия для заброса слизи из носовых ходов обратно в пазуху, что повышает риск инфицирования.

Для подтверждения диагноза используют ряд дополнительных методов исследования. Одним из базовых методов является риноскопия, при которой выявляют выделения водянистого слизистого или слизисто-гнойного характера; слизистая оболочка набухшая или отечная, гиперемирована, иногда с корочками, возможны фибриновые налеты.

У пациентов с РС также можно провести исследование мукоцилиарного транспорта.

В клинической практике наиболее широко применяют исследование с измерением времени, за которое маркер (уголь, кармин, тушь) перемещается из передних отделов полости носа в носовую часть глотки. Значительное распространение получил сахаринный тест (в силу простоты маркера). Показатели сахаринного времени у здоровых лиц могут варьировать от 1 до 20 мин, составляя в среднем 6 мин. Однако эти показатели весьма условны. При необходимости производят рентгенологическое исследование.

Более чувствительными методами инструментальной диагностики являются компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография. КТ рекомендуется при острых синуситах в случае высокого риска развития осложнений в глубоких скрытых воздушных камерах. На КТ можно определить более четкую локализацию воспалительного процесса, выявить некоторые особенности анатомического строения полости околоносовых пазух и носа или деформации, которые не видны на рентгенограммах. МРТ имеет сопоставимую с таковой КТ эффективность в отношении визуализации придаточных пазух, но при этом является более дорогостоящим методом диагностики. МРТ целесообразно проводить для исключения грибковых синуситов и с целью диагностики злокачественных опухолей и внутричерепных осложнений. Для визуализации верхнечелюстной и лобной пазух при подозрении на кистозно-полипозные РС проводят ультразвуковое исследование (УЗИ). Современные стандарты ведения пациентов с РС не рекомендуют использовать КТ, рентгенологическое исследование и УЗИ при неосложненных формах РС.

В недавно опубликованных рекомендациях EPOS (2012) определен алгоритм ведения пациентов с РС в зависимости от степени тяжести заболевания.

! Алгоритм ведения взрослых пациентов с острым РС для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля следующий (рис.).

1. Диагноз основывается на клинических проявлениях, лучевая диагностика при острых РС не рекомендуется.

2. Клинически острый РС характеризуется внезапным появлением ≥ 2 симптомов, один из которых представляет собой заложенность носа / затрудненное носовое дыхание или выделения из носа (наружу / в носовую часть глотки), боль/давление в области лица, снижение или потерю обоняния; проявления сохраняются менее 12 нед.

3. Из обследований рекомендованы:

- передняя риноскопия (выявляются отечность, гиперемия, гной в носовых ходах);
- рентгенография/КТ не рекомендуются, за исключением следующих ситуаций:
 - тяжело протекающее заболевание;
 - наличие иммунодефицитных состояний;
 - признаки развивающихся осложнений.

Таблица 1. Критерии установления диагноза РС

Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Гнойные выделения из полости носа Затекание по задней стенке глотки Заложенность носа Чувство распирания, давления или боль в области лица Снижение обоняния (гипосмия) или anosmia Лихорадка	Головная боль Боль, чувство давления или распирания в ухе Неприятный запах изо рта (галитоз) Боль в области зубов Кашель Утомляемость

Таблица 2. Классификация острого РС по степени тяжести клинического течения (Е.П. Карпова, Д.А. Тулулов)

Легкая степень	Среднетяжелая степень	Тяжелая степень
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие лихорадочной реакции • Умеренно выраженные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневную активность, ежедневную деятельность) • Отсутствие головной боли и боли в проекции околоносовых пазух • Отсутствие осложнений 	<ul style="list-style-type: none"> • Температура тела не выше 38,0 °С • Выраженные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневную активность, ежедневную деятельность) • Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении или наклоне головы • Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) • Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений 	<ul style="list-style-type: none"> • Температура тела выше 38,0 °С • Выраженные или мучительные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневную активность, ежедневную деятельность) • Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовой пазухи • Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений

Таблица 3. Значимость терапевтических подходов при остром РС (EPOS, 2012)

Терапия	Значимость
Антибиотики	Да, при остром бактериальном РС
Топические ИГК	Да, в основном при поствирусном аллергическом РС
Добавление ИГК к антибиотикам, добавление пероральных ГК к антибиотикам	Да, при остром бактериальном РС
Промывание носа физиологическим раствором	Да
АГП + деконгестант	Да, при остром вирусном РС
Ипратропия бромид	При остром вирусном РС
Пробиотики	Для профилактики острого РС
Цинк, витамин С, эхинацея	Нет
Стандартизованные фитопрепараты, имеющие доказательную базу, НПВП, парацетамол	Да, при остром вирусном и поствирусном РС
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Нет
Паровые ингаляции	Нет
Кромогликат	Нет
Деконгестанты (монотерапия), муколитики	Нет

Примечания: ИГК – интраназальные глюкокортикоиды; ГК – глюкокортикоиды; АГП – антигистаминные препараты; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

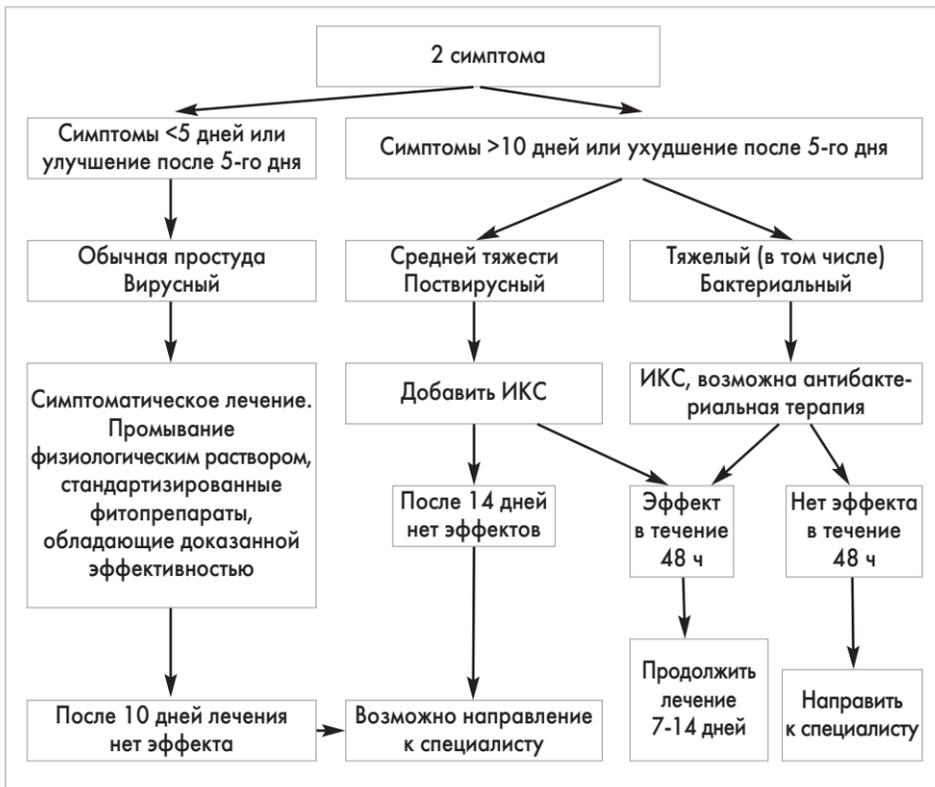


Рис. Алгоритм ведения пациентов с острым РС для врачей первичного звена

Дифференциальная диагностика вирусного и бактериального РС предполагает анализ клинической картины заболевания. Для установления диагноза «острый бактериальный РС» необходимо наличие 2 признаков:

- сохранение симптомов заболевания более 7-10 дней;
- появление второй волны симптомов после 5-го дня заболевания.

Считается, что золотым стандартом диагностики острого бактериального РС является выделение бактерий в высокой концентрации ($\geq 10^4$ КОЕ/мл) из клинического материала, полученного из синуса. Однако пункция придаточных пазух носа является инвазивной и достаточно травматичной процедурой, которая должна проводиться по строгим показаниям.

4. Заподозрить бактериальную природу РС можно, если у пациента присутствуют ≥ 3 симптома, таких как:

- бесцветные выделения (преимущественно с одной стороны) и гнойное содержимое в полости носа;
- выраженная боль в области лица (больше с одной стороны);
- лихорадка (температура тела $>38^\circ\text{C}$);
- повышение скорости оседания эритроцитов и/или уровня С-реактивного белка;
- наличие второй волны (ухудшение после завершения более легкой фазы заболевания).

Дискуссии о лечении острого РС длились долгое время. Сегодня существует единое мнение и очень четко обозначено место тех или иных препаратов в схеме лечения РС. Основная ошибка терапии пациентов с РС – назначение антибактериальных препаратов без установления бактериальной этиологии заболевания. В настоящее время все методы лечения РС детально проанализированы и представлены в EPOS (2012). Согласно данным рекомендациям, рациональность назначения ряда препаратов, ранее широко применявшихся при остром РС у взрослых, не нашла подтверждения (табл. 3).

Современные руководства по лечению острого бактериального РС (EPOS, 2012; IDSA, 2012) не рекомендуют использовать деконгестанты, АГП и синтетические муколитики при данном заболевании. Применение этих препаратов не только неэффективно, но также может привести к развитию нежелательных реакций. Результаты Кокрановского систематического обзора показали, что ИГК обеспечивают достоверное улучшение симптомов у пациентов с острым бактериальным РС по сравнению с плацебо (отношение шансов – 1,11; 95% доверительный интервал – 1,04-1,18). На основании этих данных ИГК рекомендованы в качестве средства симптоматической

терапии острого бактериального РС, особенно у пациентов с аллергическим ринитом в анамнезе. При тяжелых формах заболевания руководство EPOS (2012) рекомендует даже использование пероральных ГК коротким курсом с целью уменьшения выраженного воспаления и болевого синдрома. И, наконец, в руководстве IDSA (2012) указано, что промывание полости носа физиологическим или гипертоническим раствором натрия хлорида также может обеспечивать симптоматическое улучшение у взрослых пациентов с острым бактериальным РС.

Очень большой проблемой в терапии РС в странах Западной Европы является антибиотикорезистентность. Так, в Испании количество штаммов пневмококка, резистентных к пенициллинам, составляет 28%, к макролидам – 37%, к цефалоспорином – 39%. Аналогичные показатели во Франции составляют 27, 58 и 41% соответственно. В РФ, где системное назначение антибиотиков при острых РС применяется реже, показатели антибиотикорезистентности существенно ниже: пневмококки характеризуются высокой резистентностью лишь к двум антибиотикам – триметоприму/сульфаметоксазолу (32,4%) и тетрациклину (29,4%). Количество штаммов, устойчивых к пенициллину, составляет 7,4%, к макролидам (азитромицину и кларитромицину) – 1,5%. Высокая чувствительность наблюдается к амоксициллину, цефотаксиму, цефепиму и моксифлоксацину.

К факторам риска развития антибиотикорезистентности относятся:

- распространенность инвазивных штаммов пенициллинрезистентных пневмококков $>10\%$;
- возраст >65 лет, организованные коллективы;
- госпитализация в предшествующие 5 сут;
- сопутствующие заболевания или иммунодефицитные состояния.

Следует подчеркнуть, что как сами пациенты, так и врачи, нерационально назначив антибиотик, усугубляют неблагоприятную ситуацию относительно устойчивости к антибактериальным средствам. Применение антибиотикотерапии рекомендовано только при наличии строгих показаний. Но существуют и другие альтернативные методы лечения.

При остром вирусном и поствирусном РС свои позиции удерживает фитотерапия. Предпочтение рекомендуется отдавать средствам, стандартизованным по содержанию ключевых биологически активных веществ, входящих в состав растений, что гарантирует эффективность и безопасность терапии. К таким фитопрепаратам относится Синупрет® производства компании «Бионорика СЕ» (Германия),

которая давно и успешно работает на отечественном фармацевтическом рынке. Наши врачи уже ознакомлены со свойствами Синупрета, заслуженно выделяют его среди других средств лечения РС.

Широкий спектр действия препарата Синупрет® обусловлен уникальной комбинацией 5 лекарственных растений. В его состав входят стандартизованные фитокомпоненты первоцвета (*Primula veris*), горечавки желтой (*Gentiana lutea*), бузины черной (*Sambucus nigra*), шавеля (*Rumex*), вербены (*Verbena officinalis*). Синергизм растительных компонентов обуславливает выраженные секретолитический и секретомоторный эффекты препарата, которые реализуются за счет повышения секреции ионов хлора в золь-фазе секрета слизистых оболочек. Это приводит к регидратации золя, реактивации мукоцилиарного транспорта при сохранении защитных свойств фазы золя (нарушаемой при применении синтетических секретолитиков, например ацетилцистеина). Выраженный противовоспалительный эффект, иммуномодулирующая и противовирусная активность Синупрета реализуются как за счет прямого противовирусного действия флавоноидов, содержащихся в экстрактах примулы и вербены, так и благодаря увеличению продукции интерферонов. Таким образом, подбор активных веществ, гармонично дополняющих друг друга, обеспечивает высокую эффективность Синупрета в лечении РС.

Применение препарата Синупрет® в комплексной терапии острого РС позволяет:

- быстрее достичь регресса клинических симптомов и облегчить течение заболевания;
- значительно снизить риск развития осложнений, включая гнойные процессы;
- улучшить качество жизни пациентов, повысить их социальную и физическую активность, а также трудоспособность.

Эффективность применения Синупрета подтверждена объективными данными многочисленных клинических исследований, проведенных как в Европейском Союзе, так и в государствах постсоветского пространства.

За период с 1994 по 2012 г. было проведено более 200 локальных и 5 рандомизированных двойных слепых плацебо контролируемых исследований, отвечающих международным стандартам GCP. Во всех работах применение Синупрета – как в монотерапии, так и в сочетании с другими лекарственными средствами – способствовало существенному ускорению ликвидации основных симптомов заболевания, сокращению сроков выздоровления и профилактики осложнений.

В современных условиях немаловажно наличие положительного опыта применения Синупрета у беременных. В 1992-1997 гг. с целью оценки безопасности препарата в Германии был проведен общенациональный ретроспективный анализ женщин, которые в период беременности принимали Синупрет® по крайней мере в течение 24 ч. Никаких доказательств возможного тератогенного и/или эмбриотоксического действия получено не было. Следовательно, наряду с высокой эффективностью препарат обладает еще и хорошей переносимостью.

Учитывая широкий спектр фармакологического действия, эффективность, доказанную в ходе клинических исследований, а также хорошую безопасность, Синупрет® можно рассматривать как средство базисной терапии острого РС. В зависимости от формы и тяжести заболевания следует выбрать соответствующую стратегию – назначить препарат в монотерапии или в сочетании с другими лекарственными средствами.

Список литературы находится в редакции.

Bionorica®

Нежить? Синусит?
Синупрет®

- усуває нежить¹
- полегшує носове дихання²
- запобігає ускладненням³

Розкриваючи силу рослин

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). Спосіб застосування та дози: Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. Протипоказання: Пам'ятати про індивідуальну чутливість до компонентів препарату. Особливості застосування: При дотриманні режиму дозування і відсутності контролю препарат не має застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: Неможливо спостерігати алергічні реакції, розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітин, Л.Кривинко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітин, Л.Кривинко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЖ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Додаткова застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Клюшнікова), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 24-26.

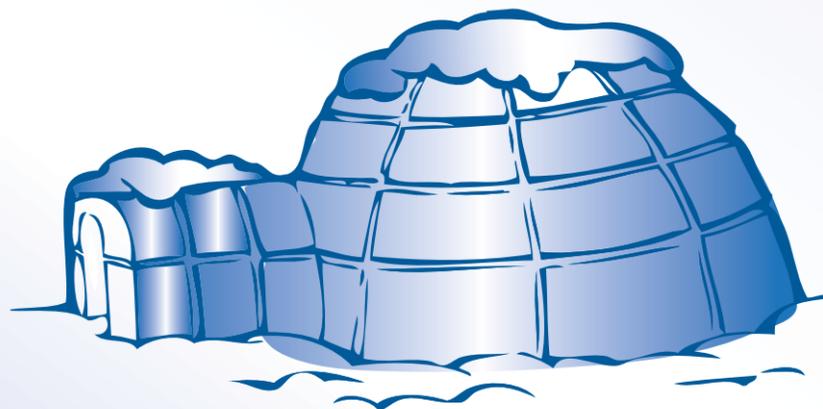
Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/02/01 від 01.09.10. Синупрет® форте: Р.П. №UA/4373/04/01 від 01.09.10.
Синупрет® краплі: Р.П. №UA/4373/02/01 від 18.05.11. Синупрет® таблетки: Р.П. №UA/4373/01/01 від 20.04.11.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Книжний Замок, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.
Для розповсюдження у спеціалізованих видавництвах, призначених для надання інформації та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах і медичній тематиці. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Cefpodoxime Proxetil

Цефодокс

Дружній,
завдяки технології Prodrug*



* Проліки

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФОДОКС

Склад: 5 мл суспензії містять цефподоксиму (у формі проксетилу) 50 мг або 100 мг; 1 таблетка містить цефподоксиму (у формі проксетилу) 100 мг або 200 мг. Лікарська форма: порошок для оральної суспензії, таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група: протимікробні засоби для системного застосування, інші β-лактамі антибіотики, цефалоспорины III покоління. Код АТС J01D D13. Показання: інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: ЛОР-органів (включаючи гострий середній отит, синусит, тонзиліт, фарингіт); Цефодокс слід призначати для лікування хронічних або рецидивуючих інфекцій, а також у випадках відомої або підозрюваної нечутливості збудника до широкозастосовуваних антибіотиків; дихальних шляхів (включаючи пневмонію, гострий бронхіт або бронхіоліт, ускладнений бактеріальною суперінфекцією або загострення хронічного бронхіту); 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 цефалоспоринових, пеніцилінів, дитячий вік до 5 місяців (суспензія) або до 12 років (таблетки); суспензія: спадкова непереносимість галактози, дефіцитом лактази або синдром мальабсорбції глюкози/галактози. Спосіб застосування та дози: слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Термін лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Дітям віком від 5 місяців до 12 років призначають у дозі 10 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати у два 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: Інфекції ЛОР-органів: синусит - 200 мг двічі на добу, інші інфекції (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 сечовивідних шляхів: верхніх (гострий пієлонефрит) - 200 мг двічі на добу; нижніх (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. Побічні реакції: рідко – суперінфекція, спричинена деякими грибами роду Candida, нечутливими до цефподоксиму, еозиніфілія, гіперчутливість, анафілактичні реакції, зневоднення, подагра, периферійний набряк, збільшення маси тіла, міальгія, вертиго, астма, кашель, носова кровотеча, риніт, свистяче дихання, бронхіт, ядуха, плевральний випіт, пневмонія, синусит, діарея, відчуття спраги, тенезми, здуття живота, блювання, диспепсія, сухість у роті, зменшення апетиту, запор, кандидозний стоматит, анорексія, відрижка, гастрит, виразки у роті, псевдомембранозний коліт, холестатичне ураження печінки, 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, гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, дизурія, часті сечовиділення, протеїнурія, вагінальний кандидоз, застійна серцева недостатність, мігрень, прискорене серцебиття, вазодилатація, гематома, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, порушення смакових відчуттів, подразнення очей, шум у вухах, дискомфорт, втомиюваність, астенія, медикаментозна гарячка, біль у грудях (біль може віддавати у поперець), гарячка, генералізований біль, мікробіологічне дослідження, кандидоз, абсцес, алергічна реакція, набряк обличчя, бактеріальні інфекції, паразитарні інфекції, підвищення показників функціональних печінкових тестів АсАТ, АлАТ, рівня лужної фосфатази, білірубину, сечовини і креатиніну, псевдопозитивна реакція Кумбса; дуже рідко – коліт, пов'язаний із застосуванням антибіотиків, лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, агранулоцитоз, зниження концентрації гемоглобіну, гемолітична анемія, дуже рідко – запаморочення, безсоння, сонливість, невроз, роздратованість, нервозність, незвичні сновидіння, погіршення зору, сплутаність свідомості, нічні жахи, парестезія; нечасто – цефалгія, біль у животі, нудота.

Р.н.: №UA/4152/01/01, №UA/4152/02/01, №UA/4152/01/02, №UA/4152/02/02

 **МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

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

Профилактическое назначение оральных цефалоспоринов у пациентов с нейтропенией

Антибиотикопрофилактика (АБП) у пациентов с нейтропенией способна снижать частоту инфекций, а также количество и длительность госпитализаций. Согласно рекомендациям Американского общества инфекционистов (IDSA), у больных с высоким риском развития инфекций после химиотерапии в качестве АБП следует рассматривать назначение фторхинолонов (ФХ). Однако применение ФХ ассоциируется с возникновением ряда нежелательных событий, а также может повышать уровень устойчивости к антибиотикам грамотрицательных микроорганизмов, включая *Clostridium difficile* и ванкомицинрезистентные штаммы *Enterococcus* spp. При этом альтернативные подходы к АБП у пациентов с непереносимостью ФХ недостаточно изучены. **Целью** данного исследования было проанализировать возможность применения орального цефподоксима в качестве альтернативы ФХ у пациентов с нейтропенией.

Методы. В ходе данного моноцентрового исследования цефподоксим назначался в качестве альтернативы ФХ с целью АБП при наличии нейтропении, ассоциированной с проведением химиотерапии. Проанализированы данные электронных медицинских карт 41 пациента со злокачественными опухолями кроветворной и лимфатической ткани. Полученные данные предоставляют ретроспективную оценку роли оральных цефалоспоринов в АБП у пациентов с нейтропенией.

Результаты. Количество пациентов с фебрильной нейтропенией составило 85%, а доля микробиологически подтвержденных инфекций – 60%. Грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы были обнаружены в 52 и 40% позитивных культур соответственно. При инфекциях после вакцинации не было выявлено случаев антибиотикорезистентности к рекомендованным эмпирическим схемам терапии.

Выводы. Цефподоксим может использоваться в качестве профилактической антибиотикотерапии. Применение цефподоксима не приводит к развитию резистентности к антибиотикам широкого спектра действия и характеризуется высокой степенью соответствия рекомендованным эмпирическим схемам лечения. Результаты настоящего исследования предлагают альтернативный подход к АБП у пациентов с нейтропенией.

Wojenski D.J. et al. Cefpodoxime for antimicrobial prophylaxis in neutropenia: a retrospective case series. *Clin Ther.* 2014 Jun 1; 36 (6): 976-981.

Эффективность и безопасность цефподоксима по сравнению с ципрофлоксацином у пациентов с обострением хронического гнойного среднего отита

Целью данного исследования было сравнить эффективность и безопасность цефподоксима и ципрофлоксацина у пациентов с обострением хронического гнойного среднего отита (ХГСО).

Методы. В ходе исследования выполнен скрининг пациентов взрослого возраста с диагностированным обострением ХГСО. Пациенты, соответствующие критериям включения, были рандомизированы на 2 группы для получения цефподоксима в дозе 200 мг 2 р/сут или ципрофлоксацина 500 мг 2 р/сут. Оба антибиотика назначались перорально курсом 7 дней. Первичной конечной точкой исследования был уровень клинического улучшения на 14-й день. В качестве вторичной конечной точки рассматривалась частота неблагоприятных событий. В исследовании приняли участие 46 пациентов, по 23 в каждой терапевтической группе.

Результаты. При назначении цефподоксима и ципрофлоксацина уровни клинической эффективности составили 95,6 и 90,9% соответственно. Показатели эффективности терапии в обеих группах оказались сопоставимыми. Кроме того, в обеих группах регистрировалось небольшое количество незначительных и нестойких неблагоприятных событий. Профиль переносимости был высоким как для цефподоксима, так и для ципрофлоксацина.

Выводы. Результаты исследования показали, что у пациентов с обострением ХГСО эффективность

и безопасность 7-дневного курса лечения цефподоксимом сопоставимы с таковыми при назначении ципрофлоксацина.

Ghosh A. et al. Comparison of the effectiveness and safety of cefpodoxime and ciprofloxacin in acute exacerbation of chronic suppurative otitis media: A randomized, open-labeled, phase IV clinical trial. *J Pharmacol Pharmacother.* 2012 Oct; 3 (4): 320-324.

Применение ингаляционных антибиотиков при бронхоэктатической болезни, не ассоциированной с муковисцидозом

Целью данного метаанализа было изучить эффективность и безопасность длительного применения ингаляционных антибиотиков у пациентов с бронхоэктатической болезнью, не ассоциированной с муковисцидозом.

Методы. В электронных базах данных выполнен поиск исследований, опубликованных до 20 марта 2014 г. Проведен анализ снижения бактериальной плотности и эрадикации *Pseudomonas aeruginosa* в мокроте, риска обострений и других клинических исходов, связанных с ингаляционной терапией.

Результаты. В метаанализ были включены 8 рандомизированных контролируемых исследований, в которых приняли участие 539 пациентов. Долгосрочная ингаляционная антибиотикотерапия приводила к очевидному снижению бактериальной плотности в мокроте (ВРС=2,85; 95% ДИ 1,6-4,09; $p < 0,00001$) и повышению эрадикации *P. aeruginosa* (отношение шансов – ОШ – 6,6; 95% ДИ 2,93-14,86; $p < 0,00001$). При этом повышение риска выделения резистентной *P. aeruginosa* не наблюдалось. Кроме того, проведение ингаляционной терапии способствовало уменьшению количества пациентов с обострениями (ОШ 0,46; 95% ДИ 0,21-1,00; $p = 0,05$). Однако у больных, получающих ингаляционные антибиотики, чаще отмечались эпизоды свистящего дыхания (ОШ 6,74; 95% ДИ 2,22-20,52; $p = 0,0008$) и бронхоспазма (ОШ 2,84; 95% ДИ 1,11-7,25; $p = 0,03$).

Выводы. У пациентов с бронхоэктатической болезнью, не ассоциированной с муковисцидозом, долгосрочная ингаляционная антибиотикотерапия может эффективно снижать бактериальную плотность в мокроте и риск обострений, а также улучшать эрадикацию *P. aeruginosa* при повышении риска эпизодов свистящего дыхания и бронхоспазма.

Yang J.W. et al. Efficacy and safety of long-term inhaled antibiotic for patients with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a meta-analysis. *Clin Respir J.* 2015 Jan 26. doi: 10.1111/crj.12278.

Изучение стратегий эрадикации *P. aeruginosa* при муковисцидозе

У большинства лиц, подверженных муковисцидозу, развиваются инфекции дыхательных путей, вызванные *P. aeruginosa*. Хронизация инфекции *P. aeruginosa* приводит к повышению смертности, а эрадикация микроорганизма на данном этапе становится практически невозможной. Эрадикация при ранней инфекции *P. aeruginosa* представляет собой более простую задачу. **Целью** данного систематического обзора было выяснить, способна ли эрадикация *P. aeruginosa* на раннем этапе с помощью антибиотиков отсрочить развитие хронической инфекции и привести к клиническому улучшению у пациентов с муковисцидозом. Кроме того, целью обзора было определить, какая из стратегий антибиотикотерапии является более эффективной, и сравнить побочные эффекты различных режимов лечения, включая респираторные инфекции, вызванные другими микроорганизмами.

Методы. В обзор были включены рандомизированные контролируемые исследования, проведенные с участием пациентов с муковисцидозом с недавно выделенным *P. aeruginosa* в секрете дыхательных путей. В ходе обзора сравнивались комбинации ингаляционных, оральных и внутривенных антибиотиков с плацебо, стандартной терапией или другими комбинациями антибиотиков. Кроме того, в обзор включались нерандомизированные и перекрестные исследования, а также испытания с историческим контролем.

Результаты. В общей сложности было найдено 49 исследований. Семь испытаний ($n = 744$) длительностью

от 28 дней до 27 мес соответствовали установленным критериям. Результаты 3 исследований были получены 10 лет назад и могут быть менее применимы в настоящее время в связи с изменениями в стандартной терапии. В некоторых исследованиях отмечались ограниченное количество участников и относительно короткий период наблюдения. Однако в целом наблюдался низкий риск системной ошибки. В большинстве исследований зафиксированы трудности с маскированием участников и клиницистов при назначении внутривенной терапии и препаратов сравнения. Два испытания проводились при поддержке производителей используемых антибиотиков.

В 2 исследованиях была продемонстрирована более высокая частота микробиологической эрадикации в секрете дыхательных путей пациентов с ранней инфекцией *P. aeruginosa* через 2 мес терапии ингаляционным тобрамицином по сравнению с плацебо (ОШ 0,15; 95% ДИ 0,03-0,65). Причем данные одного из этих исследований с более длительным периодом наблюдения указывали на возможность сохранения такого эффекта в течение 12 мес.

В 1 рандомизированном контролируемом исследовании ($n = 26$) сравнивалось назначение орального ципрофлоксацина и ингаляционного колистина со стандартной терапией. Результаты 2-летнего наблюдения показали, что лечение ранней инфекции *P. aeruginosa* чаще приводило к микробиологической эрадикации по сравнению с отсутствием антисинегнойной терапии (ОШ 0,12; 95% ДИ 0,02-0,79).

В 1 исследовании среди 88 участников сравнивалась терапия с использованием небулизированного раствора тобрамицина длительностью 28 и 56 дней. Оба подхода оказались эффективными и хорошо переносились пациентами без заметного преимущества более длительной терапии.

Исследование комбинации ингаляционного колистина и орального ципрофлоксацина по сравнению с монотерапией небулизированным раствором тобрамицина ($n = 223$) не показало разницы между двумя стратегиями лечения, однако обладало сниженными возможностями для этого. Последующее испытание, в котором сравнивалась комбинация ингаляционного колистина и орального ципрофлоксацина с комбинацией небулизированного раствора тобрамицина и орального ципрофлоксацина, не продемонстрировало преимущества первой. Кроме того, в обеих группах наблюдалось повышение выделения *Stenotrophomonas maltophilia*.

В недавнем крупном исследовании с участием 306 детей в возрасте 1-12 лет сравнивалось циклическое назначение небулизированного раствора тобрамицина с терапией, основанной на лабораторном определении чувствительности, а также применение ципрофлоксацина с плацебо. Первоначальный анализ не выявил отличий во времени возникновения легочных обострений или в частоте выделения *P. aeruginosa*-позитивных культур. Анализ, проведенный в данном обзоре (без коррекции по возрасту), показал снижение выделения одного или более штаммов *P. aeruginosa* среди участников, получавших циклическую терапию (ОШ 0,51; 95% ДИ 0,31-0,28).

Выводы. Ингаляционные антибиотики, назначаемые в виде монотерапии или в комбинации с оральными антибиотиками, обладают преимуществами по сравнению с отсутствием терапии при ранней инфекции *P. aeruginosa*. Эрадикация может поддерживаться в течение 2 лет. В настоящее время наблюдается недостаточное количество данных для определения эффективности эрадикационной терапии при ранней инфекции *P. aeruginosa* в снижении заболеваемости и смертности, улучшении качества жизни, а также в отношении побочных эффектов данного подхода по сравнению со стандартной терапией и плацебо. В 4 исследованиях не было выявлено различий в эрадикации *P. aeruginosa* между двумя активными терапевтическими подходами. Кроме того, в настоящее время отсутствуют рандомизированные контролируемые исследования, посвященные эффективности внутривенных антибиотиков в эрадикации *P. aeruginosa* при муковисцидозе. Таким образом, в данном обзоре все еще недостаточно доказательств для определения того, какая из стратегий антибиотикотерапии должна использоваться для эрадикации ранней инфекции *P. aeruginosa* у пациентов с муковисцидозом.

Langton Hewer S.C., Smyth A.R. Antibiotic strategies for eradicating *Pseudomonas aeruginosa* in people with cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 10; 11: CD004197.

Подготовил Игорь Кравченко

Г.В. Дзяк, академик НАМН України, д.м.н., професор, А.М. Василенко, д.м.н., професор, В.А. Потабашний, д.м.н., професор, В.А. Василенко, к.м.н., доцент, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Лихорадка неясного генеза. Принципы диагностического поиска

Продолжение. Начало в № 2 (351).

В большинстве случаев причинами госпитальной лихорадки являются пневмония (70%), абдоминальная уроинфекция (20%) и раневая, ангиогенная инфекция (10%).

Наиболее частые возбудители:

- стафилококк эпидермальный, золотистый;
- грамотрицательные кишечные бактерии;
- синегнойная палочка;
- клостридии;
- туберкулезная палочка.

Туберкулез

Наиболее частые формы туберкулеза, сопровождающиеся ЛНГ:

- милиарный туберкулез легких;
- диссеминированные формы с наличием различных внелегочных осложнений (специфическое поражение периферических и мезентериальных лимфатических узлов, серозных оболочек (перитонит, плеврит, перикардит), а также туберкулез печени, селезенки, урогенитального тракта, позвоночника).

Nota bene! Рентгенологические исследования не всегда дают возможность выявить милиарный туберкулез легких. Проведение туберкулиновых проб позволяет оценить лишь состояние клеточного иммунитета; они могут быть отрицательными у больных со сниженной защитной функцией (у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, пациентов пожилого возраста и больных, получающих глюкокортикоидную терапию).

При подозрении на наличие туберкулеза необходимы микробиологическая верификация, тщательное исследование различных биологических материалов (мокроты по методике DOTS, бронхоальвеолярной жидкости, полостных эксудатов и др.), а также промывание желудка.

Одним из наиболее достоверных методов идентификации микобактерий является полимеразная цепная реакция — данный метод обладает 100% специфичностью.

При подозрении на диссеминированные формы туберкулеза рекомендуется проведение офтальмоскопии для выявления туберкулезного хориоретинита.

Ключевыми в определении направления диагностического поиска могут быть выявление в селезенке кальцинатов; морфологические изменения органов и тканей (лимфатические узлы печени и др.). Оправданным подходом в случае обоснованного подозрения на туберкулез считают пробное лечение туберкулостатическими препаратами. Не следует использовать аминогликозиды, рифампицин и фторхинолоны. При неясности диагноза и подозрении на туберкулез больным с ЛНГ не рекомендуется назначать глюкокортикоиды из-за опасности генерализации специфического процесса и высокого риска его прогрессирования.

Абсцессы

Основными причинами лихорадки в хирургической практике признаны абсцессы брюшной полости и таза (поддиафрагмальный, подпеченочный, внутripеченочный, межкишечный, внутрикишечный, тубоовариальный, паранефральный).

Note bene! Поддиафрагмальный абсцесс может развиваться у больного через 3-6 мес после оперативного вмешательства в брюшной полости.

При подозрении на поддиафрагмальный абсцесс следует обращать внимание на высокое стояние купола диафрагмы, а также на возможность возникновения плеврального выпота. Наличие плеврального выпота

не должно направлять диагностический поиск по ложному пути исключения легочной патологии.

Печеночные абсцессы

Печеночные абсцессы чаще возникают у больных пожилого возраста с инфекционной патологией билиарного тракта. Этиологическую роль имеют аэробная грамотрицательная флора, анаэробные бактерии и энтерококки, в частности клостридии. Характерные признаки печеночного абсцесса — лихорадка, озноб и неспецифические желудочно-кишечные симптомы.

Патология ЖКТ и гепатобилиарной системы

Наличие симптомов внутripеченочного холестаза, расширения внутripеченочных желчных протоков (по данным УЗИ органов брюшной полости) дает основания диагностировать холангиты. У отдельных пациентов с холангитом лихорадка имеет циклический характер, напоминающий лихорадку при малярии. Наблюдается умеренно выраженный диспепсический синдром. Лабораторно могут определяться признаки внутripеченочного холестаза.

Апостематозный нефрит следует заподозрить у больного с лихорадкой, мочевым синдромом низкой интенсивности, выраженной интоксикацией, увеличением размера почки, ограничением ее подвижности, болезненностью при пальпации в боку.

Основные факторы риска развития гнойных процессов в брюшной полости:

- оперативные вмешательства;
- травмы (ушибы) живота;
- заболевания кишечника (дивертикулит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона);
- заболевания желчевыводящих путей (холелитиаз и др.);
- тяжелые фоновые заболевания (сахарный диабет, хроническая алкогольная интоксикация, цирроз печени) или терапевтические режимы (лечение глюкокортикоидами), сопровождающиеся развитием иммунодефицита.

С целью своевременной диагностики гнойно-воспалительных процессов, локализующихся в брюшной полости, необходимо проведение повторного УЗИ (даже при отсутствии местной симптоматики), компьютерной томографии, лапароскопии, диагностической лапаротомии.

Диагностика бактериальных инфекционных заболеваний (сальмонеллеза, иерсиниоза, бруцеллеза, рожистого воспаления), вирусных инфекций (гепатитов В и С, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр) базируется на микробиологических и серологических методах исследования.

Бактериальная инфекция может локализоваться в чашечно-лоханочной системе почек при минимальных изменениях в моче.

Также наблюдались случаи холангита, холецистохолангиогепатита, при которых лихорадка была основным или единственным симптомом в дебюте заболевания.

Остеомиелит

Клиническая симптоматика остеомиелита чрезвычайно вариабельна — от незначительного дискомфорта при нагрузках, движениях до интенсивного болевого синдрома, существенно ограничивающего двигательную функцию. Травмы скелета в анамнезе позволяют предположить наличие остеомиелита. Следует также учитывать характер профессиональной деятельности пациентов, которая может быть связана с повышенным риском травм. При подозрении на наличие остеомиелита обязательны рентгенологическое исследование соответствующих участков

скелета и компьютерная томография, желательна магнитно-резонансная томография. Отрицательный результат рентгенологического исследования не всегда исключает остеомиелит.

Дивертикулит

Дивертикулит может быть обусловлен аэробными и анаэробными кишечными бактериями. Основные клинические проявления — дискомфорт или боль в левом нижнем квадранте живота. Лихорадка сочетается с интоксикацией, лейкоцитозом и часто — гипохромной анемией. Боль развивается постепенно, тупого характера, может быть постоянной или периодической, напоминать кишечную колику. Часто отмечаются запоры. При осмотре определяется болезненность по ходу инфильтрированной утолщенной стенки толстой кишки. Необходимо исключить опухоль толстого кишечника, тромбоз мезентериальных артерий, а также гинекологическую патологию.

Инфекционный мононуклеоз

Инфекционный мононуклеоз может протекать атипично и иметь затяжное течение при отсутствии измененных лимфоцитов и лимфаденопатии. Увеличение шейных лимфоузлов и размеров печени и селезенки кратковременное, часто не диагностируется семейным врачом. При подозрении на инфекционный мононуклеоз необходимо проведение в ранние сроки полимеразной цепной реакции для определения антител к вирусу Эпштейна-Барр.

Нейтропеническая лихорадка

Интенсивная химиотерапия, применяющаяся с целью лечения онкопатологии, ассоциируется с увеличением токсичности (прежде всего гематологической). Одним из наиболее тяжелых проявлений последней считается нейтропения и связанные с ней инфекционные осложнения. Инфекции, возникшие на фоне нейтропении, характеризуются рядом особенностей, в частности, быстро прогрессируют и в короткие сроки могут приводить к летальным исходам. В случае нейтропении не всегда обнаруживается тканевой очаг инфекции. Часто единственным признаком инфекционного процесса является ЛНГ. В 80% случаев лихорадку у больных с нейтропенией провоцирует инфекция, в 20% случаев гипертермия имеет неинфекционное происхождение (распад опухолей, аллергические реакции, внутривенные введения препаратов крови и др.). Нейтропеническая лихорадка — это гипертермия у пациентов с нейтропенией. Нейтропению диагностируют, когда количество нейтрофилов $< 0,5 \times 10^9/л$; часто это обусловлено проведением химио- или лучевой терапии. Определяющим фактором развития инфекционных осложнений является как уровень, так и длительность нейтропении. Наиболее частыми бактериальными патогенами у пациентов с нейтропенией являются грамположительные микроорганизмы.

Факторы риска развития фебрильной нейтропении:

- выраженное повреждение слизистых оболочек в результате химиотерапии;
- снижение общего иммунитета;
- симптомы катетер-ассоциированной инфекции;
- выявление метициллинрезистентного золотистого стафилококка, пневмококка, устойчивого к пенициллинам и цефалоспорином.

Опухолевые процессы различной локализации

Опухолевые процессы различной локализации занимают 2-е место в структуре причин возникновения ЛНГ.



Г.В. Дзяк



А.М. Василенко

Наиболее часто диагностируются лимфолифферативные опухоли (лимфогранулематоз, лимфосаркома), рак почки, опухоли печени (первичные и метастатические), бронхогенный рак, рак толстой кишки, поджелудочной железы, желудка и некоторых других локализаций.

Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина)

В дебюте заболевания отмечается лихорадка. Она сопровождается общей слабостью, зудом кожи, ночной профузной потливостью. У больного быстро снижается масса тела, затем увеличиваются в размере лимфоузлы в области шеи, подмышечной впадины и в паху. Они плотные, безболезненные, подвижные. Часто первым симптомом заболевания со стороны внутренних органов является затрудненное дыхание или кашель вследствие давления лимфоузлов на бронхи. Для верификации диагноза необходимо провести биопсию пораженного лимфоузла с последующими морфологическим и иммунологическим исследованиями для определения специфических для этого заболевания клеток Березовского-Штернберга. Также используется лучевая диагностика.

Лимфосаркома

Лихорадка сопровождается жаром, ночной потливостью, быстрым снижением массы тела. Изолированная лихорадка может сохраняться в течение 2 мес и более. Затем у 50% больных первыми поражаются лимфоузлы шеи. Сначала увеличивается один лимфоузел, затем в опухолевой процесс вовлекаются соседние лимфоузлы. Они безболезненные, плотноэластической консистенции, сливаются в большие группы, неспаиваются с кожей. Первый очаг опухоли может возникать и в миндалинах, вызывая боль в горле при глотании, изменение тембра голоса, реж — в грудной полости. У больного появляются кашель, одышка, отечность лица, расширение вен на шее. Возможно поражение желудочно-кишечного тракта.

Гипернефрома

У 50% больных гипернефрома в дебюте проявляется лихорадкой с ознобами. Данный период может длиться около 2 мес. Затем постепенно возникает характерная для этого заболевания триада: бугристая большая почка, боль в спине и гематурия.

Первичный рак печени

Первичный рак печени характеризуется быстрым увеличением размеров печени, появлением желтухи, реж — болью в правом подреберье. Печень плотная, бугристая. В отличие от цирроза печени селезенка при этом заболевании не увеличивается.

Рак поджелудочной железы

К первым проявлениям рака поджелудочной железы относят устойчивую ночную боль, не купируемую ненаркотическими анальгетиками. У больного резко снижается масса тела, затем присоединяется лихорадка.

О наличии опухоли при ЛНГ могут свидетельствовать такие неспецифические синдромы, как узловатая эритема

(особенно рецидивирующая) и мигрирующий тромбоз. Механизм возникновения лихорадки при опухолевых процессах связан с продукцией опухолевой тканью различных пирогенных субстанций (интерлейкина-1 и др.), а не с распадом или перифокальным воспалением.

Лихорадка не зависит от размеров опухоли и может наблюдаться как при распространенном опухолевом процессе, так и у больных с наличием одного узла небольшого размера.

Следует чаще использовать иммунологические методы исследования для выявления некоторых специфических опухолевых маркеров:

- α -фетопротеина (первичный рак печени);
- СА 19-9 (рак поджелудочной железы);
- СЕА (рак толстой кишки);
- PSA (рак предстательной железы).

Паранеопластический синдром

Паранеопластический синдром объединяет различные поражения органов и тканей, удаленных от основного опухолевого очага, и метастазы. Клинические проявления паранеопластических синдромов могут предшествовать манифестации злокачественной опухоли. На основе анализа современной литературы паранеопластические синдромы можно систематизировать таким образом:

- раковая кахексия;
- лихорадка, устойчивая к антибиотикам;
- нарушения водно-солевого баланса (гиперкальциемия, гипонатриемия);
- эндокринопатии (синдром Кушинга, гипогликемия, гинекомастия);
- раковые иммуноопосредованные поражения (системная склеродермия, дерматомиозит, артропатии, миопатии, поражения центральной нервной системы);
- коагулопатии (хронический ДВС-синдром, тромбозы, тромбозы, тромбоэмболия легочной артерии);
- нарушения гемопоэза (тромбоцитоз, лейкоцитоз, лейкопения);
- иммуноопосредованные васкулиты.

Системные заболевания

Данная группа представлена следующими патологиями:

- системная красная волчанка (СКВ);
- ревматоидный артрит;
- различные формы системных васкулитов (узловый, височный артериит и др.);
- перекрестные (overlap) синдромы.

Изолированная лихорадка часто опережает появление суставного синдрома или других органных нарушений при системных заболеваниях.

Сочетание миалгии, миопатии с лихорадкой, особенно при повышении СОЭ, дает основание заподозрить такие заболевания, как дерматомиозит (полимиозит), ревматическая полимиалгия.

Лихорадка может быть единственным или одним из основных проявлений тромбоза глубоких вен нижних конечностей, таза.

Такие ситуации возникают чаще всего после родов, костных переломов, оперативных вмешательств, при наличии внутривенных катетеров, у больных с мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью.

Лихорадка, ассоциированная с приемом лекарств

Лихорадка лекарственного генеза не имеет специфических признаков, позволяющих отличить ее от лихорадки другого происхождения. Единственным отличием следует считать ее исчезновение после отмены подозреваемого препарата. Нормализация температуры тела не всегда происходит в первые дни, она может наблюдаться и через несколько суток после прекращения приема препарата.

Повышение температуры тела могут спровоцировать следующие группы препаратов:

- антимикробные средства (изониазид, нитрофураны, амфотерицин В);

- цитостатические препараты (прокарбазин и др.);
- сердечно-сосудистые средства (α -метилдопа, хинидин, прокаинамид, гидралазин);
- препараты, действующие на центральную нервную систему (карбамазепин, хлорпромазин, галоперидол, тиоридазин);
- противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен);
- различные группы препаратов, включая йодистые, антигистаминные средства, аллопуринол, метоклопрамид и др.

Принципы диагностического поиска

Успех определения характера ЛНГ во многом зависит от тщательности сбора анамнеза и качества объективного осмотра больного. Важными аспектами опроса являются сведения относительно остроты развития лихорадки, контакта с больным инфекционным заболеванием, предшествующих обследований и инструментальных вмешательств, травматических повреждений кожных покровов и слизистых оболочек, экстракции зуба, наличия очагов хронической инфекции, предшествующих заболеванию командировок в жаркие страны, беременности и родов.

Осмотр больного с ЛНГ должен проводиться при абсолютном отсутствии на нем одежды, поскольку некоторые пациенты с лихорадкой неосознанно скрывают фурункулы промежности, а также нагнаивающиеся постинъекционные (сульфат магния) инфильтраты. Необходимо обращать внимание на возможное наличие гнойничковой инфекции (стрептодермии, фурункулеза) на коже, сыпи любого характера; следов от внутривенных инъекций наркотических средств у лиц молодого возраста. Следует тщательно пальпировать передние и задние шейные лимфоузлы и лимфоузлы всех доступных областей, исключать наличие вирховских метастазов. В рамках диагностики тромбозов глубоких вен необходимо обратить внимание на отечность одной из нижних конечностей. Затем следует выявить возможные структурно-функциональные нарушения внутренних органов, лимфатической системы и др., также оценить состояние зубов и миндалин. Для исключения заболеваний органов малого таза, которые могут быть причиной развития сепсиса, необходимо неоднократно провести ректальные и вагинальные исследования, что позволит исключить наличие абсцесса в области прямой кишки и малого таза.

Существует несколько вариантов алгоритма диагностики заболеваний у пациентов с ЛНГ. Согласно рекомендациям, после лихорадки возможно появление дополнительных признаков заболевания (шумов в сердце, суставного и гепатолиенального синдромов и др.), на основании выявления которых следует устанавливать предварительный диагноз и проводить соответствующее обследование. В случае наличия сепсиса, лейкоза, СКВ и онкологических заболеваний при таком подходе диагностический процесс значительно усложняется. В других вариантах алгоритма предлагается использовать методы исследования по нарастающей – от менее информативных до более информативных. Верификацию диагноза у больных с ЛНГ необходимо проводить в 3 этапа, учитывая частоту встречаемости заболеваний в данной популяции: инфекционные, злокачественные заболевания, системные заболевания соединительной ткани. Чаще всего причиной ЛНГ являются инфекции (50%), реже – онкологические заболевания, в некоторых случаях – системные заболевания соединительной ткани.

Первый этап. Проводится верификация инфекционных очагов (тонзиллит, гайморит, гранулема зуба, гнойный холангит, абсцессы в брюшной полости, пиелонефрит) или генерализованного процесса (ИЭ, сепсис, туберкулез).

Общие признаки данных инфекционных заболеваний:

- озноб (преимущественно во второй половине дня);
- потливость;

• потливость без ознобов (характерна для туберкулеза; т. н. синдром мокрой подушки);

- выраженная интоксикация;
- признаки выраженного воспалительного ответа в периферической крови;
- положительная гемокультура (примерно у 50% больных);
- наличие входных ворот (при сепсисе – это и внутривенное введение наркотических средств, абсцессы органов брюшной полости могут развиваться вследствие травмы живота, после оперативных вмешательств);

• ДВС-синдром (часто развивается при сепсисе);

- незначительно увеличенная мягкая селезенка;
- наличие хронических очагов инфекции;

• раннее (после 1 мес лихорадки) появление признаков полиорганных поражений (ИЭ);

- повторяющиеся ознобы (сепсис, ИЭ, гнойный холангит, пиелонефрит, паранефрит, гранулема зуба, формирующийся абсцесс, флебит (тазовый тромбоз), малярия);

• снижение массы тела на 10% и более (ИЭ, сепсис, генерализованный туберкулез);

• раннее снижение уровня гемоглобина в сыворотке крови (ИЭ, сепсис).

Учитывая анамнез, характер лихорадки и наличие дополнительных изменений внутренних органов, круг подозреваемых заболеваний сужается; проводится селективное обследование больного согласно диагностической версии.

Используются следующие методы: посев из зева, трехкратный посев крови на гемокультуру, посев мочи на бактериурию, посев мокроты (при ее наличии).

Все больные с лихорадкой должны обследоваться на ВИЧ.

Необходимы определение маркеров острого воспалительного ответа: прокальцитонина и С-реактивного белка в динамике, фибриногена; проведение спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости с усилением; определение антител к вирусу Эпштейн-Барр и цитомегаловирусу.

Note bene! Диагностическое значение имеет повышение уровня иммуноглобулина М. Обязательно должны определяться маркеры вирусного гепатита В, С. Остальные вирусы после 3 нед заболевания можно исключить.

Биохимические тесты: печеночные пробы, определение белковых фракций крови, туберкулиновые пробы. При обоснованном подозрении на туберкулез используется метод полимеразной цепной реакции; для исключения воспалительных и онкологических заболеваний органов малого таза проводятся повторные вагинальные исследования, а также ректальное исследование; назначаются консультации специалистов узкого профиля.

Клинические критерии дебюта ВИЧ-инфекции:

- снижение массы тела на 10% и более в течение нескольких месяцев без видимых причин;
- стойкая беспричинная лихорадка, сохраняющаяся более 1 мес;
- беспричинная диарея в течение более 1 мес;
- постоянное усиленное ночное потоотделение;
- недомогание, быстрая утомляемость;
- увеличение больше чем двух групп лимфоузлов, исключая паховые.

Второй этап. При отрицательных результатах диагностического поиска на первом этапе обследования проводится второй этап, направленный на исключение онкологических заболеваний.

Для лихорадки при онкологических заболеваниях характерны:

- выраженная интоксикация;
- отсутствие острых воспалительных изменений в периферической крови;
- увеличение СОЭ до 50 мм/ч;

• гиперкоагуляция с последующим развитием тромботических осложнений (мигрирующий тромбоз);

- раннее снижение уровня гемоглобина;
- снижение массы тела;
- наличие паранеопластических синдромов, синдромов (узловой эритемы, остеоартропатий, мигрирующего тромбоза, склеродермии).

Note bene! У пациентов с онкологическими заболеваниями пирогенной субстанции является интерлейкин-1, а не распад опухоли, перифокальное воспаление и др.

Наличие признаков Савицкого способствует ранней диагностике рака желудка. Наиболее пирогенными являются опухоли почек и печени, саркома и миелома. Повторяющиеся ознобы характерны для лимфосаркомы, гипернефромы и лимфомы.

Второй этап диагностики включает:

- повторный общий анализ крови;
- определение онкомаркеров:
 - α -фетопротеина (первичный рак печени);
 - СА 19-9 (рак поджелудочной железы);
 - СЕА (рак толстой кишки);
 - PSA (рак предстательной железы);
- проведение повторного УЗИ для оценки состояния лимфоузлов шеи и исключения увеличения парааортальных лимфоузлов;
- повторные УЗИ органов брюшной полости;

• биопсия увеличенного лимфоузла, для выполнения которой следует выбирать наиболее плотный лимфоузел, а не максимальный по размеру или более доступный. При осуществлении биопсии лимфоузла предпочтение следует отдавать его резекции с последующим гистологическим изучением.

При обоснованном подозрении на онкопатологию органов брюшной полости следует использовать лапароскопию, реже – лапаротомию.

При отсутствии результатов расшифровки причин ЛНГ на втором этапе следует приступить к следующему этапу.

Третий этап. Главная задача – исключение системных заболеваний соединительной ткани. Среди них чаще всего дебютируют лихорадкой такие заболевания, как СКВ, узловый полиартериит, ревматоидный артрит (чаще ювенильный). У больных с СКВ в большинстве случаев первым клиническим проявлением заболевания на фоне лихорадки является суставной синдром. Легче диагностируется узловый полиартериит. У этих больных уже в дебюте заболевания (в среднем через 3–4 нед от появления лихорадки) регистрируется снижение массы тела. Пациенты жалуются на сильную боль в мышцах голени, вплоть до невозможности стоять на ногах.

На сегодня намного чаще отмечается синдром Стилла у взрослых, проявляющийся длительной лихорадкой. Для него характерна менее выраженная симптоматика. Нет специфических лабораторных тестов. На фоне лихорадки в дебюте заболевания всегда имеют место артралгии, позже – артриты, макулопапулезная сыпь, нейтрофильный лейкоцитоз, возможно развитие лимфаденопатии, увеличение селезенки, полисерозиты. Ревматоидный фактор и антинуклеарные антитела не обнаруживаются. Чаще ошибочно устанавливается диагноз сепсиса и назначается массивная антибактериальная терапия, которая не обеспечивает улучшения самочувствия.

Особую трудность представляет ранняя диагностика лейкозов.

Лихорадочный период длится 2 мес и более. Практически не удается нормализовать температуру тела посредством воздействия нестероидных противовоспалительных средств. Наблюдается снижение массы тела. Первый информативный признак этого заболевания – внезапное обнаружение бластных клеток в периферической крови. До этого лечащий врач находится в полной неопределенности, поскольку «больной

Продолжение на стр. 24.

Г.В. Дзюк, академик НАМН України, д.м.н., професор, А.М. Василенко, д.м.н., професор, В.А. Потапашний, д.м.н., професор, В.А. Василенко, к.м.н., доцент, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Лихорадка неясного генеза. Принципы диагностического поиска

Продолжение. Начало на стр. 22.

есть, а диагноза нет». Стерильная пункция позволяет установить наличие заболевания крови. До этого диагноз звучит как ЛНГ. Не следует необоснованно устанавливать предварительный диагноз сепсиса, как это зачастую бывает.

Необходимо стремиться к тому, чтобы больной с ЛНГ подвергался не тотальному, а селективному обследованию в соответствии с клинической ситуацией. Также не всегда оправданно последовательное использование методов с нарастающей сложностью, информативностью и инвазивностью. Уже на начальных этапах обследования наиболее информативными могут быть инвазивные методы (например, биопсия лимфатического узла при умеренной лимфаденопатии или лапароскопия при сочетании лихорадки с асцитом). Лихорадка в сочетании с органичными поражениями чаще наблюдается при инфекциях, а изолированная лихорадка – при патологических изменениях крови (лейкозах) и системных заболеваниях соединительной ткани (СКВ, болезнь Стилла у взрослых).

Диагностический поиск облегчает появление у больного на фоне лихорадки изменений в периферической крови. Так, анемия указывает на необходимость проведения дифференциальной диагностики между злокачественной опухолью, заболеванием крови, гипернефромой, сепсисом, инфекционным эндокардитом, системным заболеванием соединительной ткани. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и токсическая зернистость нейтрофилов обычно

свидетельствуют о воспалительном инфекционном процессе. При неуклонном росте количества лейкоцитов с «омоложенным» формулы до миелоцитов необходимо исключить заболевания крови. Агранулоцитоз наблюдается при инфекционных заболеваниях и остром лейкозе. Эозинофилия характерна для медикаментозной лихорадки и онкопатологии, режа – для лимфосаркомы, лейкоза. Лимфоцитоз часто регистрируется при вирусе Эпштейна-Барр и цитомегаловирусной инфекции, а также при лимфолейкозе.

Выраженная лимфопения может свидетельствовать о наличии СПИДа. Моноцитоз характерен для туберкулеза и инфекционного мононуклеоза. Изменения в осадке мочи – альбуминурия, микрогематурия – у больного с лихорадкой свидетельствуют в пользу инфекционного эндокардита, сепсиса. Острый гломерулонефрит с лихорадкой наблюдается крайне редко.

Сложности дифференциальной диагностики у больного с лихорадкой остаются даже при появлении полиорганных поражений. В кардиологической практике в этой клинической ситуации чаще диагностируется инфекционный эндокардит (Г.В. Кнышов и соавт., 2012).

Инфекционный эндокардит следует заподозрить, если лихорадка ассоциируется с:

- появлением нового шума клапанной регургитации;
- эпизодами эмболических осложнений неизвестного происхождения;
- наличием внутрисердечного протезного материала;
- недавно перенесенными парентеральными манипуляциями;

- вновь появившимися признаками застойной сердечной недостаточности;
- новыми проявлениями нарушений ритма сердца и проводимости;
- очаговыми неврологическими симптомами;
- почечными, селезеночными абсцессами.

Лечить или не лечить?

Вопрос о целесообразности и обоснованности назначения лечения больным с ЛНГ до ее расшифровки не может быть решен однозначно и должен рассматриваться индивидуально в зависимости от конкретной ситуации. В большинстве случаев при стабильном состоянии лечение не проводится, однако возможно применение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Note bene! Часто назначается антибактериальная терапия, а в случае отсутствия эффекта и при сохраняющейся неясности ситуации – глюкокортикоиды. Такой эмпирический подход к лечению следует считать недопустимым.

В некоторых ситуациях может обсуждаться вопрос о применении пробного лечения как одного из методов diagnosis ex juvantibus (например, туберкулостатических препаратов). В ряде случаев целесообразно назначение гепарина при подозрении на тромбоз глубоких вен или легочную эмболию; антибиотиков, накапливающихся в костной ткани (линкомицина), – при подозрении на остеомиелит. У больных с подозрением на инфекцию мочевыводящих путей, особенно имеющих хронический пиелонефрит, можно применять фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин внутривенно).

Note bene! Использовать фторхинолоны III-IV поколения у больных с ЛНГ категорически запрещается, так как они обладают туберкулостатическим действием и могут стереть клиническую картину, усложнить дальнейшую дифференциальную диагностику.

Требуется особый подход к лечению фебрильной нейтропении. Учитывая агрессивность инфекционного процесса у данной категории больных, он должен рассматриваться как причина лихорадки до тех пор, пока не будет доказано обратное. Следовательно, необходимо проведение антибактериальной терапии.

Следует помнить, что антибиотикотерапия, назначенная больным с ЛНГ без достаточных оснований, способна ухудшить течение СКВ и других системных заболеваний соединительной ткани.

Необоснованное назначение гормональной терапии может привести к тяжелым последствиям – генерализации инфекции. Использование глюкокортикоидов рационально в тех случаях, когда их эффект имеет диагностическое значение (например, при подозрении на ревматическую полимиалгию, подострый тиреоидит). При этом необходимо учитывать, что глюкокортикоиды способны снижать или устранять лихорадку при лимфолифферативных заболеваниях.

Не следует руководствоваться исключительно консультациями специалистов узкого профиля (оториноларингологов, стоматологов, урологов, фтизиатров). Дело в том, что они не выявляют типичного течения профильного заболевания у больных с ЛНГ, не учитывая то, что у пациентов отмечаются лихорадка и атипичное течение патологии.

Note bene! Более корректно трактовать не атипичное течение, а атипичное начало заболевания. В дальнейшем оно обычно протекает типично.

Установление причины ЛНГ – сложный и трудоемкий этап. Для успешного его выполнения лечащий врач-терапевт должен обладать достаточными знаниями во всех разделах медицины и действовать согласно одобренным диагностическим алгоритмам.

При написании этой статьи мы использовали литературные данные, а также собственный многолетний клинический опыт.

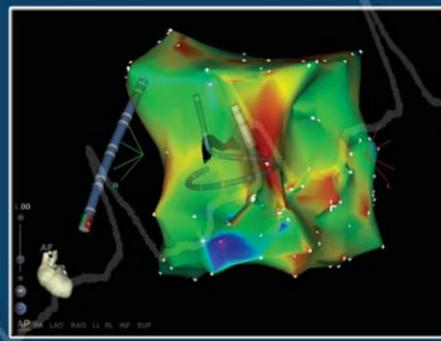



 Національна академія медичних наук України
 Міністерство охорони здоров'я України
 Асоціація кардіологів України
 Асоціація аритмологів України
 ДУ «Національний науковий центр
 «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМНУ



**V науково-практична конференція
Асоціації аритмологів України**

19-20 травня 2015 року



Інформаційне повідомлення

Місце проведення:
Готель «Русь», м. Київ, вул. Госпітальна, 4

Оргкомітет:
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка
М.Д. Стражеска» НАМН України
Телефон для довідок: (044) 249-70-03, 275-66-22
E-mail: stragh@bigmir.net, org-vavilova@yandex.ru


 Національна академія медичних наук України
 Міністерство охорони здоров'я України
 ДУ «Національний науковий центр
 «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМНУ
 Асоціація кардіологів України
 Українська Асоціація фахівців з серцевої недостатності



**V науково-практична конференція
Української асоціації фахівців з серцевої недостатності**

**Серцева недостатність
як міжфахова проблема:
здобутки та перспективи**

23-24 квітня 2015 р.



Місце проведення:
Готель «Космополіть», м. Київ, вул. В.Гетьмана, 6

Оргкомітет:
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка
М.Д. Стражеска» НАМН України
Телефон для довідок: (044) 249-70-03, 275-66-22
E-mail: stragh@bigmir.net, org-vavilova@yandex.ru



Інформаційне повідомлення

Достижения украинской остеологии в 2014 году

Заболевания опорно-двигательного аппарата являются одной из серьезнейших медико-социальных проблем в связи с высокой распространенностью и значительным влиянием на качество и продолжительность жизни населения. Об итогах прошедшего года в отечественной остеологии рассказал президент Украинской ассоциации остеопороза и Украинской ассоциации менопаузы, андропазузы и заболеваний костно-мышечной системы, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев), заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Владимирович Поворознюк.



— Прошедший год был очень сложным для нашей страны в целом, но и в этих условиях украинская наука продолжает развиваться. Если в 2013 г. мы наблюдали развитие и расширение международного сотрудничества, объединение усилий в проведении совместных форумов и научных исследований, то в 2014 г. эти тен-

денции были продолжены. Несмотря на сложности, в прошедшем году под эгидой Украинской ассоциации остеопороза был проведен целый ряд специализированных форумов в разных регионах Украины. Кроме того, отечественные ученые приняли участие в крупнейших международных научных мероприятиях, посвященных проблеме заболеваний опорно-двигательного аппарата.

14-15 февраля мы приняли участие в работе III международного конгресса «Профилактика. Антиэйджинг. Украина», который проходил в г. Донецке. Украинская ассоциация остеопороза и Украинская ассоциация менопаузы, андропазузы и заболеваний костно-мышечной системы выступили одними из организаторов этого междисциплинарного форума. В рамках конгресса был проведен сателлитный симпозиум «Гендерные особенности старения костно-мышечной системы», где обсуждались вопросы влияния менопаузы и андропазузы на состояние костной ткани, а также гендерные особенности развития саркопении.

24-28 марта в г. Яремче состоялась VII международная школа-семинар «Костно-мышечная система и возраст», посвященная 90-летию со дня рождения моего учителя, профессора Е.П. Подрушняка. В ней приняли участие известные отечественные и зарубежные ученые.

В апреле в г. Харькове состоялась научно-практическая конференция «Костно-мышечная система: от детства до старости», в рамках которой рассматривались факторы, влияющие на состояние костно-мышечной системы от рождения до старческого возраста, с участием широкого круга ведущих специалистов. Приятно отметить, что междисциплинарный характер форума вызвал повышенный интерес у практикующих врачей из разных регионов Украины.

23-25 апреля в г. Трускавце состоялась XVI международная конференция «Современные стратегии и тактика в неврологии», в организации которой мы принимали непосредственное участие. Одно из заседаний в рамках конференции было посвящено заболеваниям костно-мышечной системы в практике невролога.

Летом в ряде городов Киевской и Черниговской областей под эгидой Украинской ассоциации остеопороза и Украинской ассоциации менопаузы, андропазузы и заболеваний костно-мышечной системы состоялись семинары, посвященные проблеме боли в спине при заболеваниях костно-мышечной системы. Также прошла традиционная школа-семинар «Боль в спине».

29-30 сентября в г. Одессе при участии наших специалистов состоялся конгресс «Кардионеврология: настоящее и будущее», где был представлен доклад «Вертеброгенные кардиалгии».

В октябре наши специалисты приняли участие в Международном медицинском форуме, был проведен круглый стол, посвященный проблемам диагностики заболеваний костно-мышечной системы у лиц молодого и среднего возраста.

17-20 декабря состоялась традиционная ежегодная конференция молодых ученых «Заболевания костно-мышечной системы и возраст», посвященная памяти профессора Е.П. Подрушняка. Этот научно-образовательный проект обеспечивает научную преемственность между разными поколениями исследователей и отличается высоким уровнем требований, предъявляемых к качеству представленных работ.

Как и ранее, в прошедшем году большое внимание уделялось международному сотрудничеству и обмену опытом с зарубежными коллегами. На протяжении года делегации украинских специалистов принимали активное участие в работе ряда зарубежных научных форумов, где были представлены результаты собственных исследований в виде устных докладов и постерных презентаций, которые вызвали интерес медицинского научного сообщества.

Тесное сотрудничество с ведущими мировыми научными центрами (Австрия, Бельгия, Испания, Литва, Польша, Португалия, Франция, Швейцария), обмен опытом и активное внедрение новых технологий и подходов к лечению обеспечивают высокий уровень отечественных исследований.

Специалисты нашего центра приняли участие в III Международной конференции по исследованию дряхлости и саркопении (International Conference on Frailty and Sarcopenia Research – ICFSR), которая состоялась 12-14 марта в г. Барселоне (Испания). Форум прошел под эгидой Международной ассоциации геронтологии и гериатрии (IAGG) и Глобальной сети по изучению старения (GARN). Участниками конференции стали более 500 ученых из 45 стран мира, в том числе украинская делегация. Следует отметить, что саркопении в последние годы находится в фокусе внимания ученых, занимающихся вопросами старения, так как характеризуется снижением скелетной мышечной массы, ее силы и функции. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), саркопении признана одним из 5 основных факторов риска заболеваемости и смерти у лиц в возрасте старше 65 лет. В ряде исследований установлено, что саркопении ассоциируется с повышением риска падений, снижением минеральной плотности костной ткани, ухудшением качества жизни и функциональных возможностей человека. В нашем отделе это научное направление также активно разрабатывается, полученные результаты вызывают интерес зарубежных коллег.

2-5 апреля в г. Севилье (Испания) украинская делегация уже традиционно приняла участие в Европейском конгрессе по остеопорозу и остеоартрозу. Данное мероприятие проходит ежегодно под эгидой Европейского общества клинических и экономических аспектов остеопороза и остеоартроза (ESCEO) и Международной ассоциации остеопороза (IOF) и является значимым событием, объединившим в этот раз более 4500 специалистов из разных стран мира. Научно-консультативным комитетом конгресса, сопредседателями которого являются профессор Саутгемптонского университета, Института опорно-двигательного аппарата и Оксфордского университета (Великобритания) С. Купер (Cyrus Cooper) и руководитель отдела заболеваний кости госпиталя Женевского университета (Швейцария),

профессор Р. Риззоли (Rene Rizzoli), были отобраны для устной презентации более 800 предложенных тезисов.

В этом году от Украины в рамках пленарного заседания «Влияние образа жизни и пищевых привычек на профилактику и лечение заболеваний костно-мышечной системы» был представлен доклад «Воздействие факторов, не связанных с питанием, на распространенность дефицита витамина D среди населения Украины пожилого возраста» (В.В. Поворознюк, В.Я. Муц). Кроме того, научная работа «Антропометрические характеристики женщин в постменопаузе в зависимости от аппендикулярной мышечной массы» (В.В. Поворознюк, Н.И. Дзержич) вошла в число 8 лучших презентаций, которые были предложены для устного обсуждения в рамках отдельной сессии под руководством профессора Ю. Мак-Клоски. Приятно отметить, что работы украинских ученых избираются для устного обсуждения уже третий год подряд.

Кроме того, в 2014 г. в рамках Европейского конгресса по остеопорозу и остеоартрозу состоялось значимое событие, которое свидетельствует о высокой оценке нашей работы европейским научным сообществом: мы получили памятную медаль IOF за значительный вклад в работу ассоциации и продвижение ее идей в мире.*

В мае наши специалисты приняли участие в организации и проведении III Белорусско-украинской научно-практической конференции в г. Гродно (Республика Беларусь), где рассматривались актуальные вопросы остеологии.

В июне в г. Лондоне (Великобритания) украинские врачи и ученые приняли участие в работе Конгресса Европейской федерации ортопедии и травматологии (EFORT-2014). В рамках форума мы представили 2 доклада, посвященных результатам изучения минеральной плотности костной ткани у женщин с переломом Колеса, а также использованию новой шкалы оценки качества костной ткани Trabecular Bone Score (TBS) в травматологии и ортопедии.

В области изучения возможностей TBS специалисты нашего института тесно сотрудничают с учеными одного из ведущих мировых научных центров по изучению данной проблемы – Центра заболеваний костной ткани госпиталя Лозаннского университета (Швейцария, руководитель – профессор Д. Ханс). В результате плодотворного партнерства получены интересные результаты, которые были представлены в целом ряде совместных публикаций (в частности, в таком авторитетном издании, как Journal of Bone and Mineral Metabolism).

23-24 октября в г. Киеве прошла научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы гериатрической ревмоортопедии», объединившая ведущих ученых из многих зарубежных стран. Поскольку проведение конференции приурочили к моему юбилею, было очень приятно, что многие зарубежные коллеги, а также ученики со всей Украины собрались вместе в эти дни, чтобы поздравить меня с 60-летием. В рамках конференции выступили профессор Д. Ханс (Швейцария), Г. Реш (Австрия), П. Плудовски (Польша), В. Алякна (Литва), Г. Хольцер (Австрия), М. Маскаренас (Португалия), Е. Руденко, Л. Янковская (Республика Беларусь), Ч. Баймухамедов (Казахстан), О. Лесняк (Россия).

Проведение конференции поддержал президент ESCEO, профессор Ж.-И. Реженстер открытым письмом, в котором сказано много теплых слов в адрес Украинской ассоциации остеопороза: «Для Европы уже 15 лет Украина является примером того, как сотрудничество ученых с большой буквы и руководства ассоциации, которое преданно и стойко защищает интересы пациентов, помогает бороться с остеопорозом и костно-мышечными заболеваниями. Достижения вашей страны в этом нелегком деле поражают воображение европейских коллег,

* В 2014 г. комитет IOF учредил медаль за значительный вклад в работу ассоциации и продвижение ее идей в мире. Первым лауреатом этой награды стал профессор В.В. Поворознюк. В течение многих лет группа отечественных ученых под руководством В.В. Поворознюка проводит масштабные исследования в области изучения заболеваний костно-мышечной системы, а также осуществляет ряд совместных исследовательских проектов с ведущими европейскими научными центрами. Памятную медаль Комитета национальных ассоциаций украинскому ученому вручили генеральный директор IOF Джуди Стенмарк (Judy Stenmark) и президент ESCEO, профессор Жан-Ив Реженстер (Jean-Yves Reginster) в рамках торжественной церемонии открытия конгресса.

мы знаем о них, уважаем и восхищаемся вами. На конференциях, проводимых под эгидой IOF и ESCEO, представители Украинской ассоциации остеопороза не раз демонстрировали свои победы, знания и опыт, обретенный в борьбе с болезнью. Вы действительно являетесь лидерами данного направления медицины».

11 декабря в г. Вене (Австрия) состоялся уже второй по счету совместный украино-австрийский симпозиум (CEE Summit on Bone Diseases), организованный при участии президента Австрийского общества по исследованию костной ткани и минерального обмена (Austrian Society Bone and Mineral Research), профессора Г. Реша и профессора Г. Хольцера. Кроме украинских ученых в симпозиуме приняли участие специалисты из Словакии и Республики Беларусь.

В 2014 г. были получены интересные результаты ряда научных исследований, выполненных нами в рамках международного сотрудничества. В частности, в сентябре прошедшего года мы впервые представили вниманию зарубежных коллег кривую нормативных показателей изменений костной ткани у мужчин и женщин, разработкой которой занимались совместно с испанскими и французскими учеными.

Продолжалась работа над созданием серии фортифицированных пищевых продуктов, предназначенных для восполнения в организме дефицита витамина D. Эти исследования проводятся Украинским научно-медицинским центром проблем остеопороза в сотрудничестве с Национальным университетом пищевых технологий. Их актуальность объясняется тем, что, согласно полученным нами эпидемиологическим данным, только 5% населения Украины имеет нормальный уровень витамина D в организме.

В 2013 г. был создан фортифицированный хлеб и начались исследования по его применению. К настоящему времени подтверждена эффективность такого подхода, получены 2 патента Украины на способ производства фортифицированных продуктов и метод лечения дефицита витамина D. Сегодня мы прилагаем все усилия по внедрению данной технологии в производство.

Следует подчеркнуть, что поддержание адекватного уровня витамина D является важным условием для сохранения здоровья человека. До недавнего времени витамин D связывали исключительно с нормальным функционированием костной ткани, однако современные исследования рассматривают его дефицит в качестве значимого фактора риска в развитии рака, сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, аутоиммунных заболеваний, некоторых психоневрологических состояний. В перспективе профилактика дефицита витамина D должна стать одним из приоритетных направлений работы медицинских учреждений.

Приятно отметить, что наш центр является одним из лидеров в области исследований, посвященных изучению витамина D. Доклады по этой теме представлены нами на многих крупных зарубежных форумах, в частности, 17-20 июня в г. Чикаго (США) мы представляли Украину на митинге, посвященном изучению витамина D.

Кроме того, в 2014 г. наши научные достижения в этой области удостоились награды Европейской ассоциации по изучению витамина D, которая присуждается ученым из разных стран мира за выдающийся вклад в расширение научных знаний в этой области.

Подводя итоги, логично озвучить и некоторые планы на текущий год. В настоящее время нами запланирована новая обширная научная тема, посвященная созданию стандартов диагностики, профилактики и лечения дефицита и недостаточности витамина D на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Кроме того, мы планируем внедрить принципиально новое направление исследований, касающееся изучения нейропатического компонента болевого синдрома у пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы. Также начаты исследования по изучению эпигенетических и генетических механизмов развития остеопороза, остеоартроза и саркопении.

В январе этого года на базе нашего центра открываются обучающие курсы для специалистов из разных регионов Украины, которые будут проводиться 2 раза в год. Лучшие слушатели курсов смогут принять участие в европейском обучающем проекте, который мы организовали совместно с профессором Д. Хансом.

Такие образовательные мероприятия помогут обеспечить быструю интеграцию новых отечественных и зарубежных научных наработок в ежедневную практику украинских врачей.

Кроме того, мы занимаемся подготовкой к проведению международной школы-семинара «Заболевания костно-мышечной системы и возраст», которая состоится 10-14 марта в г. Яремче.

В мае в г. Львове под эгидой Украинской ассоциации остеопороза и Украинской ассоциации менопаузы, андропазузы и заболеваний костно-мышечной системы состоится международный саммит; ожидается, что его гостями станут ведущие специалисты из 10-15 европейских стран.

В прошедшем году результаты наших исследований были опубликованы в ряде авторитетных зарубежных журналов, продолжается выпуск профессионального специализированного журнала Украинской ассоциации остеопороза «Боль, суставы, позвоночник», а также активное и плодотворное сотрудничество с издательским домом «Здоровье Украины».

Мы прилагаем максимум усилий для того, чтобы современные технологии диагностики и лечения остеопороза и других заболеваний опорно-двигательного аппарата оперативно внедрялись в практику отечественных клиницистов и становились все более доступными. Очень важно, чтобы Украина преодолела все испытания и успешно продолжила интеграцию в европейское научное пространство.

Подготовила Катерина Котенко



Міжнародний медичний форум – авторитетний захід для спеціалістів охорони здоров'я

15-17 квітня у ВЦ «КиївЕкспоПлаза» відбудеться VI міжнародний медичний форум «Інновації в медицині – здоров'я нації». Щорічний захід є головною подією галузі охорони здоров'я України. Його унікальний формат об'єднує науково-практичну програму, школи та виставковий простір, створюючи платформу для підвищення кваліфікації фахівців галузі, обміну досвідом і встановлення професійних контактів.

Кожен учасник науково-практичних заходів Форуму отримає сертифікат про підвищення кваліфікації.

Форум проходить за підтримки Президента України та під патронатом Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. Організаторами форуму виступають НАМН України, НМАПО ім. П.Л. Шупика, компанія LMT. Офіційну підтримку надають Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів, Київська міська державна адміністрація.

Ключовою подією заходу є IV міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України». Конгрес базується на міждисциплінарному підході, науково-практична програма включає понад 60 симпозиумів, конференцій, семінарів, круглих столів, презентацій компаній-учасників для лікарів різних спеціальностей і фармацевтів. Форум охоплює понад 100 медичних спеціалізацій. Спікерами стануть 700 видатних фахівців галузі охорони здоров'я.

Співорганізаторами конгресу виступають 23 установи НАМН України, профільні установи МОЗ України, українські та зарубіжні медичні і фармацевтичні організації, вищі медичні навчальні заклади, заклади післядипломної освіти.

У рамках форуму відбудуться найбільші в Україні спеціалізовані виставки – Міжнародна виставка охорони здоров'я MEDICAEXPO та Міжнародна фармацевтична виставка PHARMAEXPO. На цих заходах можна ознайомитися з медичним інструментарієм, новітнім медичним обладнанням, фармацевтичною продукцією, поповнити свої знання, розширити професійні контакти.

Безкоштовно відвідайте науково-практичні заходи IV міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України», який внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів та науково-практичних конференцій, що проводяться у 2015 році, затвердженого МОЗ та НАМН України (розділ «Конгреси», № 3).

Форум дає спеціалістам охорони здоров'я можливість підвищити рівень кваліфікації, представити свої розробки, ознайомитися з останніми революційними відкриттями, обмінятися досвідом, перейняти світові методи та методики лікування, започаткувати нові проекти, поспілкуватися з колегами, в тому числі суміжних спеціальностей, з різних куточків світу, щоб спільними зусиллями вдосконалити практику надання медичної допомоги в Україні.

Вхід на всі заходи форуму вільний за умови попередньої реєстрації на офіційному веб-сайті: www.medforum.in.ua.

Відвідайте VI міжнародний медичний форум «Інновації в медицині – здоров'я нації» 15-17 квітня у ВЦ «КиївЕкспоПлаза» (Україна, м. Київ, вул. Салютна, 2-Б).

Додаткова інформація

3 питань участі у виставках:
Тел.: +380 (44) 526-93-09,
+380 (44) 526-92-97
E-mail: med@lmt.kiev.ua

3 питань участі у Конгресі:
Тел.: +380 (44) 526-92-89,
+380 (44) 361-07-21
E-mail: congress@medforum.in.ua

ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

IMF VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

IV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»

15-17 квітня 2015 року

Київ Експо Плаза Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б

За підтримки:

- Президента України
- Кабінету Міністрів України
- Міністерства охорони здоров'я України

Під патронатом:

- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Державної служби України з лікарських засобів
- Київської міської державної адміністрації

Офіційна підтримка:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Київської міської державної адміністрації

360 ЕКСПОНЕНТІВ

12000 ВІДВІДУВАЧІВ

20 КРАЇН

700 ДОПОВІДАЧІВ

WWW.MEDFORUM.IN.UA

MEDICAEXPO

Міжнародна виставка охорони здоров'я

PHARMAEXPO

Міжнародна фармацевтична виставка

ВЕСЬ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВІНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

У РАМКАХ ФОРУМУ ТА КОНГРЕСУ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ, ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ, ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ, ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

Спеціальні програми:

- Організація та управління охороною здоров'я
- Дні лабораторної медицини
- Медична радіологія
- Військова медицина
- Онкологія
- Терапія
- Фізіотерапія та реабілітація
- HEALTH BEAUTY

Спеціальні напрямки:

- Хірургія та нейрохірургія
- Медицина невідкладних станів
- Педіатрія та неонатологія, акушерство та гінекологія
- Інфекційні хвороби та епідеміологія
- Організація та управління фармацією

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ WWW.MEDFORUM.IN.UA

Генеральний стратегічний партнер: **ЗДОРОВ'Я**

Генеральний інформаційний партнер: **АНТЕНА**

Міжнародні інформаційні партнери: **labor&more**, **medicaspports**

Генеральний інформаційний партнер: **ЧАСОПИС**

Офіційні інформаційні партнери: **Здоров'я України**, **МІС**, **МІС**, **МІС**

3 питань участі у Форумі: **+380 (44) 526-93-09**

3 питань участі у Конгресі: **+380 (44) 526-92-89**

@ med@lmt.kiev.ua
@ congress@medforum.in.ua

Оперативно Хроніка ключових подій Головне



Анонс

12-26 июля в гг. Лейпциге и Берлине (Германия) состоится **Международная летняя академия «Ревматология. Междисциплинарный подход»**, которая предоставляет молодым специалистам в сфере ревматологии и иммунологии отличную возможность повысить квалификацию: развить навыки в диагностике и терапии ревматических заболеваний участникам помогут практические занятия и лекции известных немецких экспертов. Кроме того, запланированы посещения ряда научно-исследовательских учреждений, действующих при клинике Charité в г. Берлине. Двухнедельную летнюю академию, которая проводится под научным руководством профессора Кристофа Бэрвальда, дополнит насыщенная культурная и экскурсионная программа. Материалы курса представлены на немецком языке, однако задавать вопросы можно будет и на английском языке. Все участники программы получают сертификаты. Летняя академия предназначена для аспирантов, докторантов и молодых преподавателей высших медицинских учебных заведений Украины, Беларуси, Молдовы, Грузии, Армении, Российской Федерации, Румынии и Болгарии. Максимальный возраст участников – 35 лет. Проект финансируется Немецкой службой академических обменов (DAAD). Предоставленные 20 стипендий покрывают расходы на проживание, питание, образование (теоретические и практические курсы), участие в культурно-экскурсионной программе.

Заявку можно подать до 20 марта 2015 г. по адресу: moldova@rz.uni-leipzig.de.

Новости ВОЗ

Лекарственные средства: антитоксины против змеиного яда

Ежегодно около 5 млн человек подвергаются укусам змей, что приводит к 2,5 млн случаев поражения ядом, по меньшей мере к 100 тыс. случаев смерти и примерно к 3-кратному повышению числа случаев ампутаций и других видов инвалидизации. Большинство из них зафиксировано в Африке, Азии и Латинской Америке. Только в странах Африки, по оценкам, ежегодно регистрируется 1 млн случаев змеиных укусов, причем примерно в половине из них необходимо лечение.

Укусы ядовитых змей могут вызывать паралич, который может привести к остановке дыхания; нарушение свертываемости крови, что, в свою очередь, сопряжено с риском смертельного кровотечения; необратимую почечную недостаточность и тяжелые повреждения тканей, в ряде случаев ассоциирующиеся с инвалидизацией и ампутацией конечности. Дети в большей степени подвержены риску возникновения тяжелых последствий по причине меньшей массы тела.

В отличие от многих других серьезных нарушений здоровья в случае змеиных укусов существует высокоэффективное лечение. Связанные с ними осложнения возможно полностью предотвратить благодаря обеспечению более широкого доступа к антитоксинам. Они включены в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств и должны быть составной частью пакета услуг первичной медико-санитарной помощи в тех регионах, где возможны змеиные укусы.

Значительной проблемой в области производства антитоксинов является приготовление змеиных ядов. В настоящее время лишь несколько стран производят змеиные яды надлежащего качества для изготовления антитоксинов. Кроме того, отсутствие регулятивного потенциала для контроля антитоксинов в странах высокого риска относительно змеиных укусов приводит к невозможности оценки качества и соответствия антитоксинов существующим критериям.

Во многих странах с высокой частотой змеиных укусов системы здравоохранения не имеют должной инфраструктуры и ресурсов, необходимых для сбора надежных статистических данных в отношении этой проблемы. Оценка истинного воздействия осложняется еще и тем, что случаи, о которых клиники и больницы сообщают министерствам здравоохранения, – лишь малая часть реального бремени змеиных укусов: многие пострадавшие не обращаются в учреждения первичной медико-санитарной помощи, следовательно, эти случаи не регистрируются. Так, например, в Непале, где 90% населения проживает в сельской местности, министерство здравоохранения сообщило о 480 случаях змеиных укусов за 2000 г., 22 из которых привели к смертельному исходу, в то время как данные за аналогичный период, полученные в результате исследования, проведенного на уровне общин одного района (Восточного Непала), свидетельствовали о 4078 случаях укусов и 396 случаях смерти.

В течение последних 20 лет ввиду низкого спроса несколько производителей прекратили выпуск антитоксинов, а цены на некоторые из них резко увеличились, что сделало лечение недоступным по стоимости для большинства нуждающихся в нем пациентов. Поступление на некоторые рынки ненадлежащих, не прошедших тестирование и даже фальсифицированных антитоксинов также снизило общее доверие к данной группе препаратов. Существует реальная угроза недостаточных поставок антитоксинов в Африку и некоторые страны Азии.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подготовила 2 инструмента для содействия разработке надлежащих антитоксинов:

- руководящие принципы ВОЗ по производству, контролю и регулированию антитоксинов;
- электронная база данных о распространении в мире ядовитых змей, представляющих клиническую опасность, и существующих антитоксинах, нейтрализующих их укусы.

Дополнительная информация доступна по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs337/ru/>

Новости FDA

В США разрешен маркетинг генетического теста для выявления носительства синдрома Блума

19 февраля Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) одобрило маркетинг генетического теста для выявления бессимптомного носительства мутации по одному аллелю гена BLM, которая может привести к развитию синдрома Блума у потомства.

Синдром Блума – разновидность прогероидных синдромов; у больных отмечаются низкий рост и рано развивающаяся сыпь на участках кожи, контактирующих с солнечным светом. К клиническим проявлениям синдрома Блума также относят высокий голос; длинное, узкое лицо, микрогнатию и выступающие нос и уши; гипо- и гиперпигментацию кожи; склеродермию (на коже и в области глаз); умеренный иммунодефицит, связанный с недостатком определенных классов

иммуноглобулинов, что связано с повышенным риском развития пневмонии и инфекций уха; гипогонадизм. Осложнения синдрома Блума – хронические заболевания легких, разные типы диабета и неспособность к обучению. У части больных отмечается умственная отсталость. Наиболее опасным осложнением является повышенный риск развития онкологических заболеваний.

Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу: у ребенка с синдромом Блума оба родителя являются бессимптомными носителями мутации по одному аллелю гена BLM. Белок, кодируемый геном BLM, не экспрессируется в случае наличия синдрома Блума.

Новый тест разработан компанией 23andMe и предназначен для домашнего использования. 23andMe – частная биотехнологическая компания, расположенная в г. Маунтин-Вью (Калифорния, США), которая предоставляет частным заказчикам информацию об их предрасположенности к заболеваниям на основании генетического анализа биоматериала. Компания провела 2 исследования, чтобы продемонстрировать точность скринингового теста в определении носительства мутации гена BLM. В первом исследовании, проводившемся на базе двух лабораторий, было проанализировано 123 образца слюны добровольцев, в т. ч. пациентов с подтвержденным синдромом Блума. В дополнительном исследовании тест проводился с использованием 105 образцов.

Скрининговый тест предназначен для выявления бессимптомного носительства у взрослых лиц репродуктивного возраста. Полученные данные и результаты лабораторных исследований могут быть использованы в медицинских целях.

FDA одобрило препарат Ленвима для лечения рака щитовидной железы

13 февраля FDA официально одобрило препарат Lenvima/Ленвима (ленватиниб) для лечения пациентов с прогрессирующим дифференцированным раком щитовидной железы, болезнь которых прогрессирует даже на фоне терапии радиоактивным йодом.

Наиболее распространенным типом рака щитовидной железы является дифференцированный. Согласно данным Национального института рака, в 2014 г. рак щитовидной железы был диагностирован у 62 980 американцев, при этом 1890 человек умерли от этого заболевания.

Ленвима – это ингибитор киназы, блокирующий определенные белки, задействованные в процессах роста и деления раковых клеток. FDA изучало Ленвиму в рамках приоритетной программы рассмотрения, препарат был отнесен к категории орфанных (предназначен для лечения редких заболеваний).

Эффективность препарата Ленвима была продемонстрирована в исследовании с участием 392 пациентов с прогрессирующим дифференцированным раком щитовидной железы, устойчивым к терапии радиоактивным йодом. Участников рандомизировали на 2 группы – активной терапии и плацебо. Выживаемость без прогрессии заболевания в группе терапии Ленвимой составляла в среднем 18,3 vs 3,6 мес в группе плацебо. Кроме того, у 65% пациентов, получающих препарат Ленвима, было отмечено уменьшение размера опухоли (в группе плацебо – всего 2%).

Наиболее распространенными нежелательными явлениями на фоне приема препарата Ленвима были повышение артериального давления, усталость, диарея, суставная и мышечная боль, ухудшение аппетита, снижение массы тела, тошнота, воспаление слизистой оболочки ротовой полости, головная боль, рвота, протеинурия, припухлость и боль в ладони, руках и/или подошвах ног (синдром ладонно-подошвенной эритродизестезии), боль в животе, изменение громкости или качества голоса.

Препарат Ленвима может вызвать такие тяжелые побочные эффекты, как сердечная недостаточность, артериальный тромбоз, гепатотоксичность, почечная недостаточность и нарушения функции почек, желудочно-кишечная перфорация или формирование гастроинтестинальных фистул, изменения электрической активности сердца (удлинение интервала QT), гипокальциемия, синдром обратимой задней лейкоэнцефалопатии (судороги, головная боль, нарушения психического состояния, нарушение зрения, корковая слепота с/без наличия артериальной гипертензии), угрожающие жизни кровотечения, эмбриотоксичность, а также замедление выработки тиреотропного гормона.

Производитель препарата Ленвима – компания Woodcliff Lake (подразделение Eisai Inc., США).

Одобрена инновационная система для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей

20 февраля FDA одобрило систему VenaSeal для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей, позволяющую «склеивать» пораженные поверхностные вены с помощью адгезирующего препарата.

Существует 2 типа вен – глубокие и поверхностные. В них расположены односторонние клапаны, которые предотвращают ток крови в обратном направлении. Развивается заболевание в случае, когда уменьшается эластичность вен и они за счет давления крови изменяют форму и увеличиваются в размерах. Варикозное расширение вен часто протекает бессимптомно, но у некоторых пациентов могут возникать боль в нижних конечностях, тромбы, кожные язвы и другие нарушения. На сегодняшний день в качестве лечения варикозного расширения вен нижних конечностей рекомендовано ношение компрессионного трикотажа или проведение медицинских процедур с целью удаления или закрытия просвета пораженных вен.

Этот инновационный метод имеет ряд преимуществ даже перед такими техниками, как лазерная или радиочастотная абляция. Использование цианакрилатного клея позволяет отказаться от местной анестезии, в то время как при лазерной или радиочастотной абляции необходимо вводить большое количество раствора, что связано с определенным дискомфортом для пациента. Кроме того, после выполнения процедуры с помощью VenaSeal не требуется эластическая компрессия, пациент практически сразу может возвращаться к обычному образу жизни.

Система VenaSeal предназначена для лечения с симптоматическим варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей. Стерильный комплект состоит из клея на основе N-бутил-2-цианакрилата и доставочной системы, которая включает в себя проволочный катетер, пистолет, дозатор и шприцы. Специальный нетоксичный клей с помощью инъекций вводится в поврежденные вены через маленький катетер, направляемый посредством ультразвука. Он закрывает внутренние стенки вены так, что кровь перенаправляется через неизмененные вены. Такой метод лечения позволяет достичь результата быстрее, чем другие режимы терапии, и практически не требует применения местной анестезии.

Одобрение FDA основывается на результатах трех клинических испытаний, которые проводились при поддержке компании-производителя. В одном клиническом исследовании оценивались безопасность и эффективность системы VenaSeal (n=108) по сравнению с радиочастотной абляцией (n=114). Результаты показали, что устройство является безопасным и эффективным в лечении симптоматического варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей.

Система VenaSeal не рекомендуется к использованию у пациентов, имеющих гиперчувствительность к клею VenaSeal, тромбозу или системное воспаление. Побочные эффекты, наблюдаемые в ходе клинических исследований и, вероятнее всего, связанные с лечением этого состояния, включали тромбоз, жжение и покалывание (парестезии) в зоне введения препарата.

Систему VenaSeal производит компания Covidien LLC.

Официальный сайт FDA: <http://www.fda.gov/>

Подготовила **Ольга Татаренко**

ПЕРСЕН®

РОСЛИННИЙ СЕДАТИВНИЙ ЗАСІБ №1*

- ❁ 100% рослинні компоненти**
- ❁ Стандартизований склад***
- ❁ Комплексне рішення проблем зі стресом****



Р.П.№ UA011271/02

рослинний
седативний засіб

Персен® форте

капсули

20 капсул

S SANDOZ



Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за адресою/телефоном: 03680, Київ, вул. Амосова, 12, +380 (44) 495 28 66 www.sandoz.ua

Персен Форте® Р.П. № UA/2838/02/01, Персен Кардио® Р.П. № UA/10415/01/01, Персен® Р.П. № UA/9536/01/01

*База даних аналітичної компанії Моріон. Ринок седативних лікарських засобів, 2014 рік.

**Діючі речовини препаратів Персен® 100% рослинного походження.

***Кожна капсула (таблетка) препарату Персен® містить однакову кількість діючих речовин.

****Препарати Персен® чинять як седативну, так і кардіотонічну дію.



SANDOZ
a Novartis company

Персен® — современное решение для современных людей

Век цифровых технологий, мегаполисов и культа успешности стресс все плотнее входит в повседневную жизнь современного человека. Ускорение темпа жизни, накопление новых знаний, развитие промышленности – все это, безусловно, способствует развитию медицинской науки. Однако, несмотря на обилие синтетических препаратов, в повседневной борьбе со стрессом человек отдает предпочтение натуральным средствам. Насколько оправдан такой выбор? В центре внимания – проверенный временем растительный препарат Персен®.

Термин «стресс» был введен в научный обиход американским физиологом и психологом Уолтером Кэнноном в начале XX в. Определение стресса было сформулировано несколько позже, примерно в 1946 г., выдающимся канадским эндокринологом, лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине Гансом Селье. Согласно предложенной им дефиниции стресс представляет собой неспецифическую адаптационную реакцию организма на сильное внешнее воздействие, протекающую в организме в виде последовательных фаз – от активации физиологического аппарата до его истощения. Острый стресс – это транзитное психическое нарушение, развивающееся в экстремальных условиях. Данная реакция проявляется начальным состоянием «оглушенности», панической тревоги, неспособностью адекватно реагировать на внешние события. Академик К.М. Быков писал: «Печаль, которая не проявляется в слезах, заставляет плакать другие органы». Так, при длительном или многократно повторяющемся стрессе эмоциональное напряжение может застаиваться, а функционирование организма – разлаживаться, переводя острое стрессовое состояние в хроническое. У современных людей даже в условиях видимого благополучия формируется так называемая стресс-привычка – достаточно распространенное в наши дни состояние, сопровождающееся постоянной раздражительностью, головной болью, усталостью и нарушением сна. Хронический и длительно подавляемый человеком стресс прямо либо косвенно способствует развитию ряда патологических состояний: вследствие повторных вазотонических симпатических реакций страдает сердечно-сосудистая система, развивается стресс-индуцированная иммуносупрессия, активизируется выработка кортизола с последующим истощением резервов надпочечников, учащаются случаи эрозивных заболеваний желудочно-кишечного тракта и др.

Важно понимать, что организм человека не всегда способен справиться со стрессом самостоятельно. Казалось бы, в чем сложность? На рынке представлена масса седативных препаратов для профилактики и лечения симптомов стресса, но, изучив вопрос немного глубже, убеждаемся в том, что сделать выбор не так-то просто, ведь, как правило, на противоположных чашах весов оказываются две важнейшие характеристики – эффективность и безопасность. Согласитесь, выбор крайне непростой, но, к счастью, не всегда приходится его делать.

Стандартизированный состав

Комплексному растительному препарату Персен® («Сандоз»), сочетающему передовые медицинские технологии и традиции фитотерапии, на протяжении многих лет удается оставаться неизменно эффективным и безусловно безопасным средством. Персен® – это сбалансированная комбинация натуральных компонентов с хорошо изученными фармакологическими свойствами. В отличие от синтетических средств, имеющих массу побочных эффектов, негативно влияющих на здоровье и образ жизни пациента (трудности при принятии быстрых и ответственных решений), натуральный растительный препарат обладает сбалансированным и бережным действием.

Экстракты лекарственных трав в каждой капсуле или таблетке Персен® стандартизованы по количеству активного вещества. Указанное средство имеет высокий профиль безопасности, не содержит спирта и барбитуратов, не вызывает привыкания и синдрома отмены.

На рынке Украины под брендом Персен® представлены 3 препарата растительного происхождения, каждый из которых имеет конкретную терапевтическую направленность.

• **Персен® (таблетки)** – стандартизированный седативный препарат, подходящий для длительного ежедневного применения.

• **Персен® форте (капсулы)** – быстрая помощь при острой стрессовой ситуации, позволяющая оперативно прийти в себя и восстановить равновесие уже в течение 1 ч после приема.

• **Персен® Кардио** – природная защита сердца от стресса и переживаний. Рассмотрим каждый из этих препаратов подробнее.

100% растительные компоненты

• **Персен®** – растительный седативный препарат, эффективность которого подтверждена с позиций доказательной медицины. Спектр применения Персена в практике клинициста весьма широк – от использования в монотерапии для лечения субсиндромальных и мягких тревожных нарушений до комбинированного приема с антидепрессантами с целью нивелирования тревоги при тревожно-депрессивных расстройствах. Каждая таблетка препарата содержит сухие водно-этанольные экстракты: корня валерианы (*Valeriana officinalis L., radix*) 35 мг, листьев мелиссы (*Melissa officinalis L., folium*) 17,5 мг, листьев мяты перечной (*Mentha piperita L., folium*) 17,5 мг.

Препараты на основе корня валерианы традиционно показаны к применению в качестве седативного средства при состоянии возбуждения, расстройствах сна, связанных с перевозбуждением; они способны замедлять сердечный ритм и расширять коронарные сосуды, угнетать ЦНС, облегчать наступление естественного сна. Действующим началом указанных препаратов является комплекс биологически активных веществ: эфирного масла, монотерпенов, сесквитерпенов, валериановой кислоты. Нейробиологические механизмы эффектов валерианы включают агонистическое влияние на A₁-рецепторы аденозина, бензодиазепиновые рецепторы и потенцирование ГАМК-эргической трансмиссии за счет облегчения выброса ГАМК и ингибирования ее обратного захвата, что дает основание предполагать наличие у рассматриваемого средства нейропротекторного эффекта, обеспечивающего защиту головного мозга от стрессорных воздействий. Несмотря на то что экстракт валерианы метаболизируется системой цитохрома P450, он практически не влияет на метаболизм других препаратов. Спектр побочных эффектов валерианы весьма узок и ограничивается только аллергическими реакциями. Анксиолитические свойства валерианы позволяют также рассматривать ее в качестве потенциального препарата для терапии тревожных расстройств.

Растительные препараты на основе мелиссы применяют при неврозах, нейроциркуляторной дистонии, а также при заболеваниях сердечно-сосудистой, респираторной, иммунной и желудочно-кишечной систем. Есть данные о способности мелиссы улучшать когнитивные функции, а также устранять ажитацию. Кроме того, мелисса лекарственная обладает антиоксидантными свойствами, предотвращая разрушительное действие свободных радикалов на клетки организма. Ее благоприятное воздействие на ЦНС связывают с наличием разнообразных активных компонентов: альдегидов, флавоноидов, полифенольных соединений (прежде всего, розмариновой кислоты). Согласно современным данным механизм влияния мелиссы на ЦНС заключается в угнетении ацетилхолинэстеразы головного мозга, а также в снижении активности мускариновых и никотиновых рецепторов в коре больших полушарий.

Мята перечная применяется при повышенной возбудимости нервной системы, неврозах, легких расстройствах сна, кардиалгии, стенокардии, спастических состояниях желудочно-кишечного тракта и проч. Листья мяты перечной представляют собой типичное маслянистое сырье, основным компонентом которого является эфирное масло, содержащее до 55% ментола. Механизм действия средства связывают со способностью ментола индуцировать высвобождение эндорфинов, энкефалинов и других пептидов, что способствует уменьшению проницаемости сосудов, угнетению болевого ощущения, регуляции функционирования нервной и сердечно-сосудистой систем.

Комплексное решение проблем со стрессом

Каждый из перечисленных компонентов препарата Персен® способен самостоятельно оказывать благотворное влияние на организм в условиях стресса, однако сбалансированная комбинация растительных составляющих в одной лекарственной форме обеспечивает синергизм действия. При умственных нагрузках и состояниях, характеризующихся повышенной возбуденностью или раздражением, рекомендуется принимать Персен® по 3 таблетки 3 р/сут, при бессоннице – по 3 таблетки за час до сна.

Составы препаратов Персен® и Персен® форте отличаются дозировкой одного из основных активных веществ – экстракта валерианы. Последнего в составе Персена форте содержится 87,5 мг.

Известно, что значительная роль в развитии острых психовегетативных расстройств отводится снижению уровня ГАМК, являющейся одним из основных тормозных медиаторов головного мозга. Валериана как средство, обладающее ГАМК-эргическими свойствами, в относительно больших дозах способно быстро ингибировать развитие патологического процесса на медиаторном уровне. С учетом повышенной дозировки экстракта валерианы в составе Персена форте данный препарат можно рекомендовать к назначению в случае острой стрессовой ситуации, при умственном перенапряжении, возбужденном или раздраженном состоянии. Клинически доказанный эффект наступает в течение 1 ч после приема. Рекомендуемый дозовый режим – 2 капсулы 2 р/день.

Препарат с высоким профилем безопасности

• **Персен® Кардио** – препарат, являющийся мягким седативным средством с умеренной кардиотонической активностью. В состав растительного препарата входят сухие экстракты: травы пассифлоры (*Passiflora incarnata L., herba*) 200 мг, листьев и травы боярышника (*Crataegi species, folium cum flore*) 160 мг.

Препараты пассифлоры традиционно применяют в качестве мягкого растительного транквилизатора, как успокаивающее средство при неврастении, бессоннице, вегетативных нарушениях в климактерическом периоде, проявлениях астении. В траве пассифлоры присутствуют флавоноиды, свободные аминокислоты, эфирное масло, гарминовые алкалоиды, гликозид пассифлорин. Гарминовые алкалоиды, выступая ингибиторами моноаминоксидазы, способствуют повышению содержания медиатора моноаминов (норадреналина, серотонина, дофамина) в синаптической щели и улучшению моноаминергической нейротрансмиссии. Благодаря этому пассифлора проявляет свойства антидепрессанта, а флавоноиды, входящие в ее состав, обеспечивают седативный эффект.

Лекарственные средства, изготовленные из листьев и травы боярышника, обладают кардиотоническим действием. Они повышают силу сокращения миокарда, при этом уменьшая его возбудимость. Тритерпеновые кислоты усиливают кровообращение в коронарных сосудах и сосудах мозга, повышают чувствительность сердечной мышцы к действию сердечных гликозидов, устраняют боли и дискомфорт в области сердца. Препараты боярышника применяют в комплексной терапии функциональных расстройств сердечной деятельности, кардиалгий, климактерического синдрома, гипертонической болезни, астено-невротических состояний. Многие авторы отмечают, что при сердечно-сосудистых заболеваниях эффективность применения боярышника усиливается именно в сочетании с пассифлорой. Это позволяет с уверенностью говорить о крайне удачной комбинации растительных компонентов Персена Кардио, обладающего высокой эффективностью без включения в состав фенобарбитала, брома или спирта. Еще одним преимуществом является удобный дозовый режим – всего 1 капсула 1 р/сут.

«Когда мозг здоров и находится в спокойном состоянии, человек здраво мыслит», – утверждал Гиппократ. Хронический стресс держит человека в подвешенном состоянии между здоровьем и болезнью, дезадаптирует его в современном мире непрерывных ускорений, лишает естественной способности радоваться жизни. Современная фармакология, объединив усилия с природой, стоит на страже человеческого спокойствия. Пример тому – препараты под брендом Персен® с доказанной эффективностью и безопасностью.

4-14-ПЕР-ОТС-0315

Список литературы находится в редакции.

Подготовила Александра Меркулова



2014 год в неврологии: разочарования и новые надежды

По традиции, подводя итоги прошедшего года, вспоминаем знаковые события и достижения этого периода, которые могут изменить клиническую практику. В подборку вошли новости неврологии, которым уделялось внимание на страницах наших тематических номеров, а также результаты топ-10 исследований года, отобранные редакторами медицинского интернет-ресурса США Medscape.

Новое в эпилептологии

В апреле 2014 г. публикация в профильном международном журнале *Epilepsia* [2] вызвала в сообществе специалистов новые дискуссии. Эксперты Международной лиги по борьбе с эпилепсией (ILAE) изменили практическое определение заболевания, критерии установления первичного диагноза, а также впервые ввели понятие «разрешение эпилепсии».

В соответствии с определением 2005 г., для установления первичного диагноза эпилепсии необходимо было наличие двух неспровоцированных эпилептических приступов с интервалом более 24 ч. Однако такое определение не учитывало ситуации со стойким снижением судорожного порога и высоким риском рецидивов даже после первого припадка. Например, у больного может быть один неспровоцированный судорожный приступ в отдаленном периоде после инсульта, инфекции ЦНС или травмы. У таких лиц риск второго неспровоцированного приступа сопоставим с риском у пациентов, перенесших два неспровоцированных эпилептических приступа. Также не имеет смысла утверждать, что у больного имеет место эпилептический синдром, но нет эпилепсии.

Следуя такой логике, для того чтобы привести определение эпилепсии в соответствие с представлениями эпилептологов об эпилепсии, в 2014 г. рабочая группа ILAE предложила считать эпилепсией заболевание головного мозга, отвечающее следующим критериям:

- не менее двух неспровоцированных эпилептических приступов с интервалом более 24 ч;
- один неспровоцированный приступ и вероятность повторения приступов, близкая к общему риску рецидива ($\geq 60\%$) после двух спонтанных приступов, в последующие 10 лет (например, пациент, перенесший первый судорожный приступ через месяц после инсульта);
- диагноз эпилептического синдрома (например, 13-летний пациент с первым судорожным припадком, у которого картина электроэнцефалограммы соответствует ювенильной миоклонической эпилепсии).

Традиционное определение эпилепсии не предусматривало снятия этого диагноза. В новом определении ILAE разрешение эпилепсии констатируют у лиц с детскими и юношескими эпилептическими синдромами при достижении более старшего возраста (они «перерастают» свою эпилепсию), а также при отсутствии эпилептических приступов в последние 10 лет у пациентов, не принимающих противосудорожные препараты на протяжении 5 лет. При этом указывается, что термин «разрешение» не идентичен понятиям «ремиссия» или «излечение». Для разных целей могут формулироваться и применяться различные практические определения. Тем не менее сама возможность снятия диагноза очень важна для многих пациентов.

Уже сейчас очевидно, что новое определение эпилепсии сложнее прежнего, но оно учитывает важные практические аспекты. Исследований с детальной оценкой риска рецидива проведено мало, поэтому в большинстве случаев диагноз эпилепсии по-прежнему будет основываться на регистрации двух неспровоцированных эпилептических приступов (этот критерий продолжает действовать при отсутствии достоверной информации о риске рецидивирования после первого припадка). По мере изучения риска рецидивирования при эпилепсии разной этиологии определение этого заболевания будет становиться все более точным.

В отечественной эпилептологии имеются свои достижения. Итогом многолетней деятельности Украинской противоэпилептической лиги стало утверждение Приказом МЗ Украины № 276 от 17.04.2014 г. унифицированных клинических протоколов первичной, экстренной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи взрослым и детям с эпилепсией. Собран первый в Украине реестр детей с эпилепсией. Пилотный проект стартовал в г. Киеве. Реестр содержит важную пополняемую информацию, позволяющую анализировать качество оказания специализированной медико-социальной помощи детям с эпилепсией: количество детей с разными типами эпилептических припадков и эпизодами, результаты обследования, диагнозы, назначенное лечение, оценку его эффективности в динамике. Эта информация имеет

Инсульт и цереброваскулярная патология

В первую очередь 2014 год запомнился обновлением ряда консенсусных документов ведущих экспертных организаций в области сосудистой неврологии. На основании результатов исследований новых пероральных антикоагулянтов Американская академия неврологии (AAN) выпустила новые рекомендации по профилактике инсульта у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП), которая является одним из распространенных факторов риска инсультов кардиоэмболического подтипа. Для повышения чувствительности диагностики ФП эксперты AAN рекомендуют более длительный (на протяжении 1 нед и более) мониторинг ритма сердца. Для снижения риска у пациентов, которым показаны антикоагулянты, рекомендуются варфарин, дабигатран, ривароксабан, апиксабан и трифлузал.

Американская ассоциация сердца (AHA) и Американская ассоциация инсульта (ASA) обратили внимание на такой недооцененный фактор риска мозговой катастрофы, как диссекция (расслоение) сонных или позвоночных артерий, и ее связь с манипуляциями на шейном отделе позвоночника.

Диссекция является довольно частой (до 20% случаев), но трудно диагностируемой причиной инсульта у лиц молодого возраста. В совместном отчете эксперты AHA и ASA сообщили о том, что, по данным популяционных исследований, установлена корреляционная связь между мануальной терапией в области шеи и диссекциями артерий, кровоснабжающих головной мозг. Несмотря на то что частота расслоений вследствие манипуляций небольшая, врачам следует учитывать возможность развития такого осложнения и информировать пациентов до начала терапии.

В мае 2014 г. в журнале Stroke также были опубликованы обновленные совместные рекомендации AHA/ASA по вторичной профилактике инсульта.

Многие рекомендации даются впервые и касаются оценки и коррекции таких распространенных факторов риска, как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия и ожирение. Пересмотрены целевые значения артериального давления (АД), к которым следует стремиться у пациентов, перенесших инсульт: $<140/90$ мм рт. ст., а для больных с недавно перенесенными лакунарными инсультами рекомендуется более низкий уровень систолического АД <130 мм рт. ст. Кроме того, в этих рекомендациях указывается на необходимость индивидуального подхода к снижению АД у пациентов с учетом исходного уровня, так как при резком гипотензивном эффекте существует опасность гипоперфузии мозга. Добавлен новый раздел по коррекции питания. Рекомендуется оценивать нутритивный статус больных, перенесших инсульт, для выявления признаков как перекармливания, так и недостаточного питания. В связи с дефицитом доказательной базы не рекомендуется коррекция диеты витаминными добавками, зато ужесточились ограничения по употреблению соли. С учетом результатов новых исследований расширены разделы по инвазивным методам профилактики инсульта у пациентов с атеросклеротическими стенозами экстра- и интракраниальных артерий, применению антикоагулянтов у больных с сопутствующей патологией сердца.

Важное событие произошло и в украинской инсультологии. Приказом МЗ Украины № 275 от 17.04.2014 г. утвержден унифицированный клинический протокол оказания экстренной, первичной, специализированной и высокоспециализированной помощи, а также медицинской реабилитации пациентов с геморрагическим инсультом. В положениях протокола учитывается передовой мировой опыт, они основаны на тех же принципах, по которым работают инсультные и нейрохирургические службы развитых стран. Но впереди большая работа по практической имплементации и контролю выполнения протокола.

В начале 2014 г. в авторитетном журнале *Lancet* появилась публикация, которая вызвала дискуссии относительно целесообразности превентивных вмешательств на неразрывавшихся артериовенозных мальформациях (АВМ) мозга [1]. Многоцентровое исследование было досрочно остановлено в связи с более высокой частотой инсульта и смертностью в группе пациентов, в которых применяли методы, направленные на облитерацию неразрывавшихся АВМ.

АВМ мозга могут разорваться в любой момент и вызвать внутримозговое кровоизлияние. При разрывавшихся АВМ для предотвращения повторных геморрагий применяются хирургическая резекция, радиоабляция, эндоваскулярная эмболизация или комбинации перечисленных методов. Однако позитивные эффекты вмешательств на неразрывавшихся АВМ до сих пор оставались недоказанными. Результаты исследования ARUBA (A Randomized trial of Unruptured Brain Arteriovenous malformations) указывают скорее на вред от активной стратегии. Это первое рандомизированное исследование, в котором сравнивались инвазивные методы с консервативным ведением пациентов с АВМ.

В исследование, проведенное на базе 39 клинических центров 9 стран, включили взрослых пациентов с нелеченными АВМ без рентгенологических признаков перенесенных кровоизлияний. Все больные получали медикаментозную терапию, направленную на коррекцию клинических проявлений АВМ (головной боли, судорожных приступов и др.). Участников рандомизировали в соотношении 1:1 для применения различных методов облитерации АВМ или продолжения медикаментозной терапии. План вмешательств составляли индивидуально для каждого пациента по критериям, принятым в клинических центрах, в которых проводилось исследование. Применялись классические нейрохирургические подходы, эмболизация, стереотаксическая радиотерапия АВМ или комбинации методов.

Набор пациентов был остановлен в апреле 2013 г. в связи с достоверно повышенной смертностью и частотой инсульта в группе оперативной стратегии. На этот момент для анализа были доступны данные 226 участников за 33 мес наблюдения: 114 представителей интервенционной группы и 109 – группы консервативной терапии. Комбинированная первичная конечная точка (смерть или симптомный инсульт) наступила у 35 (30,7%) и 11 (10,1%) пациентов соответственно. Риск инсульта или смерти был существенно ниже при консервативном ведении больных по сравнению с таковыми при вмешательствах (ОР 0,27; 95% ДИ 0,14–0,54). Общее количество инсультов в интервенционной группе также было больше (45 vs 12; $p < 0,0001$). Кроме того, у пациентов, которым проводилось активное лечение АВМ, чаще возникал неврологический дефицит, не обусловленный инсультом (14 vs 1; $p = 0,0008$). По результатам 30 мес наблюдения, процент участников с плохими функциональными исходами по модифицированной шкале Рэнкин (≥ 2) был достоверно выше в интервенционной группе по сравнению с таковыми в группе консервативного лечения (46,2 vs 15,1%).

Таким образом, несмотря на тщательный отбор пациентов для выполнения вмешательств, активное лечение неразрывавшихся АВМ сопровождалось повышенным риском плохих исходов. Некоторые эксперты, комментируя результаты исследования ARUBA, считают, что долгосрочная польза от облитерации АВМ может перевесить краткосрочный вред. Однако трудно себе представить, какой должна быть польза в будущем, чтобы рисковать жизнями пациентов сейчас. Так или иначе, наблюдательная фаза исследования продлена для оценки отдаленных исходов.

большое значение для составления социальных программ обеспечения терапией детей с первичными и труднокурабельными формами эпилепсии, в частности для закупки оригинальных дорогостоящих противоэпилептических препаратов.

Мигрень

На горизонте – новый препарат для профилактической терапии мигрени

В исследовании II фазы [3] обнадеживающие результаты показал препарат гуманизированных моноклональных антител к пептиду, генетически связанному с кальцитонином (calcitonin gene-related peptide, CGRP). Этот нейротрансмиттер выделяется из периваскулярных волокон тройничного нерва и предположительно задействован в патогенезе мигрени. Низкомолекулярные антагонисты рецепторов CGRP в экспериментах демонстрировали эффективное подавление мигренозных атак, но их гепатотоксичность стала причиной прекращения исследований. В многоцентровое рандомизированное двойное слепое исследование II фазы, спонсируемое компанией-разработчиком препарата (Arteus Therapeutics, США), включили 218 взрослых пациентов с диагнозом мигрени: 108 получали LY2951742 – моноклональные антитела к CGRP, 110 составили группу плацебо. Исходно участники исследования испытывали в среднем 7 атак мигрени в течение последних 28 дней. Исследуемый препарат вводили подкожно в дозе 150 мг каждые 2 нед в течение 12 нед, после чего пациентов наблюдали еще 12 нед для оценки возможных отдаленных побочных эффектов. На 3-й месяц лечения количество дней с эпизодами мигрени достоверно уменьшилось в группе экспериментального препарата: в среднем -4,2 по сравнению с -3,0 в группе плацебо. По количеству пациентов, у которых частота атак мигренозной боли уменьшилась более чем на 50%, препарат LY2951742 также достоверно превзошел плацебо. Частота нежелательных эффектов не отличалась в группах, их связь с приемом препаратов не установлена. Результаты исследования впервые подтвердили возможность специфической профилактики приступов мигрени препаратом, направленным на одну из предполагаемых причин патологии.

В сравнительном исследовании определена лучшая парентеральная терапия острых приступов мигрени в условиях отделения неотложной помощи. Внутривенные инъекции метоклопрамида превосходили по эффективности вальпроат и кеторолак.

Острые приступы мигрени с тошнотой и рвотой являются частой причиной обращений за неотложной медицинской помощью. До настоящего времени не было четких рекомендаций по выбору препаратов для купирования такой интенсивной головной боли. Изучались многие препараты – от простых анальгетиков до антиконвульсантов. В нескольких небольших открытых исследованиях внутривенные инфузии вальпроатов продемонстрировали эффективность, но никогда не сравнивались с другими лекарственными средствами.

В рандомизированном двойном слепом исследовании [4] 330 пациентов отделения неотложной помощи получали внутривенно вальпроат (1000 мг), метоклопрамид (10 мг) или кеторолак (30 мг). Исходная интенсивность боли по 10-балльной вербальной шкале составляла у всех участников ≥ 7 баллов. Очень немногие из участников данного исследования принимали профилактическую терапию мигрени. В результате назначенного лечения через 1 ч после инъекций боль уменьшилась на 2,8 балла в группе вальпроата, 3,9 балла в группе кеторолака и 4,7 балла в группе метоклопрамида. В группе вальпроата отмечалось большее количество пациентов, которые нуждались в дополнительных болеутоляющих препаратах: 69 vs 52% в группе кеторолака и 33% в группе метоклопрамида. При этом 61% пациентов, получавших метоклопрамид (не зная об этом, ведь исследование было слепым), пожелали, чтобы при будущих приступах им вводили это же самое лекарство. В группах вальпроата и кеторолака пациентов, довольных эффектом, было 26 и 40% соответственно.

На данный момент это самое большое контролируемое исследование, в котором сравнивались препараты для купирования приступов мигрени. Антиконвульсант вальпроат, который раньше считался эффективной терапией, не оправдал ожиданий, более того, доступный и проверенный метоклопрамид превзошел препараты сравнения по всем оцениваемым исходам. В то же время результаты исследования еще раз обращают внимание на недостаточную эффективность всех имеющихся

лекарственных средств для купирования тяжелых приступов, поскольку даже после назначения дополнительных быстродействующих препаратов немногие пациенты в течение следующих суток полностью избавлялись от головной боли: 4% в группе вальпроата, 11% в группе метоклопрамида и 16% в группе кеторолака.

В настоящее время готовятся к публикации новые рекомендации Американского общества головной боли (AHS) по терапии острых приступов мигрени.

Они будут основываться на обзоре доказательной базы, который был обновлен впервые в 2000 г. и уже опубликован 20 января 2014 г. в профильном издании Headache [5]. За 14 лет было проведено много исследований, результаты которых позволяют сформулировать обоснованные рекомендации по выбору препаратов, лекарственных форм и путей введения для более эффективного прерывания мигренозных атак. Первую линию терапии по-прежнему будут составлять триптаны и нестероидные противовоспалительные препараты.

Другие исследования, которые в ближайшем будущем могут повлиять на подходы к ведению больных неврологического профиля

Преодоление леводопы-фобии?

Результаты многолетнего исследования PD MED [6] реабилитировали золотой стандарт терапии болезни Паркинсона (БП). В последнее время не прекращались дискуссии относительно оптимальной стартовой терапии БП. Свои преимущества и недостатки имеют и традиционная леводопа, и агонисты дофаминовых рецепторов (АДР), и другие противопаркинсонические препараты. В последние два десятилетия отмечается так называемый феномен леводопы-фобии – избегание леводопы как врачами, так и пациентами из-за боязни побочных эффектов, моторных осложнений (флуктуаций и дискинезий). Как считают некоторые зарубежные эксперты, такая негативная тенденция вызвана агрессивным маркетингом новых классов противопаркинсонических препаратов.

В открытом рандомизированном сравнительном исследовании в условиях повседневной практики 1620 пациентов с впервые установленным диагнозом БП получали АДР (n=632), ингибитор моноаминоксидазы В (ИМАО, n=460) или леводопу (n=528). В качестве первичного исхода оценивали двигательный статус больных по опроснику PDQ-39. Медиана наблюдения составила 3 года. Общая оценка мобильности пациентов по PDQ-39 за первые 7 лет была на 1,8 балла лучше в группе леводопы по сравнению с другими двумя вариантами стартовой терапии (различия статистически достоверны). В течение 7 лет леводопа оставалась лучшим вариантом лечения, значительно отличалась по эффективности стратегии с ИМАО и АДР. Оценка качества жизни больных также показала преимущества стартовой леводопы-терапии. Частота развития деменции, количество госпитализаций и обращений за медицинской помощью, а также смертность не отличались в группах, хотя дизайн исследования не предусматривал статистического сопоставления этих исходов. Зато впечатляют различия в показателях частоты прекращения лечения по причине побочных эффектов: 28% в случае терапии АДР, 23% в группе ИМАО и всего 2% в группе леводопы.

Возможно, результаты этого исследования заставят многих врачей и пациентов пересмотреть свое отношение к леводопе. Они показали, что все классы препаратов, используемые для начальной терапии БП, сопоставимо эффективны и что раннее назначение леводопы также имеет свои терапевтические преимущества, кроме того, леводопа лучше переносится.

Внутривенная и пероральная терапия кортикостероидами одинаково эффективна при обострениях рассеянного склероза

Пациенты с обострениями рассеянного склероза (РС), нарушающими функционирование и качество жизни, обычно получают пульс-терапию высокими дозами кортикостероидов. Как правило, назначаются внутривенные инфузии метилпреднизолона по 1000 мг/сут в течение 3-5 дней. Для экономии средств и времени некоторые врачи назначают метилпреднизолон в эквивалентной дозе для перорального приема, например 20 таблеток по 20 мг/сут в день на протяжении 3-5 дней. Однако до настоящего времени эффективность такого подхода не была изучена.

В многоцентровом двойном слепом плацебо контролируемом рандомизированном исследовании [7]

у 49 пациентов с обострениями РС средней тяжести сравнивали 2 режима терапии метилпреднизолоном: 3 дня по 1000 мг/сут внутривенно и 3 дня по 1250 мг/сут перорально. Статистическая мощность исследования позволяла выявить различия между группами в 1 балл по шкале EDSS. Среди 44 пациентов, завершивших исследование, среднее улучшение за 4 нед по шкале EDSS составило -1,13 балла в группе внутривенной терапии и -1,06 балла при пероральном приеме метилпреднизолона (различия в 0,07 балла не были достоверными). Процент участников с улучшением на 1 балл и выше также не отличался в группах внутривенной и пероральной терапии: 39 vs 46% в 1-ю неделю лечения, 65 vs 68% в 4-ю и 70 vs 73% в 12-ю. Улучшение в очагах дегенерации, накапливающих гадолиний, по данным МРТ, также было сопоставимым: 13 vs 22% в 1-ю неделю и 22 vs 26% в 4-ю.

В этом небольшом исследовании получены доказательства I класса сопоставимой эффективности внутривенной и пероральной кортикостероидной терапии в эквивалентных дозах. Оба режима лечения в одинаковой мере влияли на функциональный статус пациентов с обострениями РС средней тяжести, но пероральный прием удобнее для амбулаторной терапии.

Витамин Е эффективно замедляет прогрессирование болезни Альцгеймера

В предыдущих исследованиях антагонист NMDA-рецепторов мемантин и витамин Е (альфа-токоферол) продемонстрировали эффективность при лечении пациентов с умеренно тяжелыми и тяжелыми проявлениями болезни Альцгеймера (БА). Однако многие исследования мемантина у больных с начальными формами патологии показали нейтральный результат. Витамин Е в качестве профилактики возрастных нарушений памяти у условно здоровых лиц и при умеренных когнитивных расстройствах также не замедлял прогрессирования до БА.

В крупном двойном слепом рандомизированном плацебо контролируемом исследовании, проведенном на базе 14 центров медицинской помощи ветеранам в США [8], изучались эффекты приема высоких доз витамина Е (2000 МЕ/сут), мемантина (20 мг/сут), а также комбинации этих препаратов в качестве дополнения к стабильным дозам ингибиторов ацетилхолинэстеразы. В исследование включили 613 пациентов (97% мужчин) с диагнозом легкой или умеренно тяжелой БА (оценка по тесту MMSE 12-26), которые уже принимали донепезил (65%), галантамин (32%) или ривастигмин (3%).

За средний период наблюдения 2,27 года в группе витамина Е отмечалось достоверное замедление функционального ухудшения на 19% (на 3,15 балла по опроснику ADCS-ADL) по сравнению с группой плацебо. Мемантин не оказывал существенного влияния на исход. В группе комбинированной терапии наблюдался парадоксально меньший эффект, чем в группе монотерапии витамином Е. Объяснения этому до сих пор нет. Взаимодействия между мемантином и альфа-токоферолом, которые могли бы повлиять на антиоксидантные свойства последнего, в научной литературе не описаны. Так или иначе, витамин Е подтвердил способность замедлять прогрессирование БА при хорошей переносимости лечения, не учитывая результаты некоторых исследований, в которых наблюдалась более высокая смертность на фоне приема витамина Е. Более длительное сохранение когнитивного функционирования в группе витамина Е приводило к уменьшению потребности пациентов в посторонней помощи, а следовательно, к уменьшению затрат на уход. С учетом невысокой стоимости препаратов витамина Е целесообразно рекомендовать назначение этого антиоксиданта для длительного приема, начиная со стадии умеренных когнитивных нарушений.

Литература

- Mohr J.P. et al. Medical management with or without interventional therapy for unruptured brain arteriovenous malformations (ARUBA): A multicentre, non-blinded, randomised trial. Lancet Volume 383, No. 9917, p. 614-621, 2014 Feb 15.
- Fisher R.S. et al. A practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia 2014 Apr 14; 55: 475.
- Dodick D.W. et al. Safety and efficacy of LY2951742, a monoclonal antibody to calcitonin gene-related peptide, for the prevention of migraine: A phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled study. Lancet Neurol 2014 Sep; 13: 885.
- Friedman B.W. et al. Randomized trial of IV valproate vs metoclopramide vs ketorolac for acute migraine. Neurology 2014 Feb 12.
- Mamura M.J. et al. The Acute Treatment of Migraine in Adults: The American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies Headache Issue Volume 55, Issue 1, pages 3-20, January 2015.
- PD MED Collaborative Group. Long-term effectiveness of dopamine agonists and monoamine oxidase B inhibitors compared with levodopa as initial treatment for Parkinson's disease (PD MED): A large, open-label, pragmatic randomised trial. Lancet 2014 Jun 11.
- Ramo-Tello C. et al. A randomized clinical trial of oral versus intravenous methylprednisolone for relapse of MS. Mult Scler 2014 May; 20: 717.
- Dysken M.W. et al. Effect of vitamin E and memantine on functional decline in Alzheimer disease: The TEAM-AD VA cooperative randomized trial. JAMA 2014 Jan 1; 311: 33.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



Метафилактика мочекаменной болезни

Мочекаменная болезнь (МКБ, уролитиаз) считается наиболее распространенным заболеванием в структуре урологической патологии. Описанное древними врачами Гиппократом и Галеном заболевание имеет драматическую историю, связанную в основном со средневековыми способами камнесечения.

МКБ требует значительных затрат на диагностику и лечение, обусловленных как ростом заболеваемости в глобальном масштабе, так и внедрением новых высокоэффективных (при этом нередко дорогостоящих) технологий лечения. В целом в Западной Европе расходы на лечение пациентов с МКБ составляют примерно 2 млрд евро в год.

Согласно данным различных источников, в Украине уровень заболеваемости МКБ неуклонно возрастает и колеблется в пределах 214-285 случаев на 100 тыс. населения.

Высокий уровень заболеваемости и, соответственно, затрат на диагностику и лечение МКБ актуализирует задачу поиска эффективных подходов к терапии и метафилактике МКБ. По сути, методы дезинтеграции камня, сколь эффективны бы они ни были, не решают проблему МКБ в целом. По данным W.L. Strohmaier (2000), после деструкции и элиминации камня рецидив камнеобразования наблюдается примерно у 50% пациентов. Согласно исследованиям Vahlensieck и соавт. и Schneider (n=1185), более чем у половины пациентов с МКБ в течение жизни имел место 1 эпизод рецидивирования, до 14% пациентов – более 3 эпизодов (табл. 1).

В 6 больших ретроспективных исследованиях изучалось рецидивирование МКБ. Пациенты, включенные в эти исследования, имели ≥1 камень в почках и не получали лечения. Кроме того, были выполнены 3 проспективных исследования (табл. 2). В целом представляется, что в течение 10 лет после лечения рецидив будет отмечаться у каждого 2-го пациента с МКБ.

Таким образом, можно утверждать, что особенностью МКБ является высокая частота рецидивирования, что диктует необходимость поиска факторов риска рецидива различных видов МКБ и, соответственно, подбора эффективных схем метафилактики.

Выявить метаболические нарушения, ведущие к формированию литогенных структур в мочевыводящих путях, позволяют разработанные нами референтные величины, оценочные шкалы и коэффициенты отклонения от среднего значения содержания веществ, ассоциированных с камнеобразованием, в утренней пробе мочи. Разработанная нами схема анализа уролитов с применением кристаллоскопии оптимизирована для использования в клинических лабораторных учреждениях и позволяет выявлять химический состав основных типов мочевых уролитов, что также является необходимым условием консультирования и лечения этих пациентов.

Были обследованы 1182 больных МКБ (572 (48,39%) мужского пола и 610 (51,61%) женского). Данным пациентам были выполнены биохимическое исследование крови и мочи, общий анализ мочи и анализ камня (при его наличии). Выявлено, что различные нарушения метаболизма, приводящие к образованию камней, как однофакторное нарушение встречались в 738 (62%) случаев. У остальных 444 (38%) больных имело место сочетание ≥2 различных факторов камнеобразования.

Первичные камни верхних мочевых путей диагностированы у 812 (68,7%) больных. Рецидивирующее течение МКБ выявлено у 370 (31,3%) обследованных. Коралловидные камни почек диагностированы у 64 (5,4%) пациентов, двусторонние – у 128 (10,8%).

На основании диагностики метаболических нарушений до или после удаления камня в соответствии с типом выявленных нарушений больные были распределены на следующие группы: с кальциевыми камнями, с камнями при нарушениях пуринового обмена, с цистиновыми камнями, со струвитными (инфекционными) камнями. Статистическая обработка результатов выполнена путем разграничительной оценки и сопоставления данных группы больных и группы здоровых по величине нескольких характеристик с использованием дискриминантного и дисперсионного

анализа. Статистическую обработку всех полученных цифровых материалов производили с помощью пакета анализа MS Excel. Доверительный интервал для среднего генеральной совокупности определяли при уровне значимости 0,05.

Кальцевые камни

Нарушение обмена кальция выявлено у 935 пациентов (у 452 (48%) мужчин и у 483 (52%) женщин), или 79% участников исследования. Средний возраст больных составил 49,56±13,84 года. Различий по исследуемым показателям между мужчинами и женщинами в данной группе пациентов не выявлено.

Гиперкальциурия

В группе кальциевых камней состояние гиперкальциурии выявлено у 335 (28,2%) пациентов. Также обнаружены различия по плотности мочи; рН; уровням оксалата, кальция и магния; соотношениям оксалат/креатинин, кальций/креатинин, магний/креатинин; концентрации мочевой кислоты и цитрата, требующих коррекции у больных этой группы. При выборе терапии обязательными условиями являются проведение теста с кальциевой нагрузкой и учет вида гиперкальциурии.

Препаратами выбора для лечения почечной гиперкальциурии являются тиазидные диуретики, снижающие экскрецию кальция за счет повышения его реабсорбции. Гипотиазид назначают в дозах 12,5, 25 и 50 мг/сут в течение 2,5-3 мес каждые полгода. Помимо снижения концентрации кальция в моче, эти препараты увеличивают диурез и способствуют повышению рН мочи.

Следует избегать концентрирования мочи (диурез – не менее 2,5 л/сут). Важно выпивать дополнительный объем жидкости перед сном. Контроль потребления жидкости необходимо осуществлять по плотности мочи (≤1015 г/л). Рекомендуется назначение препаратов магния в дозе 200-400 мг/день на период около 3 мес с последующим уменьшением дозы наполовину от исходной в течение года.

При алиментарной гиперкальциурии следует ограничить содержание кальция в рационе (доказано, что употребление кальция и жесткой воды не связано с МКБ).

Выход кальция из костного депо (резорбтивная гиперкальциурия) может иметь место при дистальном почечном канальцевом ацидозе. В этом случае карбонат идет на компенсацию ацидоза, а кальций обеспечивает гиперкальциурию. Ведение таких пациентов требует дополнительного обследования и лечения.

Употребление поваренной соли у пациентов с МКБ нежелательно и должно быть сведено к минимуму. Так следует поступить и с употреблением мясной пищи. Суточное потребление белка рассчитывается по формуле:

$$\text{белок (г)} = (\text{мочевина (моль/л)} \times \text{диурез (л)} \times 0,18) + 13,$$

что составляет примерно 1 г/кг.

Кальций-оксалатные камни

В представленном исследовании конкременты данного состава выявлены у 501 (42,3%) пациента (у 246 (49%) мужчин и 255 (51%) женщин). Средний возраст больных составил 49,23±14,1 года. При дисперсионном анализе установлены различия по плотности мочи, рН, уровням оксалата и кальция, соотношениям оксалат/креатинин, кальций/креатинин, магний/креатинин, цитрат/креатинин (p<0,01).

Соответственно, лечебная тактика в данной подгруппе направлена на коррекцию гипероксалурии. С позиции метафилактики in vitro для снижения концентрации продуктов, обеспечивающих сатурацию мочи и кристаллизацию оксалата, следует уменьшить числитель и увеличить знаменатель в следующей формуле:

$$AP[CaOx]index = \frac{A \times Ca^{0,84} \times Ox}{Cit^{0,22} \times Mg^{0,12} \times V^{1,03}},$$

где AP – активность продуктов, а фактор А (табл. 3) определяется в зависимости от периода сбора мочи.

Однако в случае in vivo следует учитывать некоторые особенности метаболизма отдельных субстанций. При ограничении в пищевом рационе оксалата (шоколад, щавель и др.) для этих пациентов не ограничиваем употребление кальция. Ограничение

Таблица 1. Рецидивирование МКБ

Количество эпизодов	Vahlensieck и соавт. (n=202)		Schneider (n=983)	
	n	%	n	%
1	112	55	540	55
2	47	23	202	21
3	21	10	100	10
4	6	3	56	6
5	4	2	24	2
>6	12	6	61	6

Таблица 2. Естественная история МКБ

	Рецидивирование, %		
	1 год	5 лет	10 лет
Williams (1963)	9,5	30,7	44,3
Blacklock (1969)	19	50	67
Marshall и соавт. (1975)	11,6	37,5	60,2
Ljunghall и соавт. (1977)	–	25	49
Johnson и соавт. (1979)	14,8	25,5	37,4
Sutherland и соавт. (1985)	–	40	55
Ahlstrand и соавт. (1990)	5	17	26
Borghini и соавт. (1996)	8	27	–
Trinchieri и соавт. (1999)	4	12	22
Всего в среднем	11	30	45

Таблица 3. Значение фактора А в зависимости от времени сбора мочи

Период сбора мочи (часов)	2	4	6	8	12	16	18	20	24
Фактор А	6,3	4,5	3,7	3,2	2,7	2,3	2,2	2,1	1,9

кальція можливо лише после выполнения кальциевой пробы и установления факта алиментарной гиперкальциемии, связанной с усилением всасывания кальция из желудочно-кишечного тракта. В случае первичной гиперкальциемии назначается пиридоксин (витамин В₆) в дозе 100 мг/день в течение года. Если после этого срока эффект отсутствует, то лечение прекращается (в противном случае – продолжается). К сожалению, эффективных способов увеличить концентрацию цитрата в моче нет. Цитратные смеси метаболизируются до бикарбонат-иона и не увеличивают концентрацию цитрата в моче. Эффективных мер увеличения диуреза, напротив, достаточно.

Учитывая необходимость длительного приема диуретиков, следует уделить внимание фитопрепаратам. Так, Канефрон® Н («Бионорика СЕ», Германия) обеспечивает подобный эффект за счет стандартизованных по содержанию биологически активных веществ лекарственных растений: корня любистка, травы золототысячника и листьев розмарина (экстракт ВНО 1040). Мягкое мочегонное действие обеспечивается повышением осмотического давления в канальцах нефрона, обусловленным фенолкарбоновыми кислотами, с одной стороны, и улучшением микроциркуляции в паренхиме почек – с другой.

Кальций-фосфатные камни

Данный вид камнеобразования выявлен нами у 45 (3,8%) участников (у 18 (40%) мужчин и 27 (60%) женщин). Средний возраст больных составил 48,64±13,64 года.

У этих пациентов выявлены различия по концентрациям фосфора и соотношению фосфор/креатинин (p<0,01). Уровень pH мочи отличался по сравнению с таковым у здоровых лиц со сдвигом в кислую сторону (p<0,01).

Лечебная тактика должна строиться на коррекции гиперкальциемии и снижении уровня неорганического фосфора. С позиции метафилактики in vitro для снижения концентрации продуктов, обеспечивающих сатурацию мочи и кристаллизацию кальция фосфата, нужно уменьшить числитель и увеличить знаменатель в следующей формуле:

$$AP[CaP]_{index} = \frac{B \times Ca^{1,07} \times P^{0,70} \times (pH - 4,5)^{6,8}}{Cit^{0,20} \times V^{1,31}}$$

где AP – активность продуктов, а фактор В (табл. 4) определяется в зависимости от периода сбора мочи.

Но в случае in vivo мы помним о недопустимости ограничения потребления кальция без кальциевой пробы. При высокой экскреции фосфата назначается гидроксид алюминия до 3,5 г/день в 2-3 приема. При данном виде уролитиаза нужно придерживаться сбалансированной диеты и увеличения диуреза на фоне питьевого режима и фитопрепаратов. При гиперфосфатемии необходимым является высокое употребление клетчатки и низкокалорийной пищи небольшими порциями несколько раз в день.

Гиперурикозурический кальциевый уролитиаз

Это достаточно редкий вид камнеобразования, при котором повышение концентрации мочевой кислоты в моче ведет к снижению растворимости кальция оксалата. Данный вид камнеобразования выявлен у 54 (4,6%) пациентов (у 8 (15%) мужчин и 46 (85%) женщин). Средний возраст больных составил 48,63±11,88 года.

Нами выявлены различия по плотности мочи в сторону увеличения, изменения pH в кислую сторону (p<0,01). Выбор лечебной тактики, помимо коррекции гиперкальциемии, должен проводиться с учетом необходимости уменьшения уровня мочевой кислоты в моче. Показано назначение

аллопуринола начиная со 100 мг/сут с последующим увеличением дозы до 300 мг/день (при необходимости).

Камни при нарушении пуринового обмена

Нарушения пуринового обмена диагностированы у 399 (34%) пациентов с различными формами уролитиаза. В этой группе мужчин было 148 (37%), женщин – 251 (63%). Средний возраст больных составил 48,25±13,86 года. Несомненным является преобладание в данной подгруппе женщин.

В этой группе больных и здоровых лиц отмечены достоверные различия по плотности мочи, показателю pH, содержанию мочевой кислоты и цитрата. Эта группа не является однородной по исследуемым факторам,

поэтому следует учитывать виды нарушения пуринового обмена.

Камни мочевой кислоты (гиперурикозурический уролитиаз)

В рамках собственного исследования мы наблюдали 373 (31,5%) пациента с камнями мочевой кислоты. В этой группе обследованных пациентов мужчин было 133 (36%), женщин – 240 (64%). Таким образом, наглядно продемонстрировано, что у женщин это нарушение встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Средний возраст больных составил 48,2±13,97 года (мужчины – 48,14±14,17, женщины – 48,24±13,89).

Продолжение на стр. 38.



Bionorica®

Запалення нирок? Сечового міхура?

Канефрон® Н



- ✔ німецька якість фітопрепарату
- ✔ значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- ✔ потенціювання протизапальної терапії⁴

Розкриваючи силу рослин



ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАВНИКАХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ ДЛЯ РОЗПОВСЯДЖЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗИУМАХ 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. Пегтична виразка у стадії загострення. Краплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функції нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нирковою недостатністю. **Умови відпуску.** Без рецепту.
Р.П. № U A/4708/01/01; UA/4708/02/01.

Джерело: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. Кравченко Н.Ф. 2 - Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Современ. педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар Ю., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоров'я чоловіка, 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: office@bionorica.com

Метафилактика мочекаменной болезни

Продолжение. Начало на стр. 36.

В данном исследовании наблюдались 62 (5,2%) пациента без гиперурикемии. Гиперурикозурия при подагре имела место у 311 (26,3%) пациентов, причем как единственный вариант нарушений в 64 (5,4%) случаях и как комбинированное нарушение в 247 (20,9%) случаях. По результатам дисперсионного анализа в подгруппе пациентов с камнями мочевой кислоты существенные различия выявлены по плотности мочи в сторону ее повышения, показателю рН мочи (со снижением этого показателя) и соотношению мочевая кислота / креатинин ($p < 0,01$). Имело место увеличение числа больных с высоким уровнем мочевой кислоты. Таким образом, увеличение рН мочи и снижение концентрации мочевой кислоты являются основными терапевтическими опциями в этой группе, о чем свидетельствует представленная ниже формула:

$$AP_{H,U} = \frac{C_{UA} \times 10^{-pH} \times 0,53}{(1 + 1,63 \times 10^5 \times 10^{-pH})}$$

Здесь нет противоречий *in vitro* и *in vivo*.

Камни мочевой кислоты — это единственный вид конкрементов, размеры которых возможно уменьшить вплоть до полного растворения путем медикаментозного литолиза при изменении рН мочи на фоне употребления цитратных смесей, дозируемых по изменению рН мочи. Следует обучить пациента самостоятельному постоянному контролю этого показателя с помощью тест-полосок до уровня рН 6,5-7,0. Аллопуринол назначается по 300 мг/день, если имеют место гиперурикемия и гиперурикурия. При наличии только гиперурикурии назначается 100 мг аллопуринола в день. Не следует игнорировать питьевой режим и использование фитотерапии. При данном виде уrolитиаза хорошо себя зарекомендовал фитониринговый препарат Канефрон® Н, так как, помимо увеличения диуреза, он способствует нормализации рН мочи, выведению солей мочевой кислоты и предупреждению кристаллизации ее солей.

Камни солей мочевой кислоты (уратный уrolитиаз)

Этот редкий вид камнеобразования в нашем исследовании выявлен всего у 3 пациентов, что составляет 0,3% от общего числа обследованных больных. Для формирования этого вида конкрементов необходимо редкое сочетание факторов риска: повышение концентрации мочевой кислоты в моче и щелочная среда. Данное состояние требует контроля в отношении присоединения мочевой инфекции при гиперурикозурии. Лечебная

тактика основана на ограничении употребления пуриновых оснований с пищей и назначении аллопуринола. В случае необходимости подкисления мочи используют метионин по 200-500 мг 3 р/сут или аммония хлорид по 200-500 мг/сут в 3 приема (необходимо достичь уровня рН мочи 5,8-6,2). При невозможности снизить экскрецию мочевой кислоты с помощью диеты назначается аллопуринол по 100-300 мг/день.

Камни из ксантина

Данный редкий вид камнеобразования выявлен у 12 (1,0%) обследованных. В этой группе мужчин было в 2 раза больше, чем женщин, — 8 (67%) и 4 (33%) соответственно. Средний возраст больных составил 48,42±9,09 года. Наиболее значимым отличием в этой группе является снижение значений концентрации мочевой кислоты ($p < 0,01$). Мочевая кислота образуется из ксантина под влиянием ксантиноксидазы. В силу недостаточности последней процесс останавливается на стадии образования ксантина, который плохо растворим в моче. Целью лечения при этом нарушении является хирургическое удаление камней, а единственным методом метафилактики — разведение мочи (питьевой режим и длительное применение фитопрепаратов, например, Канефрона Н).

Камни из 2,8-дигидроксиаденина (ДГА)

Это редкое нарушение обмена пуринов с исходом в МКБ выявлено у 11 (0,9%) пациентов. В этой группе мужчин было 5 (45%), женщин — 6 (55%). Средний возраст больных составил 47,91±16,16 года. Выбор лечебной тактики осуществляется с учетом того, что растворение 2,8-ДГА камней невозможно при физиологическом состоянии мочи. Аллопуринол назначается в дозе 5-10 мг/кг/сут у детей и 300-600 мг/день у взрослых. Эффективно также увеличение диуреза на фоне питьевого режима и длительного применения фитопрепаратов (Канефрон® Н).

Цистиновые камни

Мы наблюдали всего 39 (3,3%) случаев цистинового уrolитиаза. В этой группе пациентов мужчин было 19 (49%), женщин — 20 (51%). Средний возраст больных составил 50,08±12,14 года. Полученные результаты свидетельствуют о преимущественном влиянии концентрации цистина на процесс камнеобразования в отсутствие других метаболических факторов ($p < 0,05$). Лечебная программа должна разрабатываться с позиции снижения концентрации цистина в моче. Как видно из формулы, *in vitro* нужно снизить концентрацию цистина, но *in vivo* это невозможно, поскольку имеет место генетически детерминированное нарушение обмена сопряженных

аминокислот: цистина, орнитина, лизина, аргинина (ЦОЛА-синдром).

$$AP_{Cystine} = \frac{(10^{-pH})^2 \times C_{Cystine} \times 0,155}{[1 + (0,39 \times 10^{10} \times 10^{-pH}) + ((10^{-pH})^2 \times 3,51 \times 10^{16})]}$$

Для растворения цистина необходимо достижение рН мочи 8,0, что абсолютно невозможно в физиологических условиях. Цистиновые камни плохо поддаются дистанционной литотрипсии. Эффективны контактные методы дробления. Назначается терапия, направленная на преобразование цистина в более растворимые или хелатные формы (аскорбиновая кислота 3-5 г/день или каптоприл 75-150 мг/сут). Важно разведение мочи на фоне питьевого режима и длительного применения фитопрепаратов (Канефрон® Н). У этих пациентов рекомендуется выработать привычку пить чашку жидкости после каждого мочеиспускания и дополнительно чашку на ночь. Показателем достаточности диуреза служит одно ночное мочеиспускание, так как накопление мочи ночью является фактором риска цистинового камнеобразования. Для предупреждения отеков на фоне повышенной гидрофильности тканей прием фитопрепаратов с диуретическими свойствами (Канефрон® Н) является обязательным.

Струвитные камни

Струвитный литиаз мы наблюдали у 149 (12,6%) пациентов. В этой группе обследованных пациентов мужчин было 60 (40%), женщин — 89 (60%). Средний возраст больных составил 47,97±14,98 года. В этой группе по всем признакам у больных и здоровых лиц достоверных различий не выявлено ($p > 0,1$). Это свидетельство того, что инфекция мочевыводящего тракта является причиной камнеобразования; таким образом, все лечебные мероприятия должны быть направлены на эрадикацию микроорганизма и удаление камня. Это подтверждает и патофизиологическая формула при данном виде камнеобразования. Казалось бы, *in vitro* следует снизить концентрацию магния, аммония, фосфора и уменьшить рН, но, по сути, *in vivo* это продукты разрушения мочевины под действием мочевых микроорганизмов.

$$AP(MAP) - index = \frac{D \times Mg^{1,06} \times NH_4^{0,98} \times PO_4^{0,71} \times (pH - 4,5)^{6,3}}{V^{2,3}}$$

где фактор D ($\times 10^{-4}$) составляет 5,64 и 3,8 при периоде сбора мочи 8 и 24 ч соответственно.

У больных этой группы было проведено бактериологическое исследование мочи с выделением возбудителя заболевания и определением степени бактериурии ($n=420$). Доля уреазопродуцирующих микроорганизмов составила примерно треть (36,9%). В большинстве случаев имела место моноинфекция, наиболее часто выделялись энтеробактерии. Ассоциации микроорганизмов выявлены у 16 (3,8%) пациентов, во всех случаях одним из микроорганизмов

в ассоциации была E. coli. Выявлено, что присутствие протея в моче приводит к сильному ее подщелачиванию. Подобный эффект протей оказывает в виде моноинфекции либо в составе смешанной инфекции.

В случае камней, ассоциирующихся с мочевой инфекцией, начальным этапом является удаление камня, и только после этого возможна эрадикация возбудителя. Противомикробные препараты назначаются параллельно с удалением камня или после такового. При вторичном инфицировании курс антибиотикотерапии должен предшествовать литотрипсии или оперативному лечению. При щелочной моче необходима ацидификация мочи (метионин в зависимости от рН мочи по 500 мг 3-6 р/день или аммония хлорид по 200-500 мг/сут в 3 приема). Санация мочевыводящих путей до процедур дробления имеет относительный успех, поэтому антибактериальную терапию и процедуры по дроблению и удалению камня необходимо осуществлять одновременно. При струвитном литиазе для снижения концентрации продуктов, обеспечивающих рост камня, необходимо увеличить диурез за счет питьевого режима и длительного применения фитопрепаратов. Канефрон® Н при данном виде МКБ показан также по причине его противомикробной и антиадгезивной активности в отношении широкого круга возбудителей.

Фактор риска — высокая плотность мочи

Отдельно хочется выделить универсальный фактор риска МКБ — высокую плотность мочи, которая имела место у 969 (82%) пациентов. Соответственно, питьевой режим у пациентов с МКБ должен быть на первом месте. Рекомендуются низкоминеральные воды, фруктовый и зеленый чай. Водная нагрузка часто приводит к пастозности тканей и даже к отекам. С целью предотвращения подобного эффекта, а также учитывая необходимость длительного приема средств с легким мочегонным эффектом, следует отдавать предпочтение фитопрепаратам, которые практически не имеют ограничений по времени приема. Препарат Канефрон® Н обеспечивает подобный эффект за счет специальных стандартизованных компонентов золототысячника, любистка и розмарина. Подчеркиваем еще раз, что контроль эффективности всех мер определяется по плотности мочи (≤ 1015 г/л).

Помимо мягкого мочегонного действия и нормализации рН мочи, к положительным эффектам Канефрона Н при терапии МКБ следует отнести его спазмолитическую активность и подавление патологической кристаллизации за счет наличия природных ингибиторов.

Таким образом, лечение МКБ с учетом этиопатогенетических факторов риска позволит уменьшить число рецидивов и, соответственно, количество случаев госпитализации, сеансов дистанционного дробления камней и оперативных вмешательств.

Список литературы находится в редакции.

Период сбора мочи (часов)	2	4	6	8	12	16	18	20	24
Фактор В ($\times 10^{-3}$)	5,1	4,3	3,9	3,6	3,2	3,0	2,9	2,8	2,7

Відносини «лікар—пацієнт» у правовому полі

На запитання читачів відповідає керівник юридичного бюро, фахівець з медичного права Олена Бабич



1. Я працюю лікарем-терапевтом у поліклініці. Останні декілька місяців мене ставлять на нічні чергування по стаціонару, але я розлучена і маю маленьку дитину. Наскільки це правомірно?

Відповідно до ст. 62, 177 Кодексу законів про працю України заборонено залучати до надурочних робіт жінок, які мають дітей віком до 14 років. Слід зазначити, що відповідно до наказу Міністерства праці і соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 р. № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» лікарні відносяться до постійно діючих підприємств, де запроваджуються чергування медичних працівників. Чергування в стаціонарах здійснюється за рахунок місячної та понадмісячної норми робочого часу працівника. Проте потрібно пам'ятати, що лікарів амбулаторно-поліклінічних підрозділів можна залучати до чергування в стаціонарі лише на договірних засадах і відповідно до графіків чергування. Тому керівництво на власний розсуд без Вашої згоди ставити Вас на чергування не має права.

2. Яким чином можна обмежити залучення працівників до надурочних робіт? Працюю черговим на ставку, проте дуже часто керівництво на власний розсуд ставить підробіток у межах додаткових 0,5 ставки. Я маю дитину, якій скоро виповниться 14 років. Чи правомірно керівництво ставить мене на чергування понаднормово?

Відповідно до ст. 32 Кодексу законів про працю України зміна режиму роботи, суміщення професій та встановлення або скасування неповного робочого часу можливі лише за умови письмового повідомлення працівника за 2 місяці; при цьому, якщо працівник відмовляється від зміни істотних умов праці, трудовий договір може бути припинено. Отже, самостійно змінювати істотні умови праці роботодавець не може. Також слід зазначити, що відповідно до частини 2 ст. 62 Кодексу законів про працю України застосування надурочних робіт можливе лише у виняткових випадках, які визначені законодавством, а жінки, які мають дітей до 14 років, можуть залучатися до надурочних робіт лише за їхньою згодою.

Таким чином, керівництво не може ставити Вас на чергування понаднормово без Вашої згоди.

3. Я закінчила медичний інститут, наразі вже 2 роки працюю в інтернаті, проте через сімейні обставини змушена переїхати до іншої країни. Яким чином можливо звільнитися з інтернатури, не допрацювавши до 3 років?

Пункт 9 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.1997 р. № 367. «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням» передбачає вичерпний перелік підстав для розірвання угоди з ініціативи випускника, проте переїзд до іншої країни не входить до переліку цих підстав. Ви можете звільнитися за власним бажанням, але відповідно до п. 21 цього ж наказу випускник зобов'язаний у встановленому порядку відповідно до державного або місцевого бюджету відшкодувати вартість навчання та компенсувати замовникові всі витрати. Водночас чинним законодавством не передбачена процедура такої компенсації.

4. Я працюю лікарем у м. Донецьку. У зв'язку з проведенням антитерористичної операції на сході України та небезпекою для життя я оформила відпустку без збереження заробітної плати. Термін відпустки закінчується, а повертатися в Донецьк все ще небезпечно. Яким чином мені продовжити відпустку, щоб не втратити посаду?

Листом Міністерства соціальної політики України від 08.07.2014 р. № 7302/3/14-14/13 передбачено, що працівники, які не виходять на роботу у зв'язку з переміщенням із районів проведення антитерористичної операції або залишаються у таких районах під час проведення антитерористичної операції і не мають змоги виходити на роботу у зв'язку з небезпекою для життя та здоров'я, не можуть бути звільнені за пунктом 4 ч. 1 ст. 40 Кодексу законів про працю України на підставі «прогул». Про продовження відпустки можна письмово (поштою, електронним, факсимільним зв'язком) попередити роботодавця. Оскільки інших причин для звільнення

немає, Ви не можете бути звільнені за нез'явлення на роботі під час проведення АТО.

5. Чи має право лікар, який не закінчив інтернатуру, надавати невідкладну допомогу?

Відповідно до ч. 3 ст. 3 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» громадяни зобов'язані за можливості надати людині, виявленій у невідкладному стані, необхідну допомогу. Отже, незалежно від того, пройшов лікар інтернатуру чи ні, він зобов'язаний буде надати першу медичну допомогу. Лікар, який є інтерном на момент надання допомоги, зобов'язаний надавати допомогу у розрізі своїх навиків і знань, оскільки основним завданням інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів, а також їх професійної готовності до самостійної лікарської (провізорської) діяльності.

6. Яким чином можна довести наявність стану алкогольного сп'яніння? Якими документами керується центральна районна лікарня при підтвердженні стану алкогольного сп'яніння?

Основними доказами стану алкогольного сп'яніння є медичний висновок; протокол огляду працівника на стан сп'яніння; інші докази, передбачені цивільно-процесуальним законодавством (свідчення осіб, записи камер відеоспостереження, залишена тара від спиртних напоїв тощо). Проте основним і безсумнівним доказом лишається медичний висновок. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.11.1997 р. № 339 «Про вдосконалення системи профілактичних протиалкогольних та протинаркотичних заходів та обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів» є основним нормативним актом, яким керуються лікарі при підтвердженні алкогольного сп'яніння. Також є спеціалізований акт – Постанова Кабінету Міністрів України від 17.12.2008 р. № 1103 «Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду».

Передплата на 2015 рік!

Здоров'я України

ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»
03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2,
тел./факс: +380 (44) 521-86-98
ЄДРПОУ 38419790, р/р 26007052613634 у ФКВ «Приватбанк»
Розрахунковий центр
м. Києва, МФО 320649
Свідоцтво платника єдиного податку (за ставкою 7%)
Серія А № 612706

Рахунок № 8 П-14/15
від «___» _____ 2015 р.

№ з/п	Назва видання	Кількість комплектів	Ціна без ПДВ (грн.)		Сума до сплати без ПДВ
			1 півріччя 2015 року (січень – червень)	2015 рік (січень – грудень)	
1	«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»	1	300,00 (12 номерів)	600,00 (24 номери)	
2	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
3	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
4	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
5	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
6	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»	1	100,00 (2 номери)	250,00 (5 номерів)	
7	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
8	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
9	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
10	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
11	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Клінічна фармація»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
12	Журнал «Серцева недостатність»	1	–	150,00 (3 номери)	
13	Журнал «Природна медицина» / Medical Nature	1	–	150,00 (3 номери)	
14	Журнал «Природна медицина. Фітотека»	1	–	90,00 (3 номери)	
Разом без ПДВ:					
ПДВ:				0,00	
Усього з ПДВ:					

(Пільга згідно з пп. 5.1.2 Закону України «Про податок на додану вартість») Усього на суму: _____ грн. _____ коп.
Без ПДВ

Генеральний директор
Головний бухгалтер

Т.В. Черкасова
Т.Є. Пашенко

ПРИМІТКА. Передплатник заповнює рахунок до сплати згідно з обраними виданнями та передплатним періодом.

Своєчасна доставка видань здійснюється за умови отримання редакцією заповненої картки-доручення.

Заповніть картку-доручення та надішліть її на адресу редакції у зручний для Вас спосіб:

- факсом – +380 (44) 521-86-98;
- поштою – ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя», вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035;
- електронною поштою – podpiska@health-ua.com

КАРТКА-ДУРУЧЕННЯ

Назва організації	Місяць передплати											
П.І.Б. та посада передплатника	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Поштова адреса												
Тел. (_____) _____ код міста												
Факс _____												
E-mail _____												
Зазначте період передплати на 2015 рік та кількість примірників на місяць												
Видання												
«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Клінічна фармація»												
Журнал «Серцева недостатність»												
Журнал «Природна медицина» / Medical Nature												
Журнал «Природна медицина. Фітотека»												

Добавляет
ценность диагнозу



СИНЭВО
медицинская лаборатория

**ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ**

Л.А. Луценко, Киевский городской клинический эндокринологический центр

Скрининг эндокринной патологии в практике семейного врача

Продолжение. Начало в № 3 (352).

Для семейного врача важно знать клинические «маски» гипотиреоза, что позволит своевременно принять решение о необходимости проведения лабораторного исследования с целью исключения нарушения функции щитовидной железы. «Маски» гипотиреоза, а также их проявления перечислены в таблице 4.

«Маски» гипотиреоза	Заболевания, состояния
Эндокринологическая	• Ожирение
	• Гиперпролактинемия
	• Нарушения полового созревания
	• Акромегалия
Терапевтическая	• ИБС
	• АГ
	• Нейроциркуляторная дистония
	• Артериальная гипотензия
	• Миокардит
	• Гепатит
	• Пиелонефрит
	• Гипокинезия желчевыводящих путей и кишечника
	• Полиартрит
	• Полиартрит
Гематологическая	• Железодефицитная анемия
	• Фолиеводефицитная анемия
	• Пернициозная анемия
Гинекологическая	• Нарушения менструального цикла
	• Бесплодие
Неврологическая	• Миопатия
	• Миалгия
Психиатрическая	• Депрессия
	• Гиперсомния

Лабораторные тесты, позволяющие диагностировать первичный гипотиреоз, — ТТГ и Т₄ св. Манифестный гипотиреоз сопровождается повышением уровня ТТГ и снижением значений Т₄ св. Для субклинического гипотиреоза характерно увеличение концентрации ТТГ в сочетании с нормальным уровнем Т₄ св.

Тиреотоксикоз — клинический синдром, развивающийся в результате избытка гормонов щитовидной железы. Субклинический тиреотоксикоз — состояние, характеризующееся сниженным уровнем ТТГ, при этом уровни Т₄ св. и свободного трийодтиронина (Т₃ св.) остаются в пределах нормы.

Распространенность манифестного тиреотоксикоза варьирует от 0,2 до 1,2% [6], субклинического — от 0,8 до 4,2%. Тиреотоксикоз ассоциируется с повышением уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и является одной из весомых причин нарушений сердечного ритма. Субклинический тиреотоксикоз также сопровождается рядом неблагоприятных эффектов на сердечно-сосудистую систему. Риск фибрилляции предсердий у лиц в возрасте старше 60–65 лет с субклиническим тиреотоксикозом увеличивается в 2,8 раза [7, 8]. Тиреотоксикоз (как явный, так и субклинический) потенцирует снижение минеральной плотности костной ткани с последующими переломами, особенно у женщин. Необходимо помнить,

что у лиц пожилого возраста токсический зоб характеризуется моносимптомностью. Это могут быть изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, сердечная недостаточность, мерцательная аритмия), желудочно-кишечного тракта (поражение печени, кишечника).

Для диагностики тиреотоксикоза важным является определение уровней ТТГ, Т₄ св. и Т₃ св. При этом аналитическая чувствительность тест-системы для определения ТТГ должна быть достаточно высокой (не ниже третьего поколения), что даст возможность выявлять очень низкие концентрации ТТГ в крови и субклинические формы заболевания. Манифестный тиреотоксикоз характеризуется повышением уровня Т₄ св. и Т₃ св. и снижением уровня ТТГ. Для субклинического тиреотоксикоза типично уменьшение концентрации ТТГ в сочетании с нормальными значениями Т₄ св. и Т₃ св.

При обследовании пациентов с тиреотоксикозом определяют антитела к рецепторам ТТГ (рТТГ), которые являются специфическим маркером диффузного токсического зоба и выявляются у 99–100% пациентов с данным заболеванием [9].

Для выяснения этиологии субклинического тиреотоксикоза показано определение аутоантител к тиреопероксидазе и рТТГ. Прогностическая ценность определения антител к рТТГ (до операции) представлена в таблице 5.

Уровень антител к рТТГ	Прогноз
Антитела к рТТГ >10–15 МЕ/л	Тяжелое и неблагоприятное течение тиреотоксикоза
Антитела к рТТГ >46 МЕ/л	Длительная ремиссия невозможна
Титр антител к рТТГ снижается менее чем на 50% за 6 мес	Низкая вероятность длительной ремиссии

Относительно скрининга субклинического тиреотоксикоза в общей популяции в настоящее время единого мнения нет. При этом большинство признанных экспертов в этой области приветствуют определение ТТГ в группах повышенного риска, к которым относятся лица с отягощенным семейным анамнезом касательно патологии щитовидной железы, пациенты с СД I типа и другими аутоиммунными заболеваниями, больные с клиническими симптомами тиреотоксикоза или нарушениями структуры железы согласно данным ультразвукового исследования [10].

Третье место в структуре эндокринной патологии (после СД и заболеваний щитовидной железы) занимает первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ). ПГПТ — заболевание, характеризующееся избыточной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) при соответствующем верхней границе нормы или повышенном уровне кальция в крови вследствие первичной патологии околощитовидных желез. По данным М. Уей (2013), в США выявляют около 120 случаев ПГПТ на 100 тыс. населения. В Украине ПГПТ диагностируют у 30–50 пациентов в год (зачастую на этапе необратимых изменений в органах и системах). Поздняя диагностика данной патологии связана с длительным скрытым периодом течения, клиническим полиморфизмом заболевания и недостаточной настороженностью врачей. Многие специалисты (кардиологи, травматологи, гастроэнтерологи, урологи и др.) воздействуют на проявления ПГПТ, часто забывая о необходимости диагностики ПГПТ как причины многих патологических состояний (табл. 6) и фактически назначая пациенту симптоматическое лечение [11].

Врачу необходимо обращать внимание на следующие жалобы пациента: мышечную слабость, боль в костях, жажду, частые мочеиспускания. Изучая анамнез, следует выяснить наличие переломов, язвенной болезни, АГ, нарушений сердечного ритма, признаков остеопороза (на рентгенограммах). Также нужно помнить о наличии

Локализация	Клинические проявления ПГПТ
Центральная нервная система	• Снижение концентрации внимания
	• Деменция
	• Депрессия
	• Психозы
Опорно-двигательный аппарат	• Остеопороз
	• Гиперпаратиреоидная остеоидрофия
	• Переломы
	• Проксимальная миопатия
Желудочно-кишечный тракт	• Запоры
	• Язвенная болезнь (язва локализуется преимущественно в двенадцатиперстной кишке; молочно-щелочная диета приводит к обострению)
	• Желудочно-пищеводный рефлюкс
	• Желчнокаменная болезнь
Мочевыделительная система	• Полиурия, полидипсия, изостенурия, снижение клубочковой фильтрации
	• Мочекаменная болезнь, нефрокальциноз
Сердечно-сосудистая система	• АГ
	• Укорочение интервала QT
	• Повышение чувствительности к препаратам наперстянки
Системные проявления	• Общая слабость
	• Дегидратация
	• Кальцификация роговой оболочки, других органов и тканей

субклинических (мягких) форм ПГПТ, для которых характерно отсутствие или неспецифичность клинической симптоматики (слабость, утомляемость, снижение памяти, непостоянные артралгии и оссалгии), а повышенный уровень кальция или ПТГ обнаруживается случайно.

Таким образом, в группу повышенного риска ПГПТ входят пациенты с моче-, желчнокаменной и язвенной болезнью, АГ, катарактой, остеопорозом, частыми и множественными переломами, плохим состоянием зубов и т. д. Любая из вышеперечисленных патологий — основание для исключения ПГПТ.

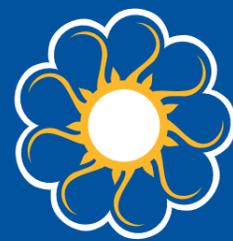
Принимая во внимание широкую распространенность ПГПТ и наличие асимптомной и малосимптомной форм, единственно правильным путем своевременной диагностики гиперпаратиреоза может считаться скрининг. Ключевым в диагностике патологии околощитовидных желез, и в частности ПГПТ, является определение уровня интактного паратиреоидного гормона (ПТГ₁₋₈₄), который обладает гормональной активностью [12]. Повышенный уровень интактного ПТГ свидетельствует о наличии гиперпаратиреоза и требует дополнительного обследования у эндокринолога.

Таким образом, актуальной задачей для семейного врача является своевременная диагностика заболеваний, которые могут быть ассоциированы с кардио-, гастро- и другой патологией. Главная роль в своевременном выявлении субклинических вариантов эндокринных заболеваний, таких как СД, нарушение функции щитовидной железы, гиперпаратиреоз, принадлежит лабораторным методам скрининга.

Список литературы находится в редакции.



НАДІЙНИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ПАРТНЕР



СІНЕВО
медична лабораторія

Понад 140 лабораторних
центрів у 34 містах України

> **15'000** ЛІКАРІВ
ОБРАЛИ «СІНЕВО»



Міжнародний
контроль якості



RIQAS

INTERNATIONAL

DGKL

GERMANY

ISO-9001

СИСТЕМА ЯКОСТІ

Найкраще світове
обладнання

Автоматизований
лабораторний процес



ЛАБОРАТОРНІ ТЕСТИ

Більше ніж 1500
лабораторних тестів

1080 **Глікований
гемоглобін
(HbA1c)**

1021 **Паратгормон
(ПТГ, РТН)**

1004 **Тиреотропний
гормон (ТТГ)**

0 800 50 70 30

безкоштовно зі стаціонарних телефонів по Україні

www.synevo.ua

facebook.com/SynevoLab

КВІКС®

Назальний спрей
з водою Атлантичного океану



Сила океану перемагає нежить!

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

Реклама виробів медичного призначення. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та обов'язково ознайомтеся з інструкцією для застосування. Повна інформація про виробництво медичного призначення міститься в інструкції для застосування. Свідоцтва про державну реєстрацію №9965/2010 від 03.12.2010 р. №532, №13999/2014 від 27.06.2014 р. №823, №14000/2014 від 27.06.2014 р. №823. UA_QUI-021-2014. Затверджено до друку 05.03.2015

Виробник: Фармастер, Виробнича зона де Краффт, 67150 Ерстейн, Франція.

Повноважний представник в Україні: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ». Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 354-17-17, факс: (044) 354-17-18.



BERLIN-CHEMIE
MENARINI