

НОВИТИ

МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

у світі

СЕРІЯ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»



АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
ВНУТРІШНІХ
ХВОРОБ

у практиці
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

У ПРОДАЖУ!
www.bookvamed.com.ua

50 000 прим.

№ 13, 14 (734, 737) • 2020 Індукується: Google Scholar, Science Index

БЕЗКОШТОВНА ПЕРЕДПЛАТА **Сторінка**
на електронні видання **18-19**
у світі



Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення¹
Дименгідринат + цинаризин



ПЕРША ЛІНІЯ лікування запаморочення⁴



Швидка дія^{4, 5, *}

№1 у Німеччині²

Ефективніший
за бетагістин та
інші препарати⁴

Добре
переноситься^{3, 4}



По
1 табл.
3 рази на день¹

* Бже протягом першого тижня.
1. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® № 707 від 25.03.2020. Р.П. UA/14331/01/01.
2. Препарат № 1 від запаморочення за рівнем продажу в Європі у Німеччині. IMS data MAI/06/2017
3. Shremmer D. Clin Drug Invest. 1999. Nov; 18 (5): 355-368.
4. Trinius K. F. Ukraine Health. Special Issue "Neurology, Psychiatry, Psychology". 2015. Dec; 4 (35): 3, 6-8.
5. Scholtz et al., Clin Drug Investig. 2012; 32(6): 387-399.

АРЛЕВЕРТ®. 1 таблетка містить цинаризину 20 мг та дименгідринату 40 мг.
Лікарська форма. Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Комбінований препарат цинаризину. Код АТХ N07CA52. **Показання.** Симптоматичне лікування запаморочення різного генезу.
Протипоказання. Алергічні реакції або гіперчутливість на будь-який із компонентів препарату. Тяжкі порушення функції нирок та печінки. Закритокутова глаукома. Судоми. Підозри на підвищений внутрішньочерепний тиск. Алкоголізм. Затримка сечі та інше. **Спосіб застосування та дози.** По 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість застосування препарату 4 тижні. Рішення про більш тривале лікування повинен приймати лікар. **Побічні реакції.** Сонливість, головний біль, сухість у роті, біль в животі, парестезія та інші.
Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник.** Хенніг Арцнайміттель ГмБХ & Ко КГ, Лібігштрассе 1-2, 65439 Фльорсхайм-на-Майні, Німеччина.
За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® № 707 від 25.03.2020. Р.П. UA/14331/01/01.
Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмБХ»
Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.





німесулід
Німесил[®]

**НІМЕСУЛІД № 1
В УКРАЇНІ¹**

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО БОЛЮ^{2*}**



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ М01А Х17. **Склад:** 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліді повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліді (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом - 15 діб. З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до німесуліді, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Тяжке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, лабільність артеріального тиску, диспепсія, гіпотермія та ін. **Виробник.** Лабораторіос Менаріні С.А./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

1. За результатами роздрібного продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі М01А Х17 «Німесулід» за 2018–2019 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкція для медичного застосування препарату Німесил[®] № 1625 від 17.07.2019. * Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Код UA-NIM-04-2020-V1-press. Дата затвердження 01.06.2020.

Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу Німесил[®].

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесил[®], затверджена наказом МОЗ України № 1625 від 17.07.2019, Р.П. № UA/9855/01/01.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-33-88, факс: (044) 494-33-89.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

ЗМІСТ

ПРАКТИЧНІ
РЕКОМЕНДАЦІЇ

Ревматическая полимиалгия:
объединяя усилия европейских
ревматологических обществ 3



ДАЙДЖЕСТ

ВОЗ прогнозирует, что первые поставки
вакцин против COVID-19 начнутся
в первой половине 2021 года 6

EMA представило новые требования
к безопасности вакцин
против коронавируса 6

Найдены еще два лекарства,
которые ускоряют выздоровление
от COVID-19 6

Американский регулятор впервые
одобрил экспресс-тесты на COVID-19
для домашнего использования 6

Ученые проверили генную терапию
инсульта 6

Кишечная флора снижает эффективность
лекарств от диабета 6



НОВИНИ

США отменили права
на препарат Арлеверт® 7

Moderna подала результаты клинических
исследований своей вакцины
против COVID-19 7

Об органических нарушениях
у пациентов с долгим ковидом 15

FDA одобрило комбинацию антител
от Regeneron для лечения COVID-19 15

МЕДИЦИНА
СЬОГОДНІ

Синдром чувливости шкіри,
клінічні прояви і їх корекція 8

ДОВІДНИК
ФАХІВЦЯ

Надлишкова маса тіла та її наслідки.
В чому ризик? 10

Неалкогольна жирова хвороба печінки
в осіб з нормальною вагою:
сучасні уявлення та підходи
(огляд літератури) 12

КЛІНІЧНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ

Порушення харчової поведінки
при різних фенотипах ожиріння
у дітей 11

СЛОВО
ВЕТЕРАНУ

Политическое просвещение 16



ПЕРЕДПЛАТА

Передплата — 2021 18

УЛЮБЛЕНА
СТОРІНКА

7 отличных вопросов,
которые помогут вам завязать
разговор с кем угодно 20

Самые короткие в мире
рассказы 20

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ: ОБЪЕДИНЯЯ УСИЛИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ

ПУЗАНОВА О.Г.¹, МОШКОВСКАЯ Ю.О.², СОБОЛЬ В.О.²

¹Киевский медицинский университет, г. Киев, Украина

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

ВВЕДЕНИЕ

Постарение популяции диктует необходимость усиления доказательной базы специфических гериатрических синдромов, ревматических заболеваний (РЗ) с поздним дебютом и РЗ пожилого возраста. Особого внимания международного сообщества ревматологов, интернистов, врачей общей практики заслуживает ревматическая полимиалгия (РП) — второе по распространенности после ревматоидного артрита воспалительное РЗ, развивающееся почти исключительно в возрасте старше 50 лет, чаще в 70–79, у женщин в 2–3 раза чаще, чем у мужчин, и не имеющее специальных диагностических тестов [1–3]. В отсутствие последних диагноз РП остается клиническим диагнозом исключения, что последовательно отражено в разработках Европейской антиревматической лиги (EULAR) и Американской коллегии ревматологов (ACR) 2012 и 2015 г. [4, 5], а также в рекомендациях Немецкого ревматологического общества (DGRh), Австрийского общества ревматологии и реабилитации (ÖGR), Швейцарского ревматологического общества (SGR) и других научно-медицинских ассоциаций и организаций 2018 г. [6].

Актуальность совершенствования методов лечения РП обусловлена и прямой связью типичных для этого заболевания остроты и выраженности полимиалгического синдрома с проблемой безопасности приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в пожилом возрасте. Важной клинической ассоциацией РП, требующей неотложной консультации ревматолога и эскалации доз глюкокортикоидов (ГК), является гигантоклеточный артериит (ГКА) и связанный с ним повышенный риск развития необратимой слепоты и аортальных осложнений. Остается открытым вопрос сопряженности РП со злокачественными опухолями — как фактора риска (ФР) их развития или паранеопластического синдрома [7–16].

Целью публикации является общая характеристика и обсуждение основных положений и доказательной базы рекомендаций (руководства) по ведению РП Немецкого, Австрийского и Швейцарского ревматологических обществ 2018 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ DGRh/ÖGR/SGR
(2018) ПО ВЕДЕНИЮ РП

В обсуждаемом руководстве [6] указано на недостаточную изученность этиологии и патогенеза РП и такие возможные ФР ее развития, как «генетические, инфекционные, процессы старения иммунной и сосудистой систем и эндокринные нарушения». Со ссылкой на С. Dejaco и F. Muratore и соавт. (2016) [8, 15] отмечена «возможная связь более выраженных системных, суставных и около-суставных симптомов воспаления с существующим васкулитом». По итогам систематического обзора F. Buttgerit и соавт. (2016) [7], самым частым клиниче-

ским признаком РП названа двусторонняя боль в плечах (95%), другими типичными симптомами — остро или подостро возникшая боль в шее или тазовом поясе и выраженная утренняя скованность, возможными проявлениями — артриты и теносиновиты проксимальных суставов (плечевых, тазобедренных) и дистальных (суставов кисти, коленных), а также конституциональные признаки — лихорадка, ухудшение аппетита, слабость и/или похудение [8, 14]. Подчеркнуто, что на практике диагноз РП устанавливается при сочетании типичных клинических проявлений с повышенной скоростью оседания эритроцитов (СОЭ) и/или уровнем С-реактивного белка (СРБ), и точность диагноза возрастает при выявлении поддельтовидного бурсита, теносиновита двуглавой мышцы плеча и/или синовита плечевого сустава [7]; круг дифференциальной диагностики включает поздний дебют РА, ГКА, хондрокальциноз, инфекции и злокачественные опухоли [8, 15].

Отмечая важность разработок EULAR/ACR 2012 и 2015 г. [4, 5], в 2018-м немецкие, австрийские и швейцарские эксперты указали на «большое разнообразие подходов к ведению РП в клинической практике в немецкоязычных странах, Европе и мире в целом». В центре их внимания оказался вопрос применения фармакологических и нефармакологических подходов для достижения оптимального соотношения пользы и риска при лечении РП. Целевой группой руководства DGRh/ÖGR/SGR определены «все взрослые пациенты с клиническим подозрением на РП». Разработка предназначена «для всех врачей, занимающихся ведением больных РП, прежде всего ревматологов, а также задействованных представителей не врачебных профессиональных групп... и, возможно, пациентов и их родственников». Ее основу составили рекомендации EULAR/ACR (2015) [5], «адаптированные для немецкоязычных стран» [6].

Ранее нами установлено участие большого количества специальных медицинских сообществ и общественных организаций в разработке, региональной адаптации и внедрении клинических рекомендаций в Германии [17]. Соавторами обсуждаемого руководства DGRh/ÖGR/SGR стали представители Немецкого общества гериатрии (DGG), Немецкой ревматической лиги, Немецкого общества внутренней медицины (DGIM), Немецкого общества ортопедии и хирургической ортопедии (DGOOC), Немецкого общества физической медицины и реабилитации (DRPMR) и Немецкого общества общей медицины (DGAM). Заседания рабочей группы были проведены в апреле 2016 и феврале 2017 г. При разработке общих принципов и специальных рекомендаций использовали формат PICO (Patients, Intervention, Comparison, Outcome), что позволило сформулировать 12 структурированных вопросов по вмешательствам и 10 по прогностическим факторам, а также методики GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) и QUIPS (Quality-In-Prognosis Studies) — для оценки качества клинических исследований

(КИ), посвященных вмешательствам и прогнозу соответственно. Доказательную базу составили 52 первоисточника, учтенные в рекомендациях EULAR/ACR (2015), и 2663 публикации, найденные в период 01.2014–07.2016 (из которых были отобраны три: одна, представившая итоги открытого моноцентрового КИ применения тоцилизумаба у 10 больных РП [18], и две, посвященные ФР неблагоприятных исходов [16, 19]). Поисковые термины были «релевантны названию РП, используемому с 1970 г.». Поиск проведен в компьютерных базах данных Cochrane Library, Medline, Embase, CINAHL, Web of Science и дополнен электронным и ручным поиском в «серой литературе», а именно реестрах КИ и материалах конгрессов ACR, EULAR, Британского общества ревматологов и международных конгрессов, посвященных РП, ГКА и другим васкулитам; кроме того, были изучены первоисточники опубликованных статей и проведен опрос экспертов на предмет «возможных дальнейших публикаций» [6].

Пять общих принципов (А, В, С, D, E) ведения больных РП в Германии, Австрии и Швейцарии, предложенные рабочей группой DGRh/ÖGR/SGR, приведены в табл. 1. Авторы исходили из того, что РП-подобные заболевания исключены и пациенты находятся под наблюдением ревматолога, но с общими подходами также ознакомлены семейные врачи, ортопеды, гериатры, физиотерапевты, реабилитологи. Необходимость ведения ревматологами именно пациентов с атипичными проявлениями, осложненным течением или частыми рецидивами РП отражает принцип С [6].

Что касается предикторов неблагоприятных исходов, в руководстве приведены итоги ретроспективных исследований А.Т. Hancock и соавт. (Великобритания, 2014) [19] и F.G. Yurdakul и соавт. (Турция, 2015) [16]. В первом, включившем 3249 пациентов первичного звена с РП и 12 735 лиц контрольной группы, доказана связь риска развития сердечно-сосудистых событий с возрастом и мужским полом; когорту второго исследования составил 41 пациент, и различий по ответу на ГК на 3-й нед. лечения в зависимости от пола и наличия/отсутствия периферического артрита не было выявлено.

Обсуждая противоречивость доказательств связи РП с наличием и риском развития злокачественных опухолей, авторы руководства DGRh/ÖGR/SGR сослались на шесть источников (проведенный нами анализ показал, что лишь один из них опубликован в 2017 г., тогда как остальные — в 1993–2002 гг.). При этом была отмечена невозможность разработки общей или специальной рекомендации по выявлению опухолей при РП, отличной от общепринятых положений по онкоскринингу в соответствующих возрастных группах [6]. Приведены данные J.E. Naschitz и соавт. (1996–1997) о большей вероятности паранеопластического характера РП при наличии выраженных конституциональных признаков у лиц моложе 50 лет, асимметричности симптомов, недостаточной эффективности ГК, СОЭ < 40 или > 100 мм/ч и на-

личии периферического артрита [20, 21], а также данные M. Bellan и соавт. (2017) о том, что «наиболее сильными предикторами» паранеопластической природы РП являются наличие ≥ 6 болезненных суставов, возраст ≥ 75 лет и мужской пол [22]. Обращаясь к принципу С (табл. 1), мы видим, что именно периферический артрит, системные проявления, но и более низкий уровень маркеров воспаления и более молодой возраст (< 60 лет) отнесены к **атипичным** симптомам и признакам, определяющим ведение пациента ревматологом (в рекомендациях EULAR/ACR — направление на консультацию [5]) и, соответственно, его онкологическую настороженность.

Важной предпосылкой создания руководства DGRh/ÖGR/SGR (2018) на основе рекомендаций EULAR/ACR (2015) и новых доказательств явился систематический обзор F. Buttgerit и соавт. (2016), включивший 20 рандомизированных клинических исследований (РКИ) эффектов лечебных вмешательств (в целом у 1016 пациентов с РП/ГКА) и 30 исследований применения визуализирующих методов для диагностики и/или оценки эффективности терапии (всего 2080 участников). В отношении РП итоги обзора подтвердили эффективность ГК как средств первой линии (в дозе 12,5–25 мг/сут по преднизолону) и полезные эффекты добавления метотрексата, такие как снижение кумулятивной дозы ГК (на 20 %) и частоты рецидивов (на 36 %) [7].

Сопоставив указанные в табл. 1 пять принципов DGRh/ÖGR/SGR с восемью, ранее разработанными EULAR/ACR, отметим как **отсутствие значимых различий между ними, так и четкое определение EULAR/ACR ряда исследований «дополнительными»** (а именно: содержания в крови белковых фракций, витамина D, тиреотропина, креатинкиназы, антиядерных и антинейтрофильных цитоплазматических антител, тестов на туберкулез, рентгенографии органов грудной клетки) и предложение ими учитывать у больных РП **несколько большего перечня сопутствующих болезней** (включая недавние переломы, ФР развития глаукомы и ФР развития ПЭ ГК-терапии). Кроме того, индивидуальный план ведения каждого пациента, персонализированный выбор стартовой дозы и схемы последующего титрования ГК, важность доступа к индивидуальному курсу физических упражнений и быстрого прямого доступа к медицинскому персоналу (при развитии рецидивов или ПЭ терапии) выделены EULAR/ACR как отдельные принципы [1, 5].

Залогом успешного лечения РП в руководстве DGRh/ÖGR/SGR признано **совместное принятие решений врачом и ответственно обученным пациентом**.

В табл. 2 представлены **специальные рекомендации DGRh/ÖGR/SGR** по ведению РП — их пять, причем 2-я состоит из пяти подпунктов [6], тогда как ранее EULAR/ACR предложили десять [5]. Их градация в немецкоязычном руководстве соответствует принятой в Германии системе AB0: А — сильная рекомендация с формулировкой «*должно, нужно*» (нем.: soll), В — условная рекомендация с формулировкой «*следует, может*» (нем.: sollte, kann), 0 — «*не может быть дано рекомендаций*». Как видно из табл. 2, почти по всем положениям достигнут высокий уровень согласия разработчиков (как и по общим принципам), однако в основу 70 % положений (7 из 10) положено экспертное мнение, а не эпидемиологические доказательства. Систематическими обзорами подкреплены две рекомендации (№ 3 и 4), итогами РКИ — одно положение (№ 2с), т.е. 20 и 10 % положений соответственно.

Таблица 1. Общие принципы ведения больных ревматической полимиалгией в Германии, Австрии и Швейцарии (6)

Принцип	Уровень согласия*
А. Даже при достаточных клинических данных следует исключать болезни с РП-подобными симптомами (невоспалительные, воспалительные, лекарственно-индуцированные, эндокринные, инфекционные, онкологические)	9,5
В. Правило наилучшей клинической практики предполагает проведение у каждого пациента с РП соответствующих лабораторных и/или инструментальных исследований до начала лечения. С учетом имеющихся клинических признаков и симптомов и вероятности другого диагноза могут быть выполнены следующие тесты: — лабораторные: анализы крови на содержание РФ, анти-ЦЦП, СРБ, СОЭ, форменных элементов, глюкозы, креатинина, кальция, щелочной фосфатазы, витамина D, электрофорез белков сыворотки, функциональные пробы печени, анализ мочи с помощью индикаторной полоски, анализ крови на ТТГ, КК, АНА, АНЦА или тесты на туберкулез; — инструментальные: рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, денситометрия. Согласно правилу наилучшей клинической практики, у каждого пациента с РП должны быть учтены сопутствующие заболевания и лечение, такие как АГ, СД или нарушение толерантности к глюкозе, ССЗ, дислипидемия, пептическая язва, остеопороз, катаракта, глаукома, инфекции, прием НПВС. Значение ФР неблагоприятного прогноза остается неясным. Возможные ФР развития более частых рецидивов и/или потребности в более длительном лечении — женский пол, СОЭ > 40 мм/ч и наличие периферического артрита	9,63
С. Наблюдению у ревматолога обычно подлежат пациенты с атипичными признаками и симптомами (такими как периферический артрит, системные проявления, более низкие показатели воспаления, возраст < 60 лет), повышенным риском развития или имеющимся ПЭ терапии, и/или повторными рецидивами, и/или потребностью в более длительной терапии	9,13
Д. При ведении РП следует стремиться к оказанию наилучшей медицинской помощи, основанной на совместных решениях пациента и врача. Это предполагает адекватное информирование пациентов о последствиях РП и ее лечения	9,88
Е. Повторные визиты проводят каждые 4–8 нед. на 1-м году; каждые 8–12 нед. на 2-м году, а также при рецидивах и развитии ПЭ; при необходимости — после отмены фармакотерапии. На каждом визите оценивают следующие клинические и лабораторные параметры: активность болезни, ФР или наличие ПЭ лечения, сопутствующие болезни и лечение, рецидив, длительность терапии	9,00

Примечания: * — по шкале от 0 («отсутствие согласия») до 10 («максимальное согласие»); АГ — артериальная гипертензия; АНА — антиядерные антитела; анти-ЦЦП — антитела к циклическому цитруллинированному пептиду; АНЦА — антинейтрофильные цитоплазматические антитела; КК — креатинкиназа; ПЭ — побочный эффект; РФ — ревматоидный фактор; СД — сахарный диабет; ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание; ТТГ — тиреотропный гормон.

В унисон с позицией EULAR/ACR (2015) в немецкоязычном руководстве указано, что ГК хорошо зарекомендовали себя в клинической практике и **остаются средствами 1-й линии** терапии РП, поскольку в большинстве случаев приводят к быстрому и выраженному улучшению. В лечении РП **не следует использовать**

НПВС, т.к. потенциальный риск развития ПЭ превышает ожидаемую, обычно большую терапевтическую пользу. НПВС и/или анальгетики разрешается применять как дополнительные средства — при наличии боли, обусловленной другой причиной. Специфические рекомендации по анальгетикам не могут быть даны.

Невозможность точнее сформулировать рекомендацию относительно **стартовой дозы ГК** объяснена тем, что при создании руководства было найдено «слишком мало публикаций высокого уровня доказательности... и слишком много подгрупп пациентов с различным клиническим профилем» [6]. Таким образом, согласо-

Таблица 2. Специальные рекомендации по ведению больных ревматической полимиалгией в Германии, Австрии и Швейцарии (6)

№	Рекомендация	Уровень согласия**
1	Непосредственно после установления диагноза РП должна быть начата ГК-терапия. Уровень доказательств* 5	10,00
2	Дозу ГК нужно подбирать индивидуально у каждого пациента с РП. Следует назначать дозу высокую, насколько необходимо, но низкую, насколько возможно. Уровень доказательств* 5	10,00
2a	Способ применения ГК: при лечении РП их следует принимать внутрь. Уровень доказательств* 5	9,25
2b	Время применения ГК: при лечении РП их следует принимать однократно утром. Уровень доказательств* 5	9,00
2c	Начальная доза ГК: в большинстве случаев ГК-терапию РП следует начинать с дозы 15–25 мг/сут по преднизолону. Доза ГК не должна быть $\leq 7,5$ мг/сут или ≥ 30 мг/сут. Уровень доказательств* 2	9,00
2d	Уменьшение или коррекция дозы: дозу ГК нужно снижать постепенно, регулярно контролируя активность болезни, данные лабораторных тестов и развитие ПЭ. Рекомендуются такие принципы снижения или коррекции дозы ГК: — при первоначальном снижении следует достигать дозы 10 мг/сут внутрь по преднизолону в течение 4–8 нед., — в дальнейшем следует уменьшать суточную дозу преднизолона, принимаемого внутрь, на 1 мг каждые 4 нед. до полной отмены. В случае повышения активности болезни (развития рецидива) в ходе снижения дозы ГК следует увеличить суточную дозу преднизолона, принимаемого внутрь, по меньшей мере до прецидивного уровня, после чего постепенно снижать дозу в течение 4–8 нед. до той, на которой возник рецидив. Уровень доказательств* 5	9,13
2e	Длительность лечения. Продолжительность приема ГК должна быть индивидуально подобрана у каждого пациента с РП. Следует лечить столь долго, сколько нужно, но и недолго, насколько возможно. Уровень доказательств* 5	10,00
3	Раннее присоединение к ГК метотрексата следует рассмотреть прежде всего у пациентов с повышенным риском развития рецидивов и/или более длительного приема ГК, а также у имеющих ФР, сопутствующие заболевания и/или терапию, т.е. высокую вероятность развития ПЭ ГК. Назначение метотрексата также можно обсуждать при развитии рецидива (или рецидивов), неадекватном ответе на ГК или развитии их ПЭ. Уровень доказательств* 1	8,38
4	Больные РП не должны получать лечение блокаторами ФНО- α . Уровень доказательств* 1. Рекомендации в отношении других биологических агентов, включая тоцилизумаб, не могут быть даны в настоящее время	10,00
5	В дополнение к фармакотерапии пациентам следует предлагать индивидуальную программу физических упражнений — особенно старшим и/или ослабленным. Уровень доказательств* 5	9,25

Примечания: * — градация уровней доказательств относительно вмешательств, принятая Оксфордским центром доказательной медицины (www.cebm.net/index.aspx?o=5653): 1 — систематический обзор нескольких рандомизированных исследований; 2 — единичные рандомизированные исследования, доказавшие выраженный эффект; 3 — нерандомизированные исследования; 4 — серии случаев, исследования типа «случай — контроль» или с историческим контролем; 5 — экспертное мнение; ** — по шкале от 0 («отсутствие согласия») до 10 («максимальное согласие»); ФНО — фактор некроза опухоли.

вано *индивидуальное* определение минимальной эффективной дозы с учетом имеющихся ФР развития ПЭ ГК, рецидивов РП и необходимости длительного приема ГК, а также сопутствующих болезней и их лечения, что позволит достичь наилучшего соотношения пользы и риска.

Отметив преобладание в Германии, Австрии, Швейцарии и других немецкоязычных странах назначений ГК внутрь (при РП в частности), авторы руководства указали на «возможность внутримышечного применения метилпреднизолона (МП) — на усмотрение врача» [6]. Докладательную базу этой альтернативы составили успешные результаты применения МП в стартовой дозе 120 мг каждые 3 нед. в двойном слепом сравнительном исследовании В. Dasgupta и соавт. (1998) [23].

При формулировке положения о *времени приема ГК* авторы обсуждаемого руководства учли «отсутствие КИ по этому вопросу, опирались на клинический опыт и вероятность... развития гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой недостаточности, нарушений циркадных ритмов и сна» и высказались против разделения суточной дозы ГК во всех случаях РП. По их мнению, это возможно в отдельных ситуациях, таких как появление ночных болей при достижении дозы < 5 мг/сут по преднизолону. Приведены данные М. Cutolo и соавт. (2017), изучивших в небольшом КИ (n = 62) эффекты применения при недавно развившейся РП преднизолона с модифицированным высвобождением по сравнению с обычным преднизолоном: на 4-й нед. часть пациентов, ответивших на терапию, в основной группе оказалась большей, чем в контрольной (53,8 % против 40,9 %) [24]. Однако на формулировке рекомендации это доказательство не отразилось [6].

В отношении *стартовой дозы ГК* DGRh/ÖGR/SGR рекомендует рассматривать назначение больших доз (до 25 мг/сут по преднизолону) большим РП с повышенным риском развития рецидивов и низким риском развития ПЭ ГК; меньшим дозам (около 15 мг/сут) следует отдавать предпочтение у пациентов, имеющих СД, остеопороз, глаукому или другие ФР развития ПЭ ГК. Указано, что в *немецкоязычных странах Европы не принято начинать лечение РП с дозы 12,5 мг/сут*. Подчеркнута необходимость «индивидуального» подхода к снижению дозы ГК в ходе лечения РП и коррекции доз при развитии рецидивов заболевания, что подразумевает учет профиля ФР и результатов клинико-лабораторного мониторинга пациентов, включающего контроль переносимости ГК [6]. При этом руководство DGRh/ÖGR/SGR ссылается на рекомендации EULAR 2010 г. по мониторингу ПЭ низкодозовой ГК-терапии в клинических испытаниях и медицинской практике [25] и более позднюю разработку индекса токсичности ГК (Miloslavsky E.M. и соавт., 2017) [26]. Отмечены принципы скорейшего снижения больших стартовых доз (таких как 25 мг/сут) по сравнению с меньшими (15 мг/сут) и поддержания «здоровья костей» на основе рекомендаций немецкоязычных научных обществ остеологии 2009 и 2014 г. [27, 28].

Обращает на себя внимание отсутствие в немецкоязычном руководстве указаний на целесообразность повышения дозы ГК при персистенции симптомов и подтверждении диагноза РП через 2–4 нед. в соответствии с алгоритмом EULAR/ACR (2015) [1, 2, 5].

Что касается *метотрексата*, то, в отсутствие «типичной клинической ситуации, при которой несомненно показано его назначение», и ссылаясь на публикации 1985–2013 гг. [29–37], авторы руководства DGRh/ÖGR/SGR указали на необходимость индивидуализированного приме-

нения этого препарата при РП и целесообразность рассмотрения его прежде всего у женщин, в случаях значительно повышенной СОЭ (> 40 мм/ч), наличия периферического артрита или сопутствующих заболеваний, повышающих риск развития ПЭ ГК [6]. Именно эти факторы считают основными (хотя и не установленными) ФР рецидива/потребности в длительной терапии, а периферический артрит — атипичной манифестацией РП [1, 5], что в итоге предполагает назначение метотрексата именно ревматологом.

Достигнуто общее согласие с тем, что дополнительная терапия метотрексатом должна быть рассмотрена при рецидиве/рецидивах РП, неадекватном ответе на ГК или развитии их ПЭ. Созвучно с разработкой EULAR/ACR (2015) [5] и обзорами F. Buttgerit и С. Dejaco и соавт. (2016) [7, 8], в руководстве для немецкоязычных стран указано, что на основе этих положений составили «частично противоречивые» итоги нескольких рандомизированных и одного ретроспективного КИ; кроме того, отмечено лучшее качество исследований, подтвердивших пользу метотрексата при РП (в отношении частоты рецидивов, кумулятивной дозы ГК и возможности их отмены), по сравнению с теми, в которых получили негативные результаты. У лиц с нарушенной функцией почек рекомендовано избегать лечения метотрексатом или тщательно его контролировать. Отмечена слабая доказательная база экономических эффектов метотрексата при РП и невозможность сформулировать рекомендации по применению других традиционных болезней-модифицирующих антиревматических средств — в связи с отсутствием релевантных КИ [6].

Приведенное в табл. 2 положение № 4 по *неприменению ингибиторов фактора некроза опухоли* названо «обескураживающим» [6], хотя ранее их также не рекомендовали EULAR/ACR [5]. Авторы объясняют его отсутствием доказательств эффективности этих препаратов при РП и наличием данных о плохой переносимости и высокой стоимости такого лечения. По состоянию на время издания руководства DGRh/ÖGR/SGR (2018) после предшествующей разработки EULAR/ACR (2015) позитивный эффект применения тоцилизумаба подтвердился лишь в одном открытом КИ IIa фазы (Lally L. и соавт., 2016) [18]. Критикуя методологию и статистическую мощность этого исследования, авторы обсуждаемого руководства сочли невозможным сформулировать положение по применению *тоцилизумаба* при РП. То же было отмечено для препаратов *других моноклональных антител* — ввиду отсутствия опубликованных результатов проспективных КИ их эффектов [6].

Сохранение мышечной массы и функции и снижение риска падений названы желаемыми целями лечения РП — в отсутствие исследований, подтвердивших *пользу физиотерапевтических вмешательств* (табл. 2). При этом индивидуализированное применение программ физических упражнений «представляется особенно полезным для пожилых и/или ослабленных больных РП... несмотря на отсутствие доказательств и принимая во внимание настоятельное желание пациентов» [6].

Наконец, отметим отсутствие в немецкоязычном руководстве аналога рекомендации EULAR/ACR (2015) о противопоказании назначения больным РП китайских травяных препаратов Yanghe и Biqi.

В заключительной части руководства DGRh/ÖGR/SGR (2018) констатируется ведущая роль ГК в лечении РП, несмотря на слабость доказательной базы по таким ключевым позициям, как стартовая доза, режим ее снижения и длительность терапии, что связано с неоднородностью

подгрупп пациентов. Основу этого документа, созданного с целью поддержки врачей Германии, Австрии и Швейцарии в принятии клинических решений, касающихся ведения больных РП, в том числе персонализированного, составили изданные тремя годами ранее рекомендации EULAR/ACR и консенсус экспертов указанных стран.

Проведенный нами информационный анализ показал как высокий уровень согласия разработчиков руководства DGRh/ÖGR/SGR по всем общим принципам и специальным рекомендациям, так и преобладание экспертного мнения как основы их формулировок (70 % положений). Важными особенностями и отличиями этой разработки от ее прототипа — рекомендаций EULAR/ACR — являются: усиление внимания к атипичным проявлениям РП (периферическому артриту, системным признакам, более молодому возрасту пациентов и низким показателям воспаления), требующим наблюдения ревматолога и онкологической настороженности; предложение более высокой минимальной стартовой дозы ГК (15, а не 12,5 мг/сут); отсутствие такой опции, как повышение дозы ГК через 2–4 нед. при персистенции симптомов и подтверждении диагноза РП; введение четкого перечня необходимых диагностических тестов, а также первых доказательств эффектов применения при РП тоцилизумаба; отсутствие рекомендации против назначения ряда средств традиционной китайской медицины.

Сопоставим данную разработку с клинической рекомендацией «Ревматическая полимиалгия» Финской медицинской ассоциации, использование которой как *нового клинического протокола*, без адаптации, было утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины в декабре 2016 г. [38, 39]. Оба медицинских стандарта рекомендуют стартовую дозу преднизолона не ниже 15 мг/сут (одновременно начиная профилактику остеопороза), однако в *финском/украинском документе* максимальная стартовая доза ГК не превышает 20 мг/сут, и отмечено, что необходимость применения больших доз возникает редко; пересмотр диагноза рекомендован при отсутствии симптоматического улучшения через 3–5 дней; снижение дозы предложено начинать через 2–4 нед. «на 2,5 мг ежемесячно, затем медленнее». Исключение латентных злокачественных опухолей названо *необязательным* у больных с типичной клинической картиной; показаниями к консультации ревматолога определены подозрение на ГКА, атипичная клиническая картина и недостаточный ответ на лечение, и среди них четко описано именно первое — наличие у пациента головной боли, болезненности волосистой части головы, нарушений зрения, перемежающейся боли в челюсти или конечности. «Типичными клиническими данными» определены возраст > 50 лет, СОЭ > 40 мм/ч и «быстрый ответ на 10–20 мг/сут преднизолона в течение 3 дней». Обязательными диагностическими тестами названы лишь СОЭ, СРБ и общий анализ крови с определением содержания тромбоцитов; остальные исследования немногочисленны (щелочная фосфатаза, креатинкиназа, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду, ультразвуковое исследование плечевых и тазобедренных суставов — как полезный компонент начальных исследований, биопсия височной артерии — при подозрении на ГКА) и приведены в аспекте дифференциальной диагностики, круг которой включает РА, спондилоартриты, васкулиты, заболевания соединительной ткани, полимиозит, остеоартрит, адгезивный капсулит, фибромиалгию, гипотиреоз, вирусные инфекции, депрес-

сию, миеломную болезнь, другие злокачественные опухоли. Лечебная тактика при обострении РП предполагает возврат к более высокой дозе ГК. Аджувантная терапия метотрексатом предложена при недостаточном ответе на ГК или развитии их ПЭ; его возможной альтернативой назван азатиоприн — в отличие от руководства DGRh/ÖGR/SGR и EULAR/ACR. Еще одной особенностью нового клинического протокола является рекомендация контролировать лишь небольшой перечень параметров при ведении больных РП: СОЭ, содержание в крови СРБ, форменных элементов, креатинина, глюкозы и электролитов [39]. Выявленные различия между рекомендациями DGRh/ÖGR/SGR и Финской медицинской ассоциации (т.е. новым украинским клиническим протоколом) можно объяснить их приоритетным предназначением (для ревматологов и специалистов первичного звена соответственно) и особенностями методологии их разработки, а также экономическими факторами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Единые рекомендации немецкого, австрийского и швейцарского ревматологических обществ и других научно-медицинских ассоциаций и организаций (DGRh/ÖGR/SGR, 2018), разработанные для преодоления различий в подходах к ведению больных РП в указанных странах Европы на основе адаптации рекомендаций EULAR/ACR (2015), пересмотра их первоисточников и более 2,6 тыс. новых доказательств, опубликованных в 2014–2016 гг., представляют большой интерес в условиях постарения популяции, миграции медицинских кадров и необходимости повышения качества медицинской помощи пациентам пожилого возраста с синдромом полимиалгии и РП в частности.

Содержание общих принципов и специальных рекомендаций DGRh/ÖGR/SGR по ведению РП в целом соответствует прототипу, однако имеет особенности, касающиеся стартовых доз ГК и их коррекции, перечня диагностических тестов и информации, касающейся применения тоцилизумаба и средств традиционной китайской медицины.

Перспективу усиления доказательной базы ведения РП в клинической практике отражает тот факт, что более 2/3 рекомендаций DGRh/ÖGR/SGR базируется на мнении экспертов. При этом лечение больных РП, как правило, сопряжено с проблемами коморбидности, переносимости обезболивающей и противовоспалительной терапии и своевременного выявления ГКА (что освещается также в украинском протоколе) и злокачественных опухолей (что четко представлено в немецкоязычном руководстве).

Систематическое изучение медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи, разработанных в развитых странах на основе доказательного и консенсусного подходов, является необходимой предпосылкой развития системы национальных медицинских стандартов, способствует их гармонизации и регулярному обновлению и открывает перспективы повышения качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы в Украине.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и финансовой поддержки, гонораров и других форм вознаграждения при подготовке данной статьи.

Список литературы находится в редакции ■

ВОЗ ПРОГНОЗИРУЕТ, ЧТО ПЕРВЫЕ ПОСТАВКИ ВАКЦИН ПРОТИВ COVID-19 НАЧНУТСЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 2021 ГОДА

Согласно ожиданиям Всемирной организации здравоохранения, на первую половину следующего года запланированы поставки первых партий вакцин против COVID-19 в разных регионах планеты.

Прогноз Всемирной организации здравоохранения озвучила Сумия Сваминатан, главный научный сотрудник ВОЗ, в ходе брифинга 16 ноября.

Она сообщила, что лимитированные поставки препарата запланированы на первую половину 2021 года. По ее мнению, в первую очередь необходимо обеспечить вакциной людей из группы

риска — медработников, которые борются с коронавирусом. Научная сотрудница акцентировала внимание на том, что ВОЗ сейчас настроена оптимистично и ведет работу со всеми фармпроизводителями вакцины. По ее словам, некоторые вакцины-кандидаты будут подходить для разных условий: одни оптимально подходят для людей пожилого возраста, а для других понадобятся определенные условия хранения и перевозки.

Она сказала, что важно сформировать портфель вакцин для того, чтобы страны могли выбирать, какой именно препарат им подойдет. ■

ЕМА ПРЕДСТАВИЛО НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИН ПРОТИВ КОРОНАВИРУСА

Европейский регулятор создал план по анализу безопасности вакцин. Согласно утвержденному комплексу мер, у производителей препаратов возникают дополнительные обязательства, а также им придется ежемесячно предоставлять отчеты о побочных эффектах.

Также фармкомпании должны будут применять системы получения спонтанных сообщений, проводить обсервационные исследования для обнаружения новых данных о безопасности препаратов.

В ЕМА отмечают, что на основе мониторинга и анализа данных об эффективности и дозировке фармкомпании, которые занимаются производством вакцин, должны проводить оценку безопасности лекарственных средств с точки зрения баланса пользы и риска. При проверке пристальное внимание будет уделяться беременным женщинам и людям пожилого возраста.

Фармконцерны должны сформировать план быстрого и эффективного со-



общения новых данных, а также предоставлять доклады более оперативно.

Отмечается, что, кроме обязательных отчетов об обновлении безопасности (PSUR) раз в 2 года, владельцы регистрационных удостоверений (МАН) будут предоставлять и сводные отчеты ежемесячно. Представители регулятора пояснили, что в этих документах должна быть также указана информация о возможных побочных реакциях, включая нежелательные явления, представляющие особый интерес (АЕСИ), а также данные о продажах. ■

НАЙДЕНЫ ЕЩЕ ДВА ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ УСКОРЯЮТ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ОТ COVID-19

Два независимых клинических исследования, проведенные специалистами из Центра клеточной терапии в Рибейран-Прету (Бразилия) и их коллегами из Пенсильванского университета в Филадельфии (США), дали обнадеживающие результаты: проверяемые учеными лекарства помогли сократить течение коронавирусной инфекции.

В первом случае исследователи тестировали моноклональное антитело экулизумаб, уже продающееся на рынке, во втором — экспериментальный препарат под названием AMY-101. И то, и другое лекарство обеспечивало выраженный противовоспалительный эффект, который способствовал более быстрому выздоровлению у пациентов с тяжелой формой COVID-19. В частности, стойкий противовоспалительный ответ обеспечивал довольно быстрое восстановление дыхательной функции.

В исследовании с участием 80 пациентов с подтвержденной тяжелой коронавирусной инфекцией экулизумаб превзошел стандартную терапию по показателю общей выживаемости. Кроме этого, антитело обеспечивало нормали-

зацию маркеров воспаления в крови. Что касается AMY-101, его проверили на меньшем количестве добровольцев, однако его использование сопровождалось резким снижением уровня С-реактивного белка и интерлейкина-6 (IL-6), а также заметным улучшением функции легких.

Экулизумаб — моноклональное антитело компании Alexion Pharmaceuticals, утвержденное для лечения нейромиелиита зрительного нерва со спектральным расстройством, продается под брендом Soliris. Эффективность этого препарата при коронавирусной инфекции оценивается еще в нескольких других клинических исследованиях. AMY-101 — лекарственный кандидат, разработанный американской фармацевтической компанией Amynda.

Обе команды исследователей планируют в ближайшем будущем сравнить терапевтический потенциал этих соединений. Пока что ученые пришли к выводу, что терапевтические преимущества экулизумаба и AMY-101 связаны с ингибированием каскада реакций, участвующих в иммунном ответе. ■

АМЕРИКАНСКИЙ РЕГУЛЯТОР ВПЕРВЫЕ ОДОБРИЛ ЭКСПРЕСС-ТЕСТЫ НА COVID-19 ДЛЯ ДОМАШНЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Компания Lucira Health получила разрешение от FDA на экстренное использование (EUA) экспресс-тестов Lucira COVID-19 All-In-One Test Kit, которые можно самостоятельно применять в домашних условиях.

Lucira COVID-19 All-In-One Test Kit может обнаружить коронавирусную инфекцию в режиме реального времени. Медицинское изделие можно использовать всем людям старше 14 лет. Приобрести тест можно только по рецепту врача.

Стивен Хан, комиссар FDA, отметил, что этот продукт — новый вариант для тестирования, которое человек может провести дома самостоятельно. Он подчеркнул, что для диагностики и борьбы с коронавирусом необходимо проводить тестирование.

«Этот новый вариант тестирования является важным достижением в диагностике, направленным на борьбу с пандемией и снижение бремени передачи заболевания среди населения», — пояснил он.

Домашний тест All-In-One Test Kit производится путем забора мазков из носа. Чтобы провести исследование, человек опускает завернутый тампон с мазками во флакон, который помещается в тестовую установку. Через 30 минут или раньше на светящемся дисплее отобразится результат. В регуляторе подчеркнули, что для детей до 14 лет образцы для данного теста должны собираться специалистами.

Джефф Шурен, глава Центра устройств и радиологии FDA, сказал, что данный тест поможет существенно расширить тестирование на коронавирус на дому. По его словам, тест, который можно провести не в медучреждении или лаборатории, был всегда в приоритете FDA в противостоянии пандемии. Он отметил, что теперь больше жителей США смогут немедленно принять меры при получении результатов домашнего теста, чтобы обезопасить себя и других. ■

УЧЕНЫЕ ПРОВЕРИЛИ ГЕННУЮ ТЕРАПИЮ ИНСУЛЬТА

Ученые из Китая разработали и протестировали уникальную генную терапию, содействующую регенерации новых нейронов у пациентов, перенесших инсульт.

Современное лечение ишемического инсульта в основном направлено на восстановление кровообращения и нейрорепролекцию, причем отличается узким терапевтическим интервалом в несколько часов. Однако многие пациенты с инсультом не могут попасть в больницу в течение этого времени после начала инсульта и страдают от гибели огромного количества нейронов и потери функций мозга. Таким образом, ключ к восстановлению после инсульта — возможность создать новые функциональные нейроны.

И ученые из Китая попытались реализовать эту возможность, разработав уникальную генную терапию, содействующую преобразованию глии в функциональные нейроны. В отличие от классической генной терапии, направленной на коррекцию мутаций, вариант

китайских ученых способствует регенерации новых нейронов — они назвали это нейрорегенеративной генной терапией.

Группа исследователей из Цзинаньского университета (Гуанчжоу) провела первое исследование *in vivo* (на приматах), которое продемонстрировало успешное восстановление нейронов из внутренних глиальных клеток мозга. Для этого ученые использовали препарат на основе вектора аденоассоциированного вируса (AAV), доставлявшего трансген NeuroD1 в ишемическую область мозга. Препарат необходимо было вводить посредством прямой внутричерепной инъекции.

Конечно, исследование, проведенное на низших приматах, — только первый шаг к созданию эффективного препарата для восстановления после инсульта, однако оно указывает на совершенно новые возможности для использования методов генной терапии в неврологии, в частности в лечении ишемического инсульта. ■

КИШЕЧНАЯ ФЛОРА СНИЖАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВ ОТ ДИАБЕТА

Ученые из Гетеборгского университета выявили способность некоторых кишечных бактерий снижать эффективность терапии метформином. Как показывают исследования шведских ученых, действие метформина, классического противодиабетического препарата, стабилизирующего уровень сахара в крови, может угнетаться молекулой, которую вырабатывают бактерии, живущие в нашем кишечнике.

Метформин все еще является основным вариантом лечения диабета 2-го типа, но специалисты отмечают большие различия в том, как пациенты реагируют на этот препарат. У некоторых людей он снижает уровень глюкозы в крови (сахар) и замедляет течение болезни, в то время как у других его эффективность менее выражена. Статья, опубликованная в журнале «Cell Metabolism», помогает объяснить, почему действие метформина может быть заблокировано.

Как выяснили специалисты из Университета Гетеборга, ингибированию действия метформина предшествуют определенные биохимические процессы, опосредуемые кишечными бактериями, которые в результате синтезируют молекулу имидазола пропионата, а она подавляет инсулиноподобные эффекты препаратов, которые обеспечивают снижение уровня глюкозы в крови. Так, ранее было выяснено, что это соединение ингибирует активность инсулина. Точно таким же образом имидазола пропионат снижает эффективность метформина, при этом повышая вероятность развития побочных эффектов противодиабетического препарата.

Авторы исследования уже придумали способ исправить негативное воздействие этого соединения. Блокируя белок, задействованный в этих метаболических процессах, р38-гамма, ученые смогли подавить эффекты имидазола пропионата. ■



США ОТРИМАЛИ ПРАВА НА ПРЕПАРАТ АРЛЕВЕРТ®

Міжнародна компанія Castle Creek Pharmaceuticals (США), яка спеціалізується на розробці інноваційних засобів для лікування пацієнтів з патологією голови та шиї, дерматологічними захворюваннями, а також іншими клінічними станами, отримала від компанії Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG (Німеччина) ексклюзивні права на використання препарату Арлеверт® у Сполучених Штатах Америки.

ЕКСПЕРТНА ДУМКА



Євгеній Володимирович Андрєєв, к.м.н., доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ)

Арлеверт® — це фіксована низько-дозова комбінація цинаризину й дименгідринату. Препарат зареєстрований і використовується в багатьох країнах ЄС та Україні для лікування головокружіння й запаморочення різного походження. За даними метааналізів (Shremmer D. Clin. Drug Invest. 1999 Nov. 18(5). 355-368), Арлеверт® рекомендовано як препарат першої лінії, який є значно ефективнішим за бетагістин та ін. Також у цього засобу виявлено цікаву особливість. Зменшення дози кожного з компонентів в 2,5 раза порівняно із стандартною майже вдвічі підвищує їх ефективність у складі препарату Арлеверт®. Можна говорити про зворотну залежність «доза — ефект» щодо цинаризину й дименгідринату у складі препарату Арлеверт®. Це позитивно впливає на ефективність і безпечність препарату.

Захворювання, що призводять до виникнення головокружіння, є дуже різними як за етіологією, так і за локалізацією процесу. У більшості — 80 % випадків — має місце судинна, цереброваскулярна або серцева етіологія. За даними дослідження Volker Otto (2008), Арлеверт® ефективно, у 3,8 раза краще за бетагістин, усував запаморочення, асоційоване з транзиторними ішемічними подіями у вертебробазиллярному басейні. Переносимість лікування препаратом Арлеверт® була оцінена як «дуже добра» і «добра» в 91 % випадків.

Для бетагістину цей показник становив 73 %, для плацебо — 82 %.

Нещодавнє масштабне дослідження, виконане Arne-Wulf Scholtz (Cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo in medical practice. Wien Klin. Wochenschr. 2016. 128. 341-347), також підтвердило ефективність лікування препаратом Арлеверт®, але вже при всьому спектрі патології, що зустрічається в медичній практиці лікарів Німеччини. 85 % пацієнтів відповіли на лікування «добре» і «дуже добре». Незначне покращання зафіксовано ще у 13 % пацієнтів.

У практиці сімейного лікаря, терапевта або кардіолога Арлеверт® має переваги через свою високу ефективність незалежно від типу вестибулярних розладів, добру переносимість і потужний вегетостабілізуючий ефект, що проявляється усуненням супутніх нудоти, блювання, пітливості тощо.

<https://www.thepharmaletter.com/article/castle-creek-gains-us-rights-to-vertigo-treatment-arlevert> ■



«Це велика честь — зареєструвати Арлеверт® у США. Наша мета — застосовувати Арлеверт у США, спираючись на європейський досвід досліджень ефективності, переносимості й безпеки, отриманий більше ніж на 11 мільйонах пацієнтів».

Доктор Грег Лічолай, президент і головний менеджер з наукових питань компанії «Кестл Крік Фармацевтикалз» (Dr. Greg Licholay, President and Chief Scientific Officer at Castle Creek Pharmaceuticals, <https://som.yale.edu/faculty/gregory-p-licholai>)



«Я безмежно щаслива, що можливість лікування Арлевертом, яка є в усьому світі, відтепер буде доступна і в Сполучених Штатах Америки».

Сьюзен Чандрасекхар, президент Американської академії отоларингології і хірургії голови та шиї (Sujana Chandrasekhar, President of the American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, <https://www.entandallergy.com/doctor/chandrasekhar>)

MODERNA ПОДАЛА РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СВОЄЇ ВАКЦИНИ ПРОТИ COVID-19

Вакцина компанії Moderna продемонструвала найвищий на ринку показник ефективності під час клінічних випробувань III фази під назвою COVE. У випробуванні брали участь понад 30 тисяч добровольців, на даний момент відомо про 95 підтверджених випадків зараження коронавірусом. Отже, констатують у компанії, вакцина-кандидат змогла захистити пацієнтів у 94,5 % випадків.

Випробування COVE відбувається за класичною схемою: усі 30 тис. добровольців розподілені на дві рівні групи, одна отримує плацебо, а друга — вакцину. Остаточні висновки в компанії поки не роблять, акцентуючи увагу на тому, що подані сьогодні цифри є лише результатом проміжного аналізу. Остаточні результати будуть наведені після завершення всіх необхідних процедур.

Повідомляється також, що в тих випадках, коли вакцина не спрацювала, вона, судячи з усього, змогла істотно полегшити перебіг хвороби, адже всі випадки зараження після отримання вакцини пере-

бігали в легкій формі.

У цілому результати Moderna багато в чому схожі на ті, які отримала й навела раніше інша американська компанія — Pfizer. Що цікаво, вакцина Moderna не тільки більш ефективна, ніж конкуруючий препарат, нехай лише на кілька відсотків, вона має істотну перевагу, що може забезпечити їй дуже високі продажі.

На відміну від вакцини Pfizer препарат від Moderna не вимагає супернизьких температур для транспортування й зберігання. Нагадаємо, що препарат від Pfizer повинен зберігатися при температурі близько -70 градусів за Цельсієм,



а далеко не всі лікарні й склади забезпечені подібними потужними холодильниками навіть у США, Канаді і Європі, не кажучи вже про більш жаркі й менш забезпечені країни.

Вакцина Moderna може зберігатися в звичайних холодильниках і навіть залишатися придатною при зберіганні при кімнатній температурі, але не більше ніж 12 годин.

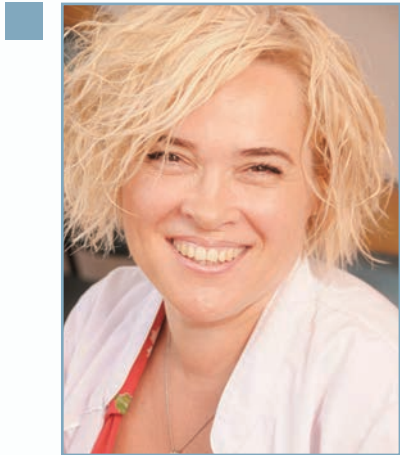
За інформацією джерел видання The Guardian, вакцина Moderna буде коштувати від 25 до 30 доларів за дозу, що істотно дорожче від вакцин інших компаній. Оціночна вартість препарату, створеного вченими Оксфордського

університету в партнерстві з компанією AstraZeneca, коливається близько 4 доларів за дозу, препарат від Johnson & Johnson обійдеться орієнтовно в 10 доларів, а найближчий за ефективністю препарат від Pfizer/BioNTech — близько 20 доларів.

Очікується також, що препарат на перших порах не буде доступний за межами США через те, що Moderna отримала фінансування від США на розробку препарату. За умовами угоди, це дає Штатам пріоритетне право на отримання препарату. У компанії заявили, що до кінця року планують поставити на ринок США до 20 млн доз вакцини.

Як бачимо, вакцини проти коронавірусу далеко не такі одноманітні, як могло видатися на початкових етапах розробки, відрізняються й підходи компаній до ціноутворення й поширення. Проте вже зараз зрозуміло, що багато країн будуть змушені шукати альтернативні варіанти вакцин, тому що вартість препаратів може бути досить високою. ■

СИНДРОМ ЧУТЛИВОЇ ШКІРИ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І ЇХ КОРЕКЦІЯ



ЗАЙЧЕНКО Я.О., к.м.н.

ЛНМУ імені Данила Галицького, кафедра дерматології, венерології, м. Львів, Україна

Чутлива, або реактивна, шкіра — це дерматологічне захворювання, що вражає багатьох людей. Чутливу шкіру вважали косметичним станом або ж розглядали як психосоматичний розлад. Однак збільшення проявів чутливої шкіри за останні десятиліття посприяло вивченню даної проблеми. Про це свідчать численні дослідження останніх років: синдром чутливої шкіри має певні причини, є реальним станом і відрізняється від інших шкірних захворювань (9, 15).

Поширеність синдрому чутливої шкіри в Європі висока, приблизно 39 %. Зокрема, у Великій Британії від нього страждають 51,4 % жінок і 38,2 % чоловіків, подібні показники були й у північноамериканських дослідженнях (13, 16).

До механізмів, що лежать в основі проявів синдрому чутливої шкіри, належать підвищена щільність нервових волокон, посилена імунна відповідь або низька епідермальна бар'єрна функція. Ці зміни сприяють активізації реакції на певні фактори. Такими тригерами є стан навколишнього середовища (забруднення, радіація, вплив ультрафіолету, погода), спосіб і режим життя (дієта, використання косметики, вживання алкоголю) або ендогенні розлади (психологічні фактори й емоційний стрес, симптом хронічної втоми) [10, 12].

Через порушення бар'єрної функції шкіри відбувається дисбаланс мікробіому шкіри на користь формування складних грибкових і бактеріальних асоціацій. Такий прояв дисбіозу шкіри призводить до підвищення проникності рогового шару й порушення регуляції імунної відповіді. Вона полягає в зміні співвідношення Th1- і Th2-типів. Отже, відповідно до запальної імунної відповіді спостерігається різка трансдермальна втрата води й зміна рівнів керамідів, а надалі формується стан чутливої шкіри [12, 14]. Численні клінічні й мікробіологічні дослідження підтверджують також кореляційні зв'язки патології шлунково-кишкового тракту, а саме проявів дисбіозу кишечника, із запальними захворюваннями шкіри [1, 2].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебувало 28 пацієнтів, які знаходилися на амбулаторному лікуванні із синдромом чутливої шкіри. Усі пацієнти підлягали комплексному клініко-лабораторному обстеженню. Для встановлення клінічного діагнозу даним пацієнтам використовувалася діагностичний алгоритм синдрому чутливої шкіри [11].

Посів зі шкіри проводився бактеріологічним методом. Дослідження мікробіоценозу кишечника проводили згідно з методичними вказівками щодо мікробіологічної діагностики захворювань, викликаних ентеробактеріями (1984) [3].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених було 18 (64 %) осіб жіночої статі та 10 (36 %) осіб чоловічої статі віком від 20 до 44 років.

Оскільки чутлива шкіра є станом з високосуб'єктивним компонентом, діагноз, по суті, повинен ґрунтуватися на інтерпретації симптомів, про які повідомляє пацієнт, та оцінці клінічної картини шкірних покривів. За наявності симптомів виключно суб'єктивних, без видимих дерматологічних змін, картина розглядалася нами як така, що має психологічного походження, і ці випадки не включалися в дослідження.

Клінічну картину у 21 (75 %) пацієнта формували наявність еритеми, папули, вираженого ксерозу шкіри, дрібно- й великопластинчастого лущен-

ня, мікроезикації, телеангіктазії. До суб'єктивних ознак входили відчуття свербіж, печіння, поколювання, стягнутості або сухості шкіри. У 7 (25 %) пацієнтів прояви синдрому чутливої шкіри були вторинного характеру. Дані пацієнти в анамнезі мали такі перенесені дерматози, як atopічний дерматит, себореїчний дерматит, кропив'янка.

Відомо, що мікрофлора кишечника людини відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу. Головною функцією нормальної мікрофлори кишечника є формування колонізаційної резистентності. Під впливом різних патологічних процесів або екзогенних факторів може розвиватися дисбіоз [4, 5]. Під терміном «дисбіоз» слід розуміти не конкретну патологію, а клініко-лабораторний синдром, що виникає при низці захворювань і клінічних ситуацій і характеризується змінами якісного і/або кількісного складу нормофлори, метаболічними й імунологічними порушеннями і може бути етіологічним фактором і патогенетичним механізмом багатьох патологічних станів [7].

21 (75 %) пацієнту з проявами синдрому чутливої шкіри первинного походження проводили молекулярну діагностику мікробіому кишечника. За результатами обстеження в 15 (71 %) пацієнтів наявний дисбіоз кишечника II ступеня і в 6 (29 %) пацієнтів — дисбіоз кишечника III ступеня.

З лікувальною метою пацієнти дотримувалися певних правил щодо догляду й гігієни шкіри з уживанням продуктів з рН у фізіологічному діапазоні 5,5–6,0. Засоби для чищення шкіри рекомендували без запахів, що містили лише м'які амфотерні або аніонні поверхнево-активні речовини. Правильне зволоження шкіри допомагало відновити й підтримувати її захисний бар'єр. Емоменти рекомендували з невеликою кількістю компонентів, без парфумів і речовин, що можуть подразнювати шкіру (наприклад, сечовина).

Отримані результати щодо проявів дисбіозу кишечника були підставою для корекції порушеного мікробіоценозу кишечника як одного з факторів низки патологічних порушень у наших пацієнтів. При виборі пробіотичного препарату нами враховувалися стійкість пробіотика до технологічних процесів його приготування й зберігання при кімнатній температурі. При застосуванні пробіотик не може руйнуватися при впливі шлункового соку й жовчі, повинен мати здатність до швидкого розмноження і не проявляти патогенні властивості в організмі людини.

Численні наукові праці присвячені вивченню й опису одного з найбільш перспективних пробіотичних мікроорганізмів. Це спорутоворююча лактобактерія *Bacillus coagulans* (*B.coagulans*). Виконуючи в організмі людини функцію пробіотика, вона проходить фазу споруляції і повільно покидає організм, виділяючись

з фекаліями у вигляді спор. Отже, вона не порушує індивідуального складу мікрофлори кишечника. Пробіотик *B.coagulans* покращує мікробіологічний склад кишечника, збільшуючи кількість облигатних мікроорганізмів і витісняючи патогенну флору. Механізми цього виду дії — результат продукції молочної кислоти й індивідуальних бактеріоцинів, а також її імуномодуючим ефектом є стимуляція клітинного й гуморального імунітету [8]. Імуномодуючу дію мають метаболіти, що виділяються бактерією, її клітинною стінкою і спорами. Численні дослідження вказують на важливість імунної системи в патогенезі багатьох захворювань, наявність експериментальних доказів проникнення бактерій та їх спор до лімфатичної системи і взаємодії з імунокомпетентними клітинами, а також місцеві й системні імуноотропні ефекти пробіотика. Крім цього, *B.coagulans* сприяє перетравленню лактози й має протизапальну та антиоксидантну активність, а також гіпохолестеринемічну дію [6].

В Україні офіційно зареєстрований лікарський препарат, створений на основі спор *B.coagulans*, — **Лактовіт Форте**. До складу препарату входять 120 млн спор *Lactic Acid Bacillus* (*Bacillus coagulans*), оригінальна назва цього мікроорганізму — *Lactobacillus sporogenes* (*L.sporogenes*), а також 1,5 мг фолієвої кислоти і 15 мкг вітаміну B₁₂. Завдяки тому, що *B.coagulans* знаходиться у формі спор, він не руйнується під дією антибіотиків і високої кислотності шлунка, як інші лактобактерії, і успішно доходить до дванадцятипалої кишки, де трансформується в живі вегетативні форми, здатні заповнити дефіцит нормальної мікрофлори.

На відміну від інших пробіотиків **Лактовіт Форте** відновлює слизову оболонку кишечника, що зменшує всмоктування алергенів, стимулює зростання власної мікрофлори, у тому числі біфідобактерій, пригнічує ріст і розмноження патогенної флори (сальмонели, шигели, клостридії, стрептококи). *B.coagulans* має імуномодуючі властивості. У процесі своєї життєдіяльності ці бактерії виділяють вітаміни групи В, які покращують репаративні процеси у слизовій оболонці кишечника, і ферменти, що сприяють розщепленню і перетравленню харчового субстрату до засвоєваних компонентів. Крім того, *B.coagulans* виділяє L(+) молочну кислоту, яка швидко метаболізується й не викликає побічних ефектів на відміну від інших пробіотичних препаратів, що виділяють D(–) молочну кислоту, здатну призвести до розвитку метаболічного ацидозу. Проведені дослідження показали, що на тлі прийому **Лактовіт Форте** протягом 3–4 днів зникали клінічні прояви диспепсії кишечника, відновлювався вміст коротколанцюгових жирних кислот (C2–C6) у калі, на 6–7 дів раніше відновлювалася мікрофлора. Клінічне покращання при використанні молочно-кислих бактерій корелювало з позитив-

ними змінами імунологічних показників. Відновлювалися показники як місцевого, так і загального імунітету: рівень імунoglobulinів А, М, G; активізувалися показники фагоцитозу, знижувався вміст фактора некрозу пухлини альфа [1]. Слід зазначити, що важливу роль відіграють вітаміни В₉ (фолієва кислота) і В₁₂ (ціанокобаламін), які входять до складу **Лактовіт Форте**. Вони беруть активну участь у процесах регуляції кровотворення, стимулюючи синтез гемоглобіну й розподіл імунних клітин, позитивно впливають на функціонування нервової системи, печінки й оновлення епітеліальних клітин слизової оболонки кишечника, сприяють нормалізації обміну жирів, а також метаболізму холестерину й ліпопротеїдів низької щільності, що можуть привести до розвитку і/або прогресування атеросклерозу. Проте нам було цікаве таке поєднання даних вітамінів для призначення нашим пацієнтам із синдромом чутливої шкіри. Даний вітамінний тандем покращує стан шкіри, а саме: вітамін В₁₂ покращує і забезпечує гідрофільність шкіри, зменшує подразнення й почервоніння шкіри; вітамін В₉ покращує синтез амінокислот (метіонін, серин) і знешкоджує вплив ксенобіотиків на організм у цілому. Синергічні зв'язки вітамінів В₉ і В₁₂ беруть участь в утворенні янтарної кислоти, що, у свою чергу, має антимікробну дію, покращує обмінні процеси шкіри, регенераційні процеси шкіри й підсилює антиоксидантну дію.

Враховуючи характеристики даного препарату, ми призначали **Лактовіт Форте** по 1 капсулі за 20 хвилин до їжі 2 рази на добу протягом 30 днів. Після лікування спостерігалася зменшення синдрому чутливої шкіри й у всіх хворих відзначене збільшення кількості облигатної флори — біфідо- і лактобактерій.

ВИСНОВКИ

Синдром чутливої шкіри впливає на мільйони людей у всьому світі, викликаючи численні неприємні відчуття, які негативно впливають на якість життя.

Мікробіом відіграє важливу роль у формуванні проявів патології шкіри й служить потенційною мішенню для лікування. Пробіотики для просування здорового мікробіому можуть позитивно сприяти зменшенню запальних проявів, створенню оптимального балансу імунної активації і запобіганню колонізації патогенними бактеріями. Ми повинні усвідомлювати необхідність виявлення й управління цим станом і покращання якості життя наших пацієнтів.

Алгоритм діагностики й лікування чутливої шкіри може бути важливим допоміжним засобом для дерматологів і мати велику користь для пацієнтів.

Список літератури
знаходиться в редакції ■

ЛАКТОВІТ

Форте

Спорова форма *B. Coagulans* відновлює унікальну мікробіоту всього організму

ПОРУШЕННЯ БАЛАНСУ МІКРОБІОТИ СПРИЯЄ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Мікробіота шкіри:

- алергія
- акне
- псоріаз
- atopічний дерматит
- рак шкіри

Мікробіота дихальних шляхів:

- порушення природних захисних бар'єрів легень, бронхів, ЛОР-органів

Мікробіота сечостатевої системи:

- кандидози
- бактеріальні вагінози
- ускладнення перебігу вагітності

Мікробіота кишечника:

- метаболічний синдром
- діабет
- ожиріння
- *C. difficile*-асоційована діарея
- колоректальний рак
- запальні захворювання кишечника
- психічні розлади



Лактовіт Форте – захистить мікробіоту!



ПРИЧИН ОБРАТИ ЛАКТОВІТ Форте

- Відновлює власну мікробіоту всього організму
- Має доведену клінічну ефективність та GRAS статус*
- Не порушує баланс власної мікробіоти – повністю виводиться з організму протягом 7 днів після прийому препарату
- Підвищує імунітет та посилює процеси кровотворення
- Тримає під контролем патогенні мікроорганізми – забезпечує санацію кишечника

ЛАКТОВІТ ФОРТЕ Склад. 1 капсула містить фолієвої кислоти 1,5 мг, вітаміну B12 15 мкг, *Lactic Acid Bacillus (Bacillus coagulans (Lb.sporogenes))* 120 мільйонів спор. **Лікарська форма:** капсули. Фармакотерапевтична група: антидіарейні мікробні препарати. Бактерії, що продукують молочну кислоту, комбінації. Код АТХ A07F A51. **Показання.** Лактовіт Форте призначають для лікування дорослих і дітей, віком від 6 місяців, у разі соматичних захворювань, ускладнених дисбактеріозами, що виникли в результаті застосування антибіотиків, сульфаніламідних препаратів та з інших причин; також застосовують в акушерсько-гінекологічній практиці при неспецифічних запальних захворюваннях геніталій та передпологовій підготовці вагітних групи ризику із порушенням чистоти вагінального секрету до III-IV ступеня. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату. Еритремія, еритроцитоз, тромбоемболія, злоякісні новоутворення, злоякісна анемія, нелікований дефіцит кобаламіну; фенілкетонурія; хвороба Лебера (спадкова атрофія зорового нерва). **Виробник:** Мепро Фармасьютикалс Приват Лімітед. **Заявник:** Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія. **Реєстраційне посвідчення** UA/0160/01/01. Наказ МОЗ № 1385 від 08.11.2017.

Повна інструкція із застосування міститься в ІНСТРУКЦІЇ для медичного застосування лікарського засобу. Лікарський засіб має протипоказання і можливі побічні ефекти. Перед застосуванням ознайомтесь, будь-ласка, з інструкцією. *Generally recognized as safe - *B. coagulans* визнаний FDA як безпечний.

Представництво «Мілі Хелскере Лімітед», Велика Британія, в Україні: 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 33-Б, тел. (044) 498-13-34

1. Інструкція для медичного застосування препарату Лактовіт Форте. 2. Харченко Н.В. Вивчення ефективності препарату «Лактовіт форте» при хронічних хворобах шлунково-кишкового тракту із синдромом дисбактеріозу кишечника // Сучасна гастроентерологія. — 2007. — № 3(35). — С. 27-30.

3. Высочина И.Л. *B.coagulans* в лечении гастроэнтерологических заболеваний воспалительной и функциональной природы: эффективность с позиций доказательной медицины // Гастроэнтерология. 2018; 52(4): 227-242.

Інформація про лікарський засіб призначена для застосування в професійній діяльності працівників медичної та фармацевтичної галузі



НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА ЇЇ НАСЛІДКИ. В ЧОМУ РИЗИК?

ЖЕРДЬОВА Н.М., д.м.н.

Центр інноваційних медичних технологій НАН України, м. Київ, Україна

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, порівняно з 1975 роком кількість людей із ожирінням збільшилася втричі (1). У 2016 році понад 1,9 мільярда дорослих віком 18 років і старше мали надмірну вагу. З них понад 650 мільйонів страждали від ожиріння. Із дорослих віком від 18 років 39 % мали надлишкову вагу, а 13 % страждали від ожиріння. Що стосується дітей та підлітків, цифри жахаючі, а саме 41 мільйон дітей віком до 5 років мають надмірну вагу або страждають від ожиріння. Понад 340 мільйонів дітей та підлітків віком 5–19 років мають надмірну вагу або ожиріння (1).

Зазвичай ожиріння справляє вкрай негативний вплив на якість життя, захворюваність та смертність. Ожиріння пов'язане з різними захворюваннями і є важливим фактором ризику ураження серцево-судинної системи. Статус зайвої ваги сприяє метаболічним і структурним змінам, що підвищують сприйнятливості до різних захворювань, включаючи серцево-судинні захворювання, порушення обміну речовин, ураження нирок, шлунково-кишкового тракту та розвиток деяких видів раку [2–4]. Декілька досліджень показали пряму кореляцію між ожирінням та синдромом нічного апное, астмою та хронічними обструктивними захворюваннями легень [5]. Хоча точна фізіологія цих процесів залишається недостатньо вивченою, збільшення діаметра ший та пряма дія жирової тканини на дихальні шляхи через зменшення просвіту дихальних шляхів призводять до збільшення ймовірності колапсу дихальних шляхів.

Зараз активним напрямком в осіб із надлишковою вагою та ожирінням є вивчення їх взаємозв'язку з рівнем вітаміну D [6]. Так, при дослідженні 232 пацієнтів з індексом маси тіла (ІМТ) понад 35 кг/м² було виявлено, що у 48,7 % обстежених спостерігались один або декілька дефіцитних станів із боку вітаміну D₁₂, цинку або 25(OH)D [7].

Причини дефіциту вітаміну D багатofакторні. Однією з причин є недостатнє сонячне опромінення [6], зменшення біодоступності вітаміну D щодо секвестрації, а саме зберігання цього жиророзчинного вітаміну в жировій тканині, надмірний у разі ожиріння [8]. Також дефіцит вітаміну D може бути пов'язаний з недостатністю вживання продуктів, що містять цей вітамін, незважаючи на високу калорійність їжі [9]. Крім того, зниження печінкової продукції 25-гідроксивітаміну D через печінковий стеатоз, який зазвичай є у пацієнтів із надлишковою вагою, цукровим діабетом, також може бути однією з причин дефіциту вітаміну D, що, у свою чергу, може призвести до прогресування метаболічних захворювань [6–9] та стеатозу навіть за умов нормальних показників ферментів печінки.

Відомо, що в печінкових клітинах існує рецептор вітаміну D, експресія через який безпосередньо вітаміну впливає на зменшення хронічного запалення печінки [10], підвищує чутливість до інсуліну шляхом посилення м'язової експресії транспортера глюкози 4 та модуляції вільних жирних кислот [11]. Вітамін D також справляє антифібротичну, антипроліферативну, проти-запальну та антиапоптотичну дію на печінку [12–16]. Усі ці ефекти роблять вітамін D багатообіцяючою добавкою

для лікування неалкогольного стеатогепатиту та неалкогольної жирової хвороби печінки.

На сьогодні ми можемо стверджувати, що вітамін D є прогормоном. Він є біологічно інертним і для активації в організмі повинен пройти два процеси гідроксилювання. Перший відбувається в печінці, а саме перетворення вітаміну D у 25-гідроксивітамін D (25(OH)D), відомий як кальцидол. Наступне перетворення відбувається у нирках у фізіологічно активний 1,25-дигідроксивітамін D (1,25(OH)₂D), або кальцитриол [17]. Сироваткова концентрація 25(OH)D відображає загальну кількість вітаміну D, що продукується у шкірі й отримується з харчових продуктів, та має період напіврозпаду у крові приблизно 15 діб [17, 18]. На противагу 25(OH)D активна форма вітаміну D (1,25(OH)₂D), як правило, не є індикатором запасів вітаміну D, оскільки має короткий період напіврозпаду, а саме менше від 15 годин, та регулюється рівнем паратгормону, кальцію та фосфатів [18].

Постає питання: чому в осіб із надмірною вагою виявляється дефіцит 25(OH)D?

Існує низка можливих механізмів. По-перше, попри висококалорійне харчування, зазвичай має місце знижене споживання продуктів, що містять вітамін D. По-друге, особи з ожирінням менше часу проводять на сонці, яке необхідне для процесу синтезу вітаміну D у шкірі. У той же час у дослідженні, проведеному серед дорослої популяції в Англії, при однаковій дієтоterapiї та однаковій експозиції сонячного випромінювання, незалежно від ІМТ, у групі пацієнтів з ожирінням рівень 25(OH)D був нижчий [19–21].

Ще однією гіпотезою є зниження концентрації вітаміну-D-зв'язуючого білка. Відомо, що основна циркулююча форма вітаміну D — 25(OH)D. Він пов'язаний у циркуляції з близько 85 % вітаміну-D-зв'язуючого білка і близько 15 % альбуміну. Однак у дослідженнях рівні вітаміну-D-зв'язуючого білка та альбуміну не відрізнялися серед осіб із надлишковою масою тіла, ожирінням і нормальною вагою. Якби швидкість метаболічного кліренсу 25(OH)D була вищою при ожирінні, період напіввиведення 25(OH)D був би коротшим, і циркуляція 25(OH)D була б нижчою. Групою дослідників було показано, що метаболічний кліренс у дорослих осіб незалежно від ваги був однако-вий у всіх групах [22].

Найважливіший механізм, що може пояснити зниження 25(OH)D, це, мабуть, об'ємне розведення вітаміну в більшій за



обсягом тканині у людей з ожирінням. 25(OH)D розподіляється у сироватці, жировій тканині, м'язах, печінці й у невеликій кількості — в інших тканинах, і всі ці тканини збільшуються в обсязі при ожирінні. Тому синтезований вітамін 25(OH)D розподіляється переважно на більший об'єм і менше розподіляється у сироватці. Існує аналогічна різниця між ожирінням і нормальною вагою у відповідь на пероральний прийом вітаміну D з меншим підвищенням рівня у сироватці крові 25(OH)D при ожирінні [23–25].

Дуже багато суперечок викликають оптимальні рівні 25(OH)D у сироватці крові для забезпечення здоров'я кісток і оптимального загального стану здоров'я. На сьогодні вважають, що особи перебувають у стані дефіциту вітаміну D при концентрації 25(OH)D у сироватці крові < 50 нмоль/л (< 20 нг/мл). Рівні 25(OH)D 51–75 нмоль/л (21–30 нг/мл) розцінюються як недостатність вітаміну D, при якій прояви дефіциту вітаміну спостерігаються у меншого числа пацієнтів. Достатність вітаміну D визначена на рівні ≥ 75 нмоль/л (≥ 30 нг/мл) [39].

Як вже зазначалось, один із етапів синтезу вітаміну D відбувається у нирках. Тому зниження швидкості клубочкової фільтрації, особливо в осіб із надмірною вагою, також може призводити до зниження синтезу вітаміну, що, у свою чергу, призводить до розвитку вторинного гіперпаратиреозу. Дефіцит вітаміну D викликає на рівні нижче 20 нг/мл і призводить до вираженої мальабсорбції кальцію, негативного балансу кальцію, вторинного гіперпаратиреозу, збільшення кісткового метаболізму та остеомаліції у дорослих [26]. З іншого боку, недостатність вітаміну D проявляється біохімічно як легкий вторинний гіперпаратиреоз [27]. При ожирінні рівень вітаміну D перебуває в діапазоні недостатності [28–31]. Наявні дані про недостатність вітаміну D як про зворотну залежність між паратгормоном та 25(OH)D [32–34]. Недостатність вітаміну D пов'язана з патогенезом інсуліно-резистентності [35], цукровим діабетом 2-го типу [36], серцево-судинними захворюваннями [37], гіпертонічною хворобою та остеоартритом [38].

Рівень 25(OH)D нижче в осіб з ожирінням порівняно з населенням з нормальною вагою. Окрім наявності зайвої ваги, вони мають порушення харчування, особливо якщо є прихильниками вегетаріанства або веганства. Практично всі продукти, що мають у складі вітамін D, мають тваринне походження. Деякі гриби, цитрусові мають у своєму складі вітамін D, але вміст його дуже сильно коливається залежно від виду грибів та зазвичай низький, що не може покрити добову потребу у вітаміні.

Для ефективного синтезу вітаміну D необхідне ультрафіолетове бета-випромінювання з довжиною хвилі 290–320 нм, що проникає в шкіру і перетворює 7-дегідрохолестерин у провітамін D₃, який, у свою чергу, перетворюється на вітамін D₃ [17]. На жаль, сезон, час доби, тривалість світлового дня, хмарність, наявність смогу, вміст меланіну в шкірі і застосування сонцезахисних кремів є факторами, що впливають на кількість УФ-опромінення і синтезу вітаміну D [17]. Повна хмарність зменшує УФ-енергію на 50 %, тінь — на 60 % [17]. УФ-випромінювання не проникає крізь скло, тому вплив сонячного світла в приміщенні через вікно не призводить до утворення вітаміну D [17]. Сонцезахисні креми з фактором захисту 8 і більше блокують УФ-промені [17, 18]. Люди похилого віку мають підвищений ризик розвитку недостатності вітаміну D, зокрема через те, що з віком шкіра не може ефективно його синтезувати. Також літні люди можуть проводити більше часу в приміщенні і недостатньо отримувати вітамін із харчуванням [17]. Майже половина літніх людей з переломами стегна можуть мати сироваткові рівні 25(OH)D < 30 нмоль/л (< 12 нг/мл) [17, 18]. Збільшення вмісту в епідермальному шарі шкіри пігменту меланіну призводить до більш темного забарвлення шкірних покривів і зменшує здатність шкіри виробляти вітамін D від сонячного світла. Крім того, частина жінок із релігійних причин носить довгий, закритий одяг.

Постає питання: які ж необхідні добові дози вітаміну D та для яких популяцій?

Згідно з практичними рекомендаціями з додавання вітаміну D у Центральній Європі, дорослі (> 18 років) та літні люди мають отримувати 800–2000 МО/добу (20,0–50,0 мкг/день), залежно від маси тіла, між вереснем і квітнем; або протягом усього року, якщо влітку не забезпечується достатній синтез шкірою вітаміну D; літнім людям (старше від 65 років) додатково слід призначати 800–2000 МО на добу (20,0–50,0 мкг/добу) через зменшену ефективність синтезу шкірою вітаміну D [39–41].

Дорослі з ожирінням та люди похилого віку (ІМТ понад 30 кг/м²): 1600–4000 МО/добу (40–100 мкг/день), залежно від маси тіла, рекомендується протягом усього року [39].

Працівники в нічний час доби та темної шкірі дорослі: 1000–2000 МО/добу (25–50 мкг/добу), залежно від маси тіла, рекомендується протягом усього року [39].

Для дорослих і людей похилого віку з концентрацією 25(OH)D нижче від 20 нг/мл (50 нмоль/л): 7000–10 000 МО/добу (175–250 мкг/добу), залежно від маси тіла, або 50 000 МО/тиждень (1250 мкг/тиждень).

Після досягнення пацієнтом концентрації 25(OH)D 30–50 нг/мл (75–125 нмоль/л) необхідно перейти на підтримуючу дозу. Доцільно проводити повторну оцінку рівня 25(OH)D через 3–4 місяці та контролювати щорічно, особливо за наявності ожиріння [39].

Конфлікт інтересів. Не заявлений.

Список літератури знаходиться в редакції ■

ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ РІЗНИХ ФЕНОТИПАХ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ

АБАТУРОВ О.Є., д.м.н., проф., НИКУЛІНА А.О., к.м.н.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

ВСТУП

Нераціональне харчування та відсутність адекватної фізичної активності зумовлюють епідемію дитячого ожиріння в усьому світі. Основними типами порушення харчової поведінки (ХП) при ожирінні у дітей є емоційний, екстернальний та обмежувальний. Емоційний тип ХП характеризується переїданням або гіперфагічною реакцією на стрес. Екстернальний тип ХП проявляється гіперсенситивністю на зовнішні харчові тригери незалежно від стану гомеостатичних стимулів, які обумовлюють почуття голоду (глікемії, рівня неетерифікованих жирних кислот, наповнення шлунка). Обмежувальний ХП виражається рецидивом збільшення маси тіла, спровокованим переїданням після «дієтичної депресії» на фоні гіпокалорійної дієтотерапії [12, 15].

На сьогодні ожиріння поділяється на два фенотипи: метаболічно здорове ожиріння (metabolically healthy obese, МНО), що характеризується відсутністю метаболічних порушень, та метаболічно нездорове ожиріння (metabolically unhealthy obese, МУО) з наявністю метаболічних ускладнень [1, 2, 7, 8].

Фенотип МУО проявляється ожирінням в поєднанні з інсулінорезистентністю, порушенням толерантності до вуглеводів, атерогенною дисліпідемією (гіпертриацилгліцеридемією у дітей віком 0–9 років ≥ 100 мг/дл, у дітей 10–18 років ≥ 130 мг/дл; гіперхолестеринемією ≥ 200 мг/дл; підвищеним рівнем ліпопротеїнів низької щільності ≥ 130 мг/дл і зниженим рівнем ліпопротеїнів високої щільності < 40 мг/дл, згідно з рекомендацією експертної групи Національного інституту здоров'я серця, легень та крові США (National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI, 2011)), тромбогенним ризиком, підвищеним рівнем трансаміназ, відносно високим рівнем прозапальних цитокінів у сироватці крові, розвитком стеатогепатозу та підвищенням артеріального тиску понад 90-й перцентиль [3, 5, 10, 17].

Мета дослідження: вивчити асоціації типу порушення харчової поведінки з фенотипами ожиріння у дітей віком 6–16 років.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Праця є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри педіатрії І та медичної генетики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» «Генотип-асоційована персоналізація діагностичного та лікувального процесу у дітей з хворобами респіраторної, ендокринної та травної систем» (№ держреєстрації 0118U006629) та «Прогнозування розвитку дитячих захворювань, асоційованих з цивілізацією» (№ держреєстрації 0120U101324). Дослідження виконане за бюджетною програмою КПКВК 2301020 «Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я», фінансувалося Міністерством охорони здоров'я України за кошти державного бюджету. Дослідження проведене згідно із сучасними науковими стандартами, передбачені заходи щодо забезпечення здоров'я пацієнта, дотримання його прав, людської гідності та морально-етичних норм у відповідності з Гельсінською декларацією, Конвенцією Ради Європи про права людини і біомедицину, Загальною декларацією про біоетику

і права людини ЮНЕСКО, законами України (Конституція України (ст. 3, 21, 24, 28, 32), Основами законодавства України про охорону здоров'я (ст. 43.1, 44.1), Законом України «Про лікарські засоби» (ст. 7, 8).

Відповідно до завдань дослідження під спостереженням у дитячому ендокринологічному відділенні КНП «Дніпровська МКЛ № 9» ДМР перебувало 109 дітей (65 хлопчиків та 44 дівчинки) віком від 6 до 16 років (середній вік — $12,14 \pm 0,08$ року) з діагнозом «ожиріння». До першої групи ($n = 40$) було включено пацієнтів з фенотипом метаболічно нездорового ожиріння, другу групу ($n = 69$) сформували хворі з фенотипом метаболічно здорового ожиріння. Як критерії метаболічно нездорового ожиріння у дітей та підлітків були використані рекомендації експертної групи Національного інституту здоров'я серця, легень та крові США [4, 9, 11, 13].

Для верифікації діагнозу застосовувалась класифікація ожиріння, що рекомендована для використання в клінічній практиці (наказ МОЗ України № 254 від 27.04.2006 р. «Протокол надання медичної допомоги дітям, хворим на ожиріння»).

Критерії включення: всі діти, які були задіяні в дослідженні, мали індекс маси тіла (ІМТ), що перевищував 95-й перцентиль або 2SD, та проходили стаціонарне лікування в умовах ендокринологічного відділення.

Критерії виключення: пацієнти з наявністю спадкових синдромів, що супроводжуються ожирінням і захворюваннями, лікування яких потребує використання медикаментів, що впливають на обмін вуглеводів та ліпідів; вагітні.

Лабораторне обстеження включало загальноклінічне обстеження, визначення глікованого гемоглобіну, маркерів інсулінорезистентності та гіперліпемії за допомогою імуноферментного аналізу ELISA у венозній крові в сертифікованій лабораторії Sinevo. Всім дітям проводилось ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, нирок, наднирників, органів малого

таза у дівчаток за допомогою апарата Siemens Sonoline G40 (Японія) з використанням конвекційного датчика з частотою 2,5–5 МГц [4] та біоімпедансометрія з визначенням жирової маси тіла (ЖМТ) на електронних підлогових вагах Tefal Bodysignal (Франція), з дослідженням біоелектричного імпедансу (Ом) — опору тканин при проходженні безпечного електричного струму (50 кГц, 800 мкА) між контактними електродами, що розташовувались у місця контакту зі стопами дитини на вимірвальній платформі вагів.

Голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ містив 33 питання, кожне з яких мало 5 варіантів відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто» і «дуже часто», які оцінювались за шкалою від 1 до 5 балів, за винятком 31-го питання, що має зворотне значення і оцінювалось від 5 до 1 бала. Для підрахунку балів по одній із трьох шкал, що характеризують різні типи порушення ХП, складалися значення відповіді по кожному пункту й отриману суму ділили на кількість питань по цій шкалі. Блок від 1-го по 10-те питання являв шкалу обмежувальної ХП. Блок питань від 11-го по 23-те — шкалу емоційної ХП. Блок питань від 24-го по 33-те — шкалу екстернальної ХП. Порушення ХП діагностувалося, якщо середнє значення набраних балів перевищувало середні показники при обмежувальній, емоційній і екстернальній ХП у пацієнтів з нормальною вагою, що становлять 2,4; 1,8 і 2,7 відповідно. Ступінь порушення ХП виражався в такий спосіб: «дуже низький» (0–19 %); «низький» (20–39 %); «середній» (40–59 %); «підвищений» (60–79 %); «високий» (80–100 %) [6, 14–16].

Наявність і щільність взаємозв'язків між досліджуваними параметрами встановлювали за результатами кореляційного аналізу з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (ρ). Критичне значення рівня статистичної значущості (p) для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p < 0,05$ (5 %). Коефіцієнт кореляції Спірмена у діапазоні $0,7 \leq \rho < 1$

вказував на сильний кореляційний зв'язок; $0,3 \leq \rho < 0,7$ — на зв'язок середньої сили; $0 < \rho < 0,3$ — на слабкий кореляційний зв'язок [3].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Емоційна харчова поведінка асоціювалась: із надлишком ЖМТ ($\rho = +0,22$); підвищеним систолічним артеріальним тиском (САТ) ($\rho = +0,25$) та діастолічним артеріальним тиском (ДАТ) ($\rho = +0,21$); МУО ($\rho = +0,23$); ультразвуковими ознаками стеатогепатозу ($\rho = +0,2$); гіперглікемією на 120-й хвилині під час проведення орального глюкозотолерантного тесту ($\rho = +0,24$), $p < 0,05$ (рис. 1).

Екстернальне порушення ХП було асоційоване з фенотипом МУО ($\rho = +0,34$) та екстремальним ожирінням (ЕО) ($\rho = +0,36$) і ЖМТ ($\rho = +0,45$); зі збільшеною окружністю талії (ОТ) ($\rho = +0,37$); наявністю стрій ($\rho = +0,19$); підвищеним САТ ($\rho = +0,31$), ДАТ ($\rho = +0,28$); наявністю інсулінорезистентності ($\rho = +0,31$); гіперліпемією ($\rho = +0,48$) та підвищеним вмістом триацилгліцеридів (ТАГ) у крові ($\rho = +0,21$), $p < 0,05$.

Обмежувальна ХП була асоційована: з МНО ($\rho = 0,24$); мінімальним збільшенням індексу маси тіла, ІМТ < 97 -го перцентилі ($\rho = -0,42$); незначним збільшенням ОТ ($\rho = -0,37$); невираженою прибавкою ЖМТ ($\rho = -0,4$); відсутністю стрій ($\rho = -0,32$); більш рідкісним діагностуванням інсулінорезистентності ($\rho = -0,21$), $p < 0,05$.

Найбільша частота виникнення порушень ХП спостерігалась при фенотипі МУО і становила 93,4 % (рис. 2).

Основними порушеннями при фенотипі МУО були екстернальна ($3,48 \pm 0,16$ бала; $52,5 \pm 5,09$ %) та емоційна ХП ($2,92 \pm 0,24$ бала; $34,2 \pm 5,92$ %), ступінь прояву яких оцінювався як «середній». Водночас обмежувальна ХП діагностувалась лише у 1/6 частини дітей із фенотипом МУО з «дуже низьким» ступенем прояву ($2,33 \pm 0,11$ бала; $6,7 \pm 2,46$ %).

У дітей із фенотипом МНО відзначався найнижчий рівень частоти виникнення порушень ХП (22,8 %). Це пояснюється тим, що третина пацієнтів даної групи мала мінімальний надлишок маси тіла (ІМТ < 97 -го перцентилі) і саме у цієї частини обстежених переважала обмежувальна ХП.

ВИСНОВКИ

Ожиріння, що має перебіг з метаболічними ускладненнями, супроводжується порушеннями харчової поведінки у переважній більшості хворих дітей. Ризик розвитку порушень харчової поведінки і характер порушень залежать від фенотипу ожиріння. Максимальна частота зустрічальності (93,4 %) порушень харчової поведінки спостерігається у хворих дітей із фенотипом МУО, а мінімальна частота характерна для фенотипу МНО (22,8 %). Фенотип МУО асоційований з екстернальною та емоційною харчовою поведінкою; фенотип МНО — з обмежувальною.

Отже, вірогідність і тип порушення харчової поведінки у дітей віком 6–16 років асоційовані з фенотипами ожиріння та потребують модифікації способу життя цієї групи дітей за рахунок персоналізованої дієтотерапії.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури знаходиться в редакції ■

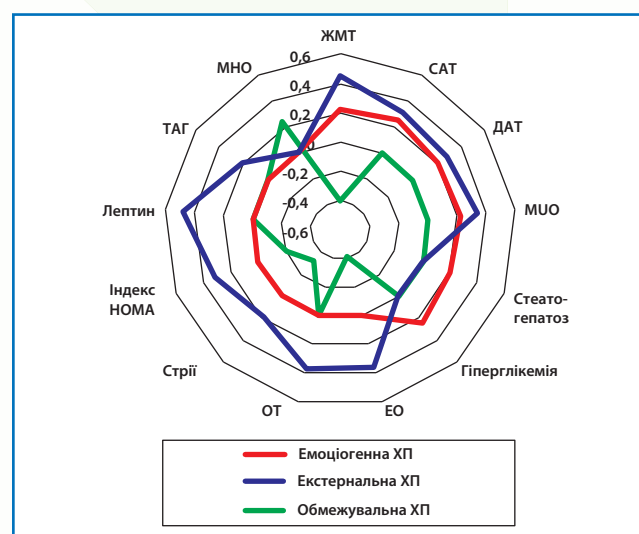


Рисунок 1. Кореляційна пляєда зв'язків порушень харчової поведінки з клінічними проявами ожиріння серед обстежених дітей віком 6–16 років (за коефіцієнтами рангової кореляції Спірмена, $p < 0,05$)

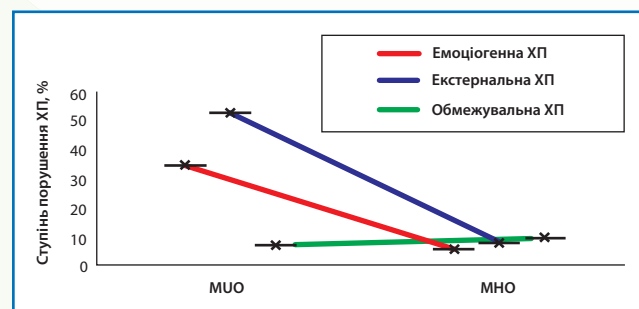


Рисунок 2. Ступінь порушення харчової поведінки при різних фенотипах ожиріння у дітей

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ В ОСІБ З НОРМАЛЬНОЮ ВАГОЮ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ТА ПІДХОДИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)



Степанов Ю.М.,
д.м.н., професор

СТЕПАНОВ Ю.М., д.м.н., професор, ЗАВГОРОДНЯ О.Ю., к.м.н.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

ВСТУП

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є найвагомим етіологічним чинником хронічних захворювань печінки у всьому світі. Загальна глобальна поширеність НАЖХП становить майже 25 %, у близько 25 % пацієнтів з НАЖХП розвивається неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), серед яких у 25 % розвинесться цироз печінки [1].

Традиційно вважають, що НАЖХП являє собою компонент метаболічного синдрому (МС) і поєднується з ожирінням, інсулінорезистентністю, дисліпідемією та іншими його компонентами [2]. При цьому не виникає сумнівів, що не у всіх людей із підвищеною масою тіла розвивається НАЖХП, і навпаки, наявність НАЖХП можлива в осіб з нормальною масою тіла. Незважаючи на ідентичність гістологічної картини, патогенетично та клінічно ці стани розрізняються [3].

Неалкогольна жирова хвороба печінки в осіб з нормальною вагою являє собою стеатоз печінки, індукований неоднорідним спектром етіологічних факторів, починаючи від харчових звичок (таких як високий уміст фруктози та жирів у дієті), розподілу жиру в організмі (вісцеральне ожиріння на противагу загальному ожирінню), складу тіла (набута або вроджена ліподистрофія, саркопенія) та генетичних факторів ризику, включаючи рідкісні вроджені дефекти обміну речовин [4].

Деякі автори припускають, що НАЖХП може бути важливим етіологічним чинником криптогенного цирозу печінки. Інші дослідження свідчать, що наявність НАЖХП серед осіб з нормальною вагою асоціювалася з підвищеною смертністю від серцево-судинних захворювань [5].

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Загальновживаний термін «худя НАЖХП» (lean NAFLD) або «НАЖХП без ожиріння» (nonobese NAFLD) є граматично і науково неточним, оскільки НАЖХП сама по собі не може бути «худюю» або «без ожиріння» [6]. Тому, беручи до уваги різні дефініції для терміна «худий», пропонується вживати термін «НАЖХП у осіб з нормальною вагою» (NAFLD in normal weight subjects) або «НАЖХП у осіб без ожиріння» (NAFLD in nonobese subjects) [7].

Відповідь на питання, чи є пацієнт худим або таким, що не має ожиріння (має нормальну вагу), визначається індексом маси тіла (ІМТ), тоді як нор-

мативи ІМТ різняться в дослідженнях. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує 25 та 30 кг/м² як поріг для виявлення суб'єктів із надмірною вагою та ожирінням відповідно. Найпоширенішим визначенням для нормальної ваги або «неожиріння» у пацієнтів з НАЖХП є ІМТ < 30 кг/м² у дослідженнях із США та < 25 кг/м² для європейських досліджень та ІМТ < 23 кг/м² для робіт з країн Азії. У зв'язку з відмінностями в діагностичних критеріях поширеність НАЖХП у пацієнтів без ожиріння значно коливається у різних дослідженнях [6].

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Навіть у межах нормальноного ІМТ у всьому світі спостерігається постійне зростання ваги, яке пов'язане зі збільшенням дисфункціональної запальної жирової тканини [8]. За даними досліджень, проведеними в країнах Азії, поширеність НАЖХП становить до 27 % у худорлявих осіб або осіб, які не мають ожиріння [9].

Порівняно з азіатськими дослідженнями, описаними раніше, дослідження за участю населення Європейського регіону є менш численними і зазвичай проводились за участю меншої кількості пацієнтів. У роботі італійських учених продемонстровано, що поширеність НАЖХП у осіб з нормальною вагою (ІМТ < 25 кг/м²) становила 16 % порівняно з 75,8 % у пацієнтів з ожирінням, при цьому оцінка стеатозу печінки проводилася за допомогою ультрасонографії [10].

Найбільше епідеміологічне дослідження, що аналізує поширеність та особливості перебігу НАЖХП серед пацієнтів з нормальною вагою, було проведено у США з використанням даних Третього національного обстеження з питань охорони здоров'я та харчування (NHANES III). Серед 11 613 осіб методом ультрасонографії виявлено стеатоз печінки у 27,7 % суб'єктів з надмірною

вагою/ожирінням, що значно перевищує частоту виявлення стеатозу в пацієнтів з нормальним ІМТ (< 25 кг/м²) — 7,4 % [11]. Наявність фенотипу з нормальною вагою та НАЖХП спостерігалась у всіх вікових групах, включаючи підлітків. У дослідженнях 1482 підлітків з нормальною вагою (ІМТ < 85-го перцентиля) віком від 12 до 18 років, які були включені до NHANES у 2005–2014 роках, було повідомлено про поширеність попереднього діагнозу НАЖХП у 8 % підлітків з нормальною вагою (АЛТ вище за відповідне центильне значення для відповідної статі та віку й ознаки стеатозу за даними методів візуалізації) [12].

За даними метааналізу 21 дослідження (n = 55 936), розрахунковий показник поширеності НАЖХП у пацієнтів з нормальною вагою становив 10,2 % (95% довірчий інтервал (ДІ): 7,6–13,6 %) [1].

ПАТОГЕНЕЗ

НАЖХП зазвичай розвивається у пацієнтів з ожирінням або надмірною вагою, які мають нераціональну дієту, підвищену проникність кишечника та дисбіотичні зміни, інсулінорезистентність, системне запалення та гострофазову реакцію; печінка, таким чином, піддається впливу надлишку метаболічних субстратів (ліпідів та вуглеводів) і запальних бактеріальних продуктів та цитокінів. Ці фактори викликають активацію гепатоцелюлярного стресового шляху, що призводить до загибелі клітин та активації запальної сигналізації. Стієке запалення веде до фіброгенного ремоделювання печінки аж до цирозу. Одночасно активуються регенеративні сигнали. Прогресування хвороби відображає баланс між чинниками, що сприяють розвитку фіброзу або відновленню нормальної функції та структури печінки [13]. Патогенез НАЖХП у пацієнтів без ожиріння має низку особливостей, які будуть розглянуті далі (рис. 1).

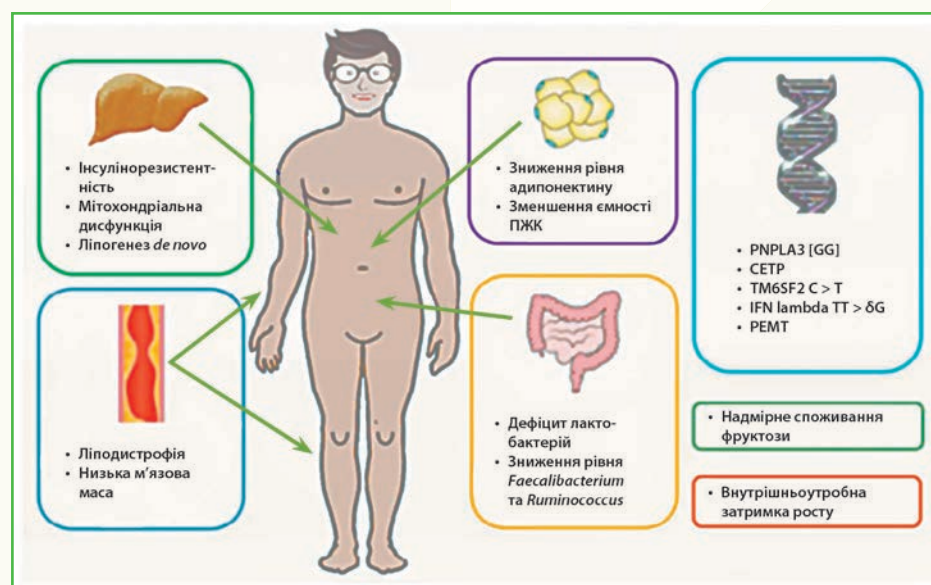


Рисунок 1. Патологічні детермінанти неалкогольної жирової хвороби печінки в суб'єктах з нормальною вагою. ПЖК — підшкірна жирова клітковина; PNPLA3 — пататинподібний домен, що містить фосфоліпазу білок-3; TM6SF2 — трансмембранний 6 член суперсімейства-2; CETP — білок перенесення холестерилового ефіру; IFN — інтерферон; PEMT — фосфатидилетаноламін N-метилтрансфераза [13]

ГЕНЕТИКА

НАЖХП у пацієнтів без ожиріння зустрічається у двох аспектах. По-перше, існують специфічні генетичні порушення, які впливають на конкретні метаболічні шляхи, що призводять до накопичення жиру в печінці, незважаючи на фізіологічний рівень надходження ліпідів через печінку. Ці генетичні порушення включають абеталіпопротеїнемію, сімейну комбіновану гіперліпідемію, хвороби накопичення, синдром Вебера — Криченна та ліподистрофію [6].

Існують також генетичні варіанти, що зазвичай не призводять до розвитку НАЖХП, але в умовах нераціонального харчування та збільшення маси жирової тканини збільшують сприйнятливості і пов'язані з підвищеним ризиком або захистом від розвитку НАЖХП.

Ген пататинподібного домену, що містить фосфоліпазу білка-3 (PNPLA3), та його несинонічний варіант rs738409 C/G, що кодує заміну ізолейцину метіоніном у положенні 148 амінокислоти (I148M), був першим з досліджених генів, що асоційовані з НАСГ. Цей варіант пов'язаний з розвитком НАСГ, а не простого стеатозу, та його прогресуванням до цирозу й гепатоцелюлярної карциноми [14]. Детальні механізми, за допомогою яких він сприяє розвитку стеатогепатиту та гепатоцелюлярному раку, залишаються невідомими.

PNPLA3 пов'язаний з ендоплазматичним ретикуломом та утворенням ліпідних краплин у гепатоцитах (рис. 2). Фермент виявляє як властивості тригліцеридгідролази, так і трансациляційну активність *in vitro*, тому може сприяти або катаболізму тригліцеридів, або їх анаболізму. Заміна метіоніну на ізолейцин у залишку 148 порушує гідроліз тригліцеридів ферментом, припускаючи, що PNPLA3-I148M може бути мутацією втрати функції (рис. 2A). Однак абляція PNPLA3 у різних штамів мишей (C57BL/6J та Lerob/ob) не призвела до значного підвищення вмісту ліпідів печінки або рівня амінотрансферази в сироватці крові. І навпаки, надмірна експресія PNPLA3-I148M у гризунів призводить до збільшення вмісту тригліцеридів у печінці, виявлення яких більше відповідає мутації посилення функції. Мутантний білок може перешкоджати дії іншої тригліцеридної гідролази, можливо, PNPLA2 (тригліцеридна ліпаза адипоцитів) (рис. 2B). Альтернативно, він може секвеструвати кофактор, необхідний для підтримки гомеостазу тригліцеридів у печінці (рис. 2C). Експресія мутантного ферменту може генерувати нову сигнальну молекулу, яка або інгібує ліполіз, або сприяє осадженню тригліцеридів (рис. 2D). Нарешті, мутантний білок може сприяти утворенню тригліцеридів (рис. 2E) або токсичного ліпідів, що сприяє як стеатозу, так і ушкодженню печінки [14].

У багатоетнічній когорті фактори генетичного ризику для стеатозу печінки мали найбільшу поширеність серед осіб, які мають латиноамериканську етнічну приналежність, аallel PNPLA3 rs738409 не асоціювалася з печінковою жировою

фракцією серед інших осіб, незважаючи на частоту 0,23 для алелі ризику [15].

Вільні жирні кислоти (ВЖК) з тригліцеридів (ТГ), що містяться в ліпідних краплях, або *PNPLA3* можуть бути залучені до конверсії ацилгліцеринів до тригліцеридів, тим самим сприяючи осадженню ТГ. Заміна метіоніну на ізолейцин у залишку 148 (*PNPLA3*-I148M) скасовує активність гідролази ТГ, що дозволяє припустити, що *PNPLA3*-I148M — це мутація втрати функції (А). Однак надмірна експресія *PNPLA3*-I148M у печінці мишей призводить до стеатозу. Ці результати більш узгоджуються з варіантом, який має збільшення. Мутантний білок може перешкоджати дії іншої ліпази (В) або секвеструвати кофактор, необхідний для підтримки гомеостазу тригліцеридів у печінці (С). Альтернативно, експресія гена може сприяти генерації нової сигнальної молекули, яка інгібує ліполіз (D) або сприяє утворенню тригліцеридів (E) [14].

TM6SF2 (Transmembrane 6 superfamily member 2) — це ще один ген, поліморфізм якого був пов'язаний з тяжкістю захворювання та впливом на ліпідний транспорт з печінки. *TM6SF2* сприяє секреції ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) з печінки (рис. 3). У мишей зниження вмісту *TM6SF2* збільшує вміст тригліцеридів у печінці при зниженні ліпідів у крові. І навпаки, надекспресія *TM6SF2* людини у мишей підвищує рівень ліпідів у сироватці крові. Алець *TM6SF2* rs58542926-T є варіантом втрати функції, що призводить до того, що білок зазнає прискореної деградації. Механізм, що спричинює зниження секреції частинок ЛПДНЩ, обумовлений дефіцитом поліненасичених фосфатидилхолінів у носіїв поліморфізму *TM6SF2* rs58542926-T. Ця алець асоціюється зі зниженими концентраціями декількох видів ліпідів у циркуляції, хоча не впливає на насичення жирними кислотами [16].

Ще одним поліморфізмом генів, який може відіграти роль у разі НАЖХП, є поліморфізм rs12979860 в гені *IFNL3*, який, як було показано, асоціюється з посиленням печінкового запалення та фіброзу в пацієнтів, які не страждають від ожиріння [6, 17].

Перенесення холестерилового ефіру (СЕТР) відіграє важливу роль у транспортуванні холестерину з периферичної тканини назад до печінки. Було встановлено, що два SNP-гена для гена СЕТР, а саме rs12447924 та rs12597002, пов'язані з підвищеним ризиком розвитку стеатозу печінки, особливо в осіб, які не страждають від ожиріння. В осіб без генетичного варіанта ризику поширеність НАЖХП становить лише 3–5 %, тоді як гомозиготна експресія варіанта ризику має тенденцію щодо збільшення поширеності НАЖХП до 25–33 % [16].

Фактор, що зв'язує стерольний регулятор (SREBF): SREBF відіграє важливу роль у синтезі, поглинанні та секретії внутрішньоклітинного холестерину. Підвищена експресія SREBF-2 пов'язана з більш тяжким гістологічним варіантом НАЖХП. Зокрема, експресія SREBF збільшується у пацієнтів, які не страждають від ожиріння та не мають цукрового діабету, пацієнти з експресією SREBF мають більше шансів щодо розвитку НАСГ протягом тривалого періоду часу (коефіцієнт шансів 2,9; 95% ДІ: 2,1–4,2) [5].

Нарешті, нещодавнє дослідження на тваринних моделях висунуло гіпотезу, що дефіцит фосфатидилетаноламіну N-метилтрансферази (ФЕМТ) може відіграти ключову роль у розвитку НАСГ в осіб без ожиріння. ФЕМТ — фермент, що бере участь у синтезі фосфатидилхоліну в клітинах печінки [18]. ФЕМТ-нокаутні миші на дієті з високим вмістом сахарози та жиру не мали ожиріння чи інсулінорезистентності порівняно з контрольною групою [13].

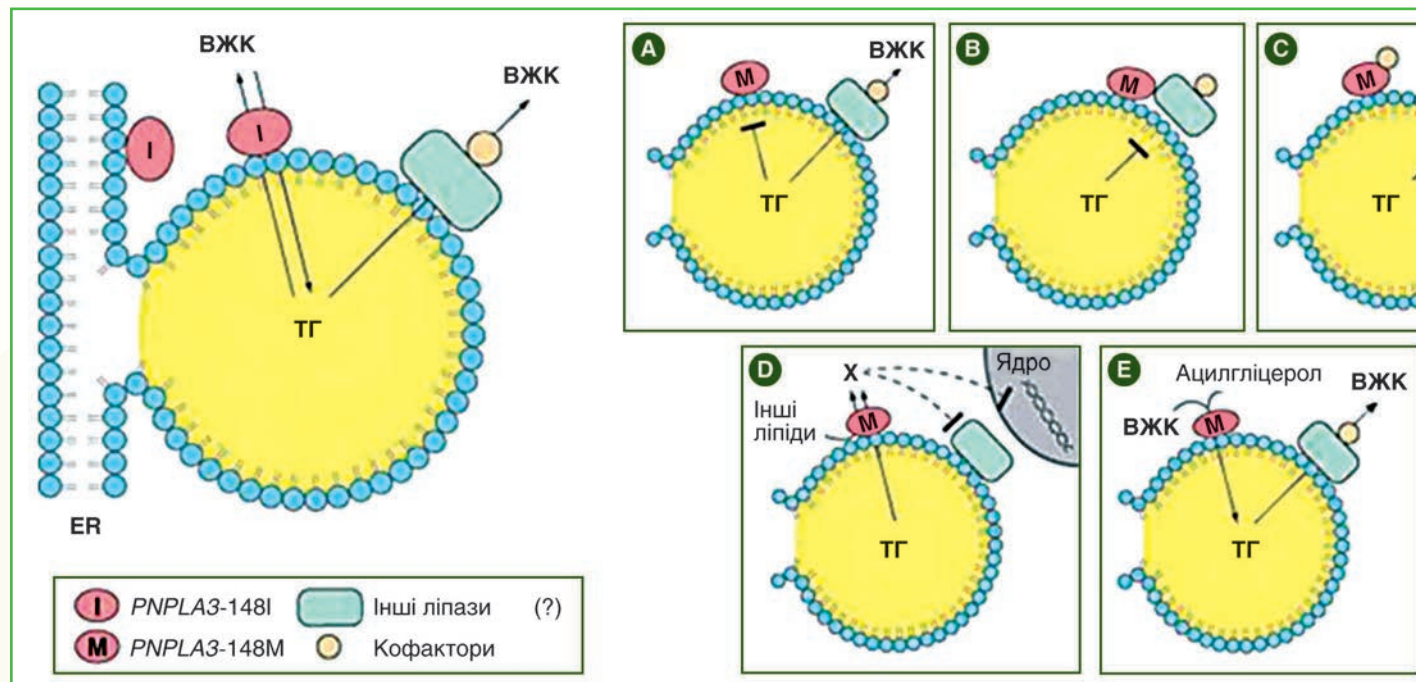


Рисунок 2. Потенційні зв'язки між *PNPLA3*-I148M та НАЖХП

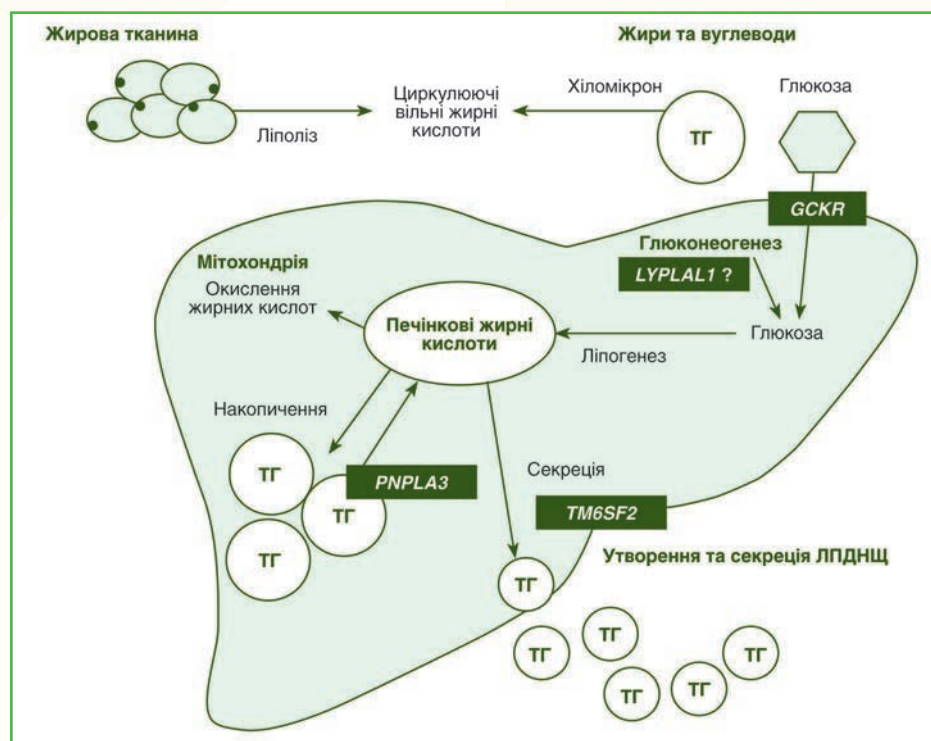


Рисунок 3. Асоціація алелей ризику НАЖХП та основних шляхів розподілу печінкових тригліцеридів [16]

Ген *LYPLAL1* (Lysophospholipase like 1) може сприяти зміні рівня циркулюючого та печінкового тригліцеридів, регулюючи метаболізм глюкози в печінці, як і *GSKR*. Це підтверджується відкриттям Ahp та співавт., які продемонстрували, що інгібування *LYPLAL1* призводить до збільшення вироблення глюкози в гепатоцитах людини, щурів та мишей [16].

Печінка здатна до ліпогенезу *de novo*, синтезовані жирні кислоти надходять у басейн печінкових жирних кислот, який також поповнюється за рахунок харчових жирів та циркулюючих вільних жирних кислот, отриманих здебільшого завдяки ліполізу жирової тканини або впливу ліпопротеїнової ліпази. Жирні кислоти підлягають окислювальному шляху або естерифікуються до тригліцеридів, які можуть зберігатися у вигляді крапель та/або використовуватися для синтезу ЛПДНЩ для секретії з печінки. Відповідно до цього *GSKR* rs1260326-T, що посилює ліпогенний шлях, надаючи більше субстратів для біосинтезу жирних кислот, збільшує ризик стеатозу печінки та підвищує концентрацію всіх апоВ-умісних ліпопротеїнів. *LYPLAL1* може функціонувати за тим же шляхом печінкового метаболізму глюкози та ліпогенезу, оскільки метаболічні ефекти *GSKR* rs1260326-T та *LYPLAL1* rs12137855-C дуже схожі. *TM6SF2* rs58542926-T змінює секреторний шлях, що призводить до накопичення ліпідів у печінці та зниження рівня циркулюючих ліпідів та ліпопротеїнів.

Цілкові імовірно, що значна частина пацієнтів з НАЖХП, які не мають ожиріння, належать до фенотипу суб'єктів з метаболічним ожирінням із нормальною вагою (МОНВ), описаних щонайменше у 5 % популяції, які демонструють змінену чутливість до інсуліну та підвищений серцево-судинний ризик [19].

ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ

При порівнянні метаболічно здорових та метаболічно «нездорових» суб'єктів з нормальною вагою остання популяція продемонструвала підвищення вмісту жиру в печінці, збільшення вісцеральної жирової маси та товщини комплексу інтими-медії (сІМТ), але нижчу підшкірну жирову масу, чутливість до інсуліну та секретію інсуліну. Збільшення жиру в печінці, ймовірно, пов'язане зі зниженою здатністю до зберігання жиру в підшкірній жировій тканині, поєднаній зі зниженою мітохондріальною функцією та посиленням ліпогенезу *de novo* в печінці. Крім того, в осіб з МОНВ також наявний прозапальний стан, який характеризується зниженою концентрацією адипонектину [5].

Етнічна приналежність суттєво впливає на поширеність МОНВ за даними досліджень [13].

У спектрі МОНВ можна виділити фенотип ліподистрофії. Ці суб'єкти, як правило, демонструють відсутність жиру в класичному підшкірному депо, але характеризуються великим ектопічним скупченням ліпідів у скелетній мускулатурі та печінці, пов'язаним з вираженою резистентністю до інсуліну [20].

Важливість складу тіла у виникненні та прогресуванні НАЖХП також підтверджується тим фактом, що саркопенія, визначена як прогресуюча і генералізована втрата скелетної м'язової маси, сили та функції, є фактором ризику розвитку НАЖХП [21]. Резистентність до інсуліну в жировій тканині виникає на етапі внутрішньоутробного розвитку плода і зберігається в неонатальний період і в зрілому віці.

Італійська група вчених описала зв'язок затримки внутрішньоутробного розвитку з НАЖХП у дітей та більш серйозною активністю захворювання за даними морфології, незалежно від резистентності до інсуліну. У середньому віці 11 років більшість досліджуваних (80 %) мали інсулінорезистентність, незважаючи на нормальний ІМТ та дуже низьку поширеність метаболічних порушень [22].

Дослідження виявили, що резистентність до інсуліну пов'язана з великим розміром підшкірних адипоцитів, і це свідчить про те, що магістральний жир може відігравати більшу роль у розвитку НАЖХП, ніж надлишок вісцерального жиру. У дорослому віці гіпертрофія є основним механізмом підвищення маси жирової тканини. Вікова залежність механізмів, за допомогою яких маса жирової тканини зростає, може бути актуальною в різних соціально-економічних контекстах. Наприклад, в країнах, що розвиваються в економічному відношенні, доступ до надмірних калорій часто виникає в зрілому віці після тривалого періоду дитячого недоїдання, тоді як гіперкалорійна дієта та відповідно ожиріння часто розвиваються в дитинстві у країнах Заходу. Наявність меншої кількості адипоцитів протягом дитинства дозволила популяції з нормальною вагою здебільшого змінити об'єм адипоцитів у дорослому віці, розвиваючи особливості МС при меншій жировій масі, чим частково пояснюється, чому у цих осіб легко розвивається НАЖХП [19].

ДІЄТА ТА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

Взагалі навіть серед популяції з нормальною вагою особи, які страждають від НАЖХП, зазвичай споживають більшу кількість калорій. Сидячий спосіб життя,

як відомо, пов'язаний зі збільшенням поширеності інсулінорезистентності, у пацієнтів з нормальною вагою встановлено роль малорухливого способу життя у виникненні НАЖХП [5].

МІКРОБІОМ

Нині існує значна кількість джерел, що вказують на ключову роль мікробіому кишечника в регуляції метаболічного гомеостазу. На склад мікробіому впливають вік, стать, раса, гормональний статус та особливості дієти. У мікробіомі за наявності ожиріння відбуваються багатогранні зміни, включаючи підвищення рівня протеобактерій та зміну співвідношення «фірмікути/бактероїди». Стеатоз печінки був пов'язаний з меншою часткою *Bacteroides* та більшою часткою *Prevotella* та *Porphyromonas*, а також більшою кількістю етанол-продукуючих бактерій [23].

Дослідження мікробіому кишечника у пацієнтів з НАЖХП без ожиріння порівняно з пацієнтами з ожирінням виявило тенденцію до якісних відмінностей групи НАЖХП порівняно з ожирінням, із трикратною меншою чисельністю видів *Fecalibacterium* і *Ruminococcus* та відносним дефіцитом лактобактерій [24].

Quarte та співавт. описали той факт, що у підгрупі худорлявих хворих з НАСГ відзначалась менша кількість румінококів і дефіцит лактобактерій порівняно з пацієнтами з надмірною вагою та ожирінням з НАСГ [25].

Дані щодо метаболізму у пацієнтів з нормальною вагою та НАЖХП обмежені. Дослідження показали, що НАЖХП у осіб без ожиріння може мати чіткий метаболомічний профіль, при цьому рівень лізофосфатидилхоліну, фосфатидилхоліну, тирозину та валіну відрізняється від рівня групи пацієнтів з НАЖХП та ожирінням [26].

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОФІЛЮ НАЖХП У ПАЦІЄНТІВ БЕЗ ОЖИРІННЯ

У більшості пацієнтів відсутні специфічні симптоми або ознаки НАЖХП. Вдома, дискомфорт у правому підребер'ї, випадкове виявлення гіпертрансаміназемії або печінкового стеатозу при ультразвуковому дослідженні, за винятком вторинних причин стеатозу, залишаються найпоширенішими методами попередньої діагностики НАЖХП [5]. Немає даних, які б свідчили про те, що худі особи з НАЖХП мають відмінності у клінічній симптоматиці. Порушення повсякденної діяльності зазвичай не відбувається, аж доки не розвинується цироз.

Як видно, поширеність супутніх захворювань, що наявні у пацієнтів з НАЖХП та ожирінням, таких як цукровий діабет 2 типу, гіпертонія та дисліпідемія, аналогічно підвищена серед осіб з нормальною вагою та НАЖХП [27].

Антропометричні дані у хворих з НАЖХП без ожиріння різняться залежно від наявності основного ліподистрофічного розладу та загального збільшення вісцеральної жирової тканини [5].

ЛАБОРАТОРНІ ОЗНАКИ

Відомо, що порівняно з пацієнтами з ожирінням без НАЖХП пацієнти з НАЖХП без ожиріння мають схожий ступінь дисліпідемії та гіпертригліцеридемії [5]. Такі пацієнти також мають більш високий рівень феритину в сироватці крові, гемоглобіну та гематокриту порівняно з пацієнтами з ожирінням без НАЖХП [28]. Епідеміологічне дослідження, проведене в Індії, повідомляє про сільську громаду, представники якої не страждають від ожиріння (середній ІМТ $19,6 \pm 6,6$ кг/м²), серед них є особи з НАЖХП, які мають більш високий рівень тригліцеридів, більш високий рівень глюкози в крові та більше підшкірного жиру, ніж ті, які не мають НАЖХП [29].

Таблиця 1. Запропоновані клінічні критерії діагностики дитячої НАЖХП (включаючи НАЖХП у осіб з нормальною вагою тіла) [32]

Фізикальне обстеження	Лабораторні знахідки	Інструментальні знахідки
Абдомінальне ожиріння: співвідношення окружності талії до окружності стегна > 0,5	НОМА-ІR > 3,15	Печінковий стеатоз
Абдомінальне ожиріння: окружність талії > 90 перцентилів для відповідного віку та статі	Дисліпідемія: гіпертригліцеридемія або гіперхолестеринемія	

ГІСТОЛОГІЧНИЙ СПЕКТР ТА ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Гістологію печінки можна розглядати з двох позицій:

- 1) загальні риси НАЖХП;
- 2) висновки, що свідчать про унікальні відмінності у пацієнтів з НАЖХП без ожиріння.

Більшість робіт свідчить, що дані морфологічного дослідження печінки пацієнтів з нормальною вагою ідентичні відповідним змінам у пацієнтів з НАЖХП та ожирінням. Хоча є роботи, в яких продемонстровано виражене лобулярне запалення та балонування у пацієнтів з НАЖХП і нормальною вагою, навіть порівняно з пацієнтами з надмірною вагою з НАЖХП [30].

Інше дослідження, за участю 430 морфологічно підтверджених випадків НАЖХП, показало, що 55 % пацієнтів без вісцерального ожиріння мали НАСГ та фіброз F2, незважаючи на більш м'які метаболічні зміни [5]. Навпаки, в іншій ретроспективній серії, включаючи 669 пацієнтів з морфологічно підтвердженою НАЖХП, порівняно з пацієнтами з надмірною вагою та ожирінням у суб'єктів із НАЖХП з ІМТ < 25 кг/м² спостерігалась менша частота МС та діабету, менш виражені зміни з боку серцево-судинної системи, оцінювані за товщиною комплексу інтимі-медії, а також поширеність каротидних бляшок та менша поширеність гістологічно підтвердженого НАСГ та фіброзу ступеня F2 або вище [31].

Отже, пацієнти з нормальною вагою та НАЖХП можуть мати більш легкий ступінь морфологічних змін або виявляти однакові характеристики порівняно з хворими на ожиріння та НАЖХП, але в цілому можуть мати весь спектр ураження печінки. Це говорить про те, що ризик виникнення цирозу для хворих з НАЖХП та нормальною вагою може не сильно відрізнятися від такого у пацієнтів з ожирінням, і що після встановлення діагнозу НАСГ ожиріння може не бути головним рушієм прогресування фіброзу.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПІДХІД ТА ТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА

Важливо діагностувати та лікувати специфічні етіології НАЖХП у осіб з нормальною вагою у разі їх наявності. Адже інші менш поширені специфічні стани можуть спричинити стеатоз печінки. Це целіакія, муковісцидоз, інфекція вірусом гепатиту С, різке зниження ваги, білково-енергетична недостатність, хвороба Вільсона, прийом деяких стеатогенних лікарських засобів тощо. Оцінюючи пацієнта з НАЖХП без ожиріння, необхідно виключати ці етіологічні чинники, оскільки вони можуть вимагати іншого підходу до діагностики та лікування [5]. В інших випадках діагностичний підхід орієнтований на виявлення ступеня накопичення жиру в печінці та оцінку наявності фіброзу. Супутні захворювання повинні бути ретельно оцінені та підлягати корекції, оскільки суттєво впливають на загальну смертність.

НАЖХП зазвичай розглядається як діагноз виключення у пацієнтів з ожирінням/надмірною вагою зі стеатозом печінки, виявленим за допомогою методів візуалізації, та за відсутності інших захворювань печінки. Такий підхід не є

раціональним, коли йдеться про НАЖХП у пацієнтів без ожиріння. Низка авторів пропонують використовувати для діагностики НАЖХП у дітей без ожиріння критерії, викладені у табл. 1 [32].

Жирова фракція печінки, виміряна за допомогою МРТ-спектроскопії, стала добрим неінвазивним інструментом для кількісної оцінки стеатозу при НАЖХП [33]. Використання контрольованого параметра ультразвукового затухання (САР) разом із транз'єнтною еластографією забезпечує широко доступний та відносно недорогий спосіб діагностики печінкового стеатозу [34].

ДЕХА-сканування дозволяє провести аналіз складу тіла, що служить незалежним інструментом у плані контролю за зменшенням жирової маси. Загальне споживання калорій повинно відповідати індивідуальним потребам пацієнта, щоб зменшити масу жирової тканини та підтримати або відновити м'язову масу. Втрата ваги та фізична підготовка взаємопов'язані, і поєднання змін у харчуванні та фізичних навантажень має велике значення. Ці дані також підтверджуються іншими дослідженнями, де зроблено висновок, що зміна маси тіла є потужним незалежним фактором для регресії НАЖХП у людей, які не страждають від ожиріння, незалежно від базового ІМТ [35].

Зниження ваги більше ніж на 5 % було пов'язане з поліпшенням загального показника гістологічної активності при НАЖХП незалежно від ваги тіла, не виявляючи значного покращення індивідуальних показників. Але зниження ваги на ≥ 7 % не було пов'язане з подальшим поліпшенням показника гістологічної активності у пацієнтів з нормальною вагою [36].

Хоча покращення показника гістологічної активності відзначено в обох групах пацієнтів (з НАЖХП та ожирінням/без ожиріння), жодна група не досягла зменшення ступеня фіброзу зі зниженням ваги протягом року. Це може вказувати на те, що вплив втрати ваги на фіброз менший, ніж вплив на загальну гістологічну активність, або що для виявлення змін показників фіброзу потрібна тривалість спостереження більше року [5].

Важливо акцентувати увагу пацієнтів на необхідності регулярного фізичного навантаження, оскільки воно може специфічно знижувати вміст вісцерального жиру [37].

Фармакологічна терапія призначається для пацієнтів з активним НАСГ та фіброзом щонайменше 2 стадії. Доказів щодо ефективної фармакотерапії у худорлявих пацієнтів з НАСГ залишається недостатньо.

Лікування тiazолідиндіоном піоглітазоном також знижує ризик діабету та покращує секрецію інсуліну у суб'єктів, що не страждають від ожиріння, з порушенням толерантності до глюкози. Лікування на основі інкретину може бути більш ефективним для осіб, які мають надмірну вагу та страждають від ожиріння, ніж для людей із нормальною вагою, оскільки його ефективність пов'язана з втратою ваги [38].

Експериментальні моделі НАЖХП продемонстрували терапевтичний ефект використання пробіотиків при НАЖХП. Пропонується, що використання синбіо-

тиків може бути ефективним у лікуванні пацієнтів з НАЖХП без ожиріння [39]. Крім того, оскільки більшість клінічних випробувань пов'язані з розробкою лікарських препаратів для пацієнтів з НАЖХП або НАСГ із вираженим ожирінням, то незрозуміло, чи буде терапевтичний підхід однаково ефективний для пацієнтів з НАЖХП, які не страждають від ожиріння.

Отже, особи з нормальною вагою та НАЖХП є чітко визначеною групою пацієнтів порівняно зі здоровими людьми, в осіб з нормальною вагою та НАЖХП наявними є фактори метаболічного ризику (дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, діабет та інсулінорезистентність), ймовірно, через більш розвинену дисфункціональну жирову тканину, не обмежену її вісцеральним компонентом. Хоча дані літератури свідчать про те, що ці пацієнти мають більш сприятливі метаболічні характеристики порівняно з хворими на ожиріння, дані про довгострокову виживаність та смертність є недостатніми та суперечливими. Застосування чітко детермінованих стратегій фенотипізації в клінічних випробуваннях для розподілення суб'єктів, які страждають від ожиріння та які не страждають від нього, допоможе точніше зрозуміти патофізіологію захворювань печінки.

ВИСНОВКИ

1. Наявність НАЖХП у суб'єктів із ІМТ в межах етнічного специфічного 25 кг/м² на кавказькій популяції та 23 кг/м² в азіатській популяції була визначена як НАЖХП у осіб з нормальною вагою.

2. НАЖХП у осіб з нормальною вагою була спочатку описана серед населення Азії; вона може бути діагностована приблизно у 5–26 % загальної чисельності населення Азії та 7–20 % у західних країнах.

3. Патофізіологічні механізми повністю не вивчені й можуть включати дисфункціональну жирову тканину, змінений склад тіла, генетичні мутації, епігенетичні зміни, що відбуваються на етапі внутрішньоутробного розвитку, та зміни з боку мікробіоти кишечника.

4. Для діагностики НАЖХП у пацієнтів з нормальною вагою критично важливим є виявлення вторинної етіології стеатозу печінки.

5. Хоча цей фенотип, як правило, має більш сприятливий метаболічний профіль порівняно з пацієнтами, які мають ожиріння, у пацієнтів з НАЖХП та нормальною вагою може розвинути повний спектр ураження печінки.

6. Дані щодо тривалого прогнозу цієї групи пацієнтів є недостатніми та суперечливими, але дозволяють припустити, що НАЖХП у пацієнтів з нормальною вагою не є «доброякісною» хворобою.

7. Диференціальних схем терапії пацієнтів з НАЖХП та нормальною вагою досі не розроблено, як терапія першої лінії розглядається модифікація способу життя.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури знаходиться в редакції ■

ОБ ОРГАНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ДОЛГИМ КОВИДОМ

Продолжается исследование долгосрочных последствий COVID-19 у пациентов с так называемым лонг-ковидом — сохраняющимися после перенесенной инфекции симптомами.

Работа исследователей из Великобритании была на днях опубликована в виде препринта. Напоминаем, что препринт — это статья, которая еще не прошла независимое рецензирование, а значит, на нее нельзя опираться в клинической практике или других ситуациях, связанных со здоровьем.

Авторы начали проспективное исследование, в том числе у пациентов низкого риска, с оценкой продолжающихся симптомов, используя МРТ (сердце, легкие, печень, почки, поджелудочная железа и селезенка) и провели анализы крови, в среднем через 3–4 месяца после установления диагноза COVID-19. В настоящее время исследование еще продолжается.

В эту работу включили 201 участника с перенесенной инфекцией SARS-CoV-2. Критериями исключения были симптомы активной респираторной вирусной инфекции (температура более 37,8 °C или три или более эпизода кашля в течение 24 часов), выписка в течение недели до включения в исследование или наличие противопоказаний к МРТ.

Средний возраст пациентов составил 44 года, из них 70 % — женщины, 87 % — светлокожие, 31 % — медработники, 18 % были госпитализированы по поводу COVID-19. Исследование проводили в среднем через 140 дней после первоначальных симптомов (межквартильный размах — 105–160 дней).

Госпитализированные участники в среднем были старшего возраста, среди них большое количество составляли не светлокожие, и они чаще сообщали о невозможности ходить.

Всего курильщиков было 3 %, пациентов с астмой — 18 %, ожирением — 20 %, гипертонией — 6 %, диабетом — 2 %, сердечной патологией — 4 %.

Наиболее часто (независимо от того, была ли до этого госпитализация) пациенты сообщали об утомляемости (98 %), мышечной боли (88 %), одышке (87 %) и головной боли (83 %). Часто встречались продолжающиеся кардиореспираторные (92 %) и ЖКТ (73 %) симптомы.

У 99 % участников было 4 симптома или более, у 42 % — 10 или более. 52 % сообщили о постоянных умеренных проблемах с повседневной активностью, 20 % — об одышке.

При МРТ были обнаружены органические нарушения: в сердце — у 32 % (миокардит — у 11 %, систолическая дисфункция — у 23 %), легких — 33 %, почках — 12 %, печени — у 10 %, поджелудочной железе — у 17 %; спленомегалия — у 6 %. Нарушения в 1 органе или более были у 66 % больных. Признаки мультиорганного нарушения — у 25 % обследованных.

Органное повреждение чаще отмечалось у ранее госпитализированных пациентов. Также у них статистически значимо чаще были признаки воспаления в почках и поджелудочной железе и эктопического жира в печени и поджелудочной железе. Не было взаимосвязи между симптомами и данными анализов

и выявленными органическими нарушениями. Авторы пишут о том, что, хотя описаны легкие нарушения в органах, эти данные нельзя игнорировать. При этом ни симптомы, ни отклонения в анализах крови не были предикторами органического повреждения.

Миокардит был описан и ранее у пациентов с новой коронавирусной инфекцией. В данном исследовании было показано, что одна треть пациентов низкого риска с синдромом долгого ковида имели кардиальные нарушения в форме легкой систолической дисфункции или миокардита три месяца спустя после инфекции. Авторы отмечают, что, хотя причинно-следственную взаимосвязь нельзя было определить, функцию сердца можно рассматривать как фактор риска тяжелой инфекции и объяснение персистирующих симптомов долгого ковида.

Причинно-следственную взаимосвязь между органическими нарушениями и инфекцией установить не удалось, тем не менее в связи с полученными данными исследователи пишут о необходимости мониторинга в средне- и долгосрочном периоде, особенно внегочных последствий.

Среди ограничений исследования упоминается то, что не были включены здоровые контроли, не рассматривали головной мозг и функцию мышц.

Таким образом, заключают исследователи, у долгого COVID-19 существует физиологическое основание, и, вероятно, будут необходимы средне- и долгосрочная оценка и мониторинг мультиорганной функции и проведение анализов крови, помимо оценки симптомов, даже у пациентов с низким риском.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.14.20212555v1.full.pdf>
<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4470> ■

FDA ОДОБРИЛО КОМБИНАЦИЮ АНТИТЕЛ ОТ REGENERON ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19

Американский регулятор одобрил применение комбинированного препарата на основе моноклональных антител от компании Regeneron. Новый комбинированный препарат REGN-CoV2 представляет собой «коктейль» из двух моноклональных антител: казиривимаба и имдевимаба. Данное лекарство стало третьим по счету одобренным в США для лечения коронавирусной болезни.

Ранее препарат проходил клинические испытания, в ходе которых продемонстрировал свою эффективность у пациентов с коронавирусом. Препарат смог снизить число госпитализаций у больных COVID-19, а также уменьшить потребность в неотложной помощи у тех больных, которые были подвержены риску развития осложнений в течение 28 дней после получения препа-

рата. Этим препаратом также лечили и Дональда Трампа, которого удалось вернуть в строй в рекордные сроки.

REGN-CoV2 одобрен для применения у пациентов старше 12 лет с массой тела выше 40 кг с легкой и средней формой коронавирусной болезни. В то же время ранее этот препарат оказался бесполезным у пациентов с тяжелой формой болезни, а также у тех, кому требовалась постоянная кислородная поддержка.

Ранее FDA одобрило применение комбинации ремдесивира и барицитиниба у госпитализированных пациентов, нуждающихся в кислородной терапии, а также препарат бамланивимаб от Eli Lilly для той же категории больных, что и препарат компании Regeneron, — со средней и легкой формой коронавирусной болезни. ■

Ліцензія МДЗ України, серія АГ, № 599054, від 21.11.2019 р.



АКСІМЕД

НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ,
ВТІЛЕНИЙ В УСПІШНУ
ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ



А.Л. Сидельников
ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ВРАЧЕБНЫЕ ДЕВИАЦИИ



НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ Д.А. БІЛЮКА
КАФЕДРА НЕВРОЛОГІЇ №1
КРОКУЮЧИ СТОЛІТТЯМИ
ЮВІЛЕЙНИЙ АЛЬБОМ



А. Сидельников
НЕВРОЛОГІЯ
АТЛАС-СПРАВОЧНИК



КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ "АКСИМЕД"
ЭТЮДЫ ИСТОРИИ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
STORIES OF CLASSICAL NEUROLOGY HISTORY



КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ "АКСИМЕД"
ПРИКЛАДНАЯ НЕВРОЛОГИЯ
КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ "АКСИМЕД"



АКСИМЕД
КЛИНІКА СУЧАСНОЇ НЕВРОЛОГІЇ

ПОЛИТИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ



Ион Деген, д.м.н.

В приоткрывшуюся дверь перевязочной просунулась голова санитарки:

— Дохтур, вас до тэлэфону.

Вовремя. Я как раз вымыл руки после наложения гипсовой повязки. По плотно забитому дополнительными койками с больными коридору прошел к сестринскому посту, где был установлен телефон.

— Слушаю вас!

— Значит, так. Надо поехать в Конча-Заспу проконсультировать больную. Там что-то с коленом, — голос заместителя министра здравоохранения Украины Ивана Владимировича Шумады.

— В селах вокруг нашего города испокон веков существует замечательная традиция. При встрече даже незнакомые люди приветствуют друг друга. Надо полагать, что товарищ заместитель министра уже давно покинул село. Поэтому ему нет нужды здороваться. Кроме того, неопределенная фраза поставила меня в тупик. Не знаю, в каком ключе вести разговор — на вы или на ты?

— Брось, Ион. Всегда ты со своими штучками.

— Ага, значит, со своей высоты ты еще замечаешь меня. Прости, Иван, но в Конча-Заспу я не поеду.

— Это еще почему?

— Конча-Заспа — правительственная больница. А я не работаю в Четвертом управлении.

— Брось, Ион. Тебе что, не хочется получить за одну консультацию сто пятьдесят рублей? Для тебя сто пятьдесят рублей лишние?

— Совсем не лишние. Но я не консультирую в правительственной больнице.

Ох, как не лишними были для меня сто пятьдесят рублей при нищенской зарплате в восемьдесят пять рублей в месяц! А вычеты? А три процента партийных взносов? Речь о старых ценах — шел тысяча девятьсот пятьдесят девятый год.

— Брось, Ион. Сейчас за тобой придет машина.

— Спасибо за память, Иван, но я не поеду. Будь здоров.

Положил трубку. Диалог требует объяснения. Как это рядовой врач районной больницы смеет подобным образом разговаривать с самим заместителем министра? Или это всплеск популярности благодаря операции, которую я сделал за несколько дней до этого телефонного звонка, сделал меня таким раскованным и смелым?

Операция в ту пору действительно была не совсем обычной. Можно сказать, уникальной. Я пришел предплечье, отрезанное за сорок минут до поступления пациента в наше отделение, вернее, за сорок минут до начала операции. Это была первая в медицинской практике

реплантация конечности. Рука прижилась. На меня низвергся легион журналистов — корреспондентов газет и радио. Московские телевизионщики из «Голубого огонька» решили усадить за один столик моего пациента и меня. Пациент, двадцатишестилетний слесарь-сантехник, который сдуру полез разрезать металлическое кольцо на фрезерном станке, держа кольцо в руке, что привело к ампутации, немедленно согласился стать объектом киносъемки. Я деликатно отказывал в интервью. Объяснял, что, только увидев отдаленные результаты, сперва опубликую статью в медицинском научном журнале, а уже после этого буду готов подвергнуться растерзанию журналистов. Статья была опубликована только в 1970 году в журнале «Хирургия». Нет, не эта внезапно свалившаяся популярность послужила причиной несколько непочтительного отношения рядового врача к самому заместителю министра.

За семь с половиной лет до этого разговора я начал работать врачом. А в 1951 году сподобился стать единственным евреем не только в клинической ординатуре Киевского ортопедического института, но и среди ста восьмидесяти четырех клинических ординаторов в Украине. Этим завершились четыре месяца моей упорной и очень нелегкой борьбы с советской властью.

Первая клиника, в которой я работал, занимала весь третий этаж основного здания. На втором этаже, если зайти с черного хода, дверь с площадки вела в квартиру заведующего клиникой профессора Елещкого. Справа в комнатке общежития ютились четыре ординатора первого года, в их числе я. Напротив, тоже в общежитии, помещались три клинических ординатора. Среди них, выражаясь деликатно, серенький малообразованный ординатор второго года Ваня Шумада. Все мы были фронтовиками. Может быть, именно это позволило ничем не примечательному студенту Шумаде сразу после окончания института попасть в ординатуру. Думаю, в отличие от меня, к тому времени автора двух научных работ, окончившего институт с отличием, ему для поступления в ординатуру не пришлось воевать с советской властью. Он ведь не был евреем.

Почти год я охотно помогал Ивану осваивать основы ортопедии и травматологии, не переставая удивляться его серости. Но зимой, когда началась избирательная компания в какой-то Верховный Совет — не то Советского Союза, не то Украины, я увидел, каким выдающимся талантом обладает Ваня Шумада. Его назначили старшим агитатором избирательного участка. Меня, рядового агитатора, как и всех моих несчастных коллег, он гонял по грязным трущобам Козловки. Благодаря нашим усилиям его отчеты поражали высокое начальство. Каждый отчет был шедевром социалистической липы. Могли ли эти шедевры остаться незамеченными вверху? Не могли. Ваня Шумада стал постепенно подниматься в гору, добравшись до должности инструктора Центрального комитета Коммунистической партии Украины. Но, увы, не всем мастерам липы удается продолжать восхождение. Бывают длительные остановки и даже, как в случае Вани Шумады, неожиданные сползания вниз. С партийного поприща Ивана Владимировича понизили до административной должности заместителя министра здравоохранения Украины. Еще через несколько лет — до директора Киевского ортопедического института, снабдив его при этом степенью доктора медицинских наук, что само по себе невероятно. И званием профессора.

Конец нашей телефонной беседы услышал главный врач больницы, в которой я работал ортопедом-травматологом. Петр Васильевич Яшунин — самородок, блестящий врач, один из лучших киевских хирургов. Он никогда не повышал голоса на подчиненных. Он отлично оборудовал больницу, прибегая только к теплым личным взаимоотношениям со многими десятками людей — начальственных и просто умеющих доставать. Петр Васильевич со всеми был в хороших отношениях. Это не помогло ему удержаться на должности главного врача. В конце концов его уволили. Дабы не подавал дурного примера другим руководителям. И еще Петр Васильевич был единственным начальником на протяжении всей моей работы в Советском Союзе, который любил меня. Остальные в лучшем случае только терпели. Он укоризненно помотал головой и пошел по коридору в сторону операционной, а я зашел в палату к моим больным.

Прошло не более десяти минут. В палате нарисовался Петр Васильевич.

— Иди к телефону. Ох, и доиграешься ты, Ион. — Вместе со мной он подошел к сестринскому посту. Я не понял, о чем идет речь, пока не взял трубку.

— Товарищ Деген, говорит заведующий административным отделом ЦК. Сейчас за вами заедет машина. Садитесь и ехайте в Конча-Заспу. Понятно? — И этот не поздоровался. Возможно, так принято у начальства?

— Нет, не понятно. Я не работаю в Четвертом управлении.

— Не понятно. Так вот, садитесь и ехайте. Или положите партбилет. Сейчас понятно? — Уже не я положил трубку первым.

Отказ консультировать в Конча-Заспе потому, что я не врач Четвертого управления, был только одной незначительной причиной. Другую, гораздо более важную, представляло нечто такое, что даже Петру Васильевичу я почему-то стеснялся рассказать.

Говорили, что у рядового врача есть два момента, когда он чувствует себя счастливым: первый — когда ему удается получить подработку на полставки, и второй — когда он, наконец, может избавиться от изматывающей подработки. Так вот, в то время состоялся первый момент, когда можно почувствовать себя счастливым: я подрабатывал на полставки в поликлинике. После суточных дежурств в стационаре, после нескольких операций и текущей работы в отделении в течение трех вечерних часов я принимал амбулаторных больных.

В тот вечер на прием пришла шикарная тридцатичетырехлетняя брюнетка, дама моего возраста. С жалобами на боль в коленном суставе. Точнее, не пришла, а была подобострастно введена в кабинет заведующим поликлиническим отделением — старым заслуженным терапевтом. Дама не жила в районе обслуживания нашей больницы. Но какое это имело значение, если она — жена весьма высокопоставленной личности? Я внимательнейшим образом обследовал коленный сустав. Никакой патологии. Единственный диагноз, который можно было поставить на основании исследования: у дамы красивые ноги. Но этот диагноз не имел никакого отношения к ортопедии. К концу приема стало очевидно, что дама, которой все доступно, почему-то решила, что и я доступен. Когда через несколько дней она пришла на повторный осмотр, ее намерения были настолько очевидны, что мне пришлось притвориться ничего не понимающим

бесполом существом. И вот она вызывает меня в Конча-Заспу. Именно об этой причине отказа я не мог рассказать Петру Васильевичу, который слышал мой разговор с заведующим административным отделом ЦК.

— Эх, Ион, когда, наконец, ты повзрослеешь? Когда, наконец, ты поймешь, что их доить надо, а не бороться с ними? Ну, не берешь ты гонорар у пациентов — твоя забота. Но этих-то раздеть — благое дело.

Вошла нянечка и сообщила, что у входа ждет машина.

Семиместный ЗИМ сверкал черным лаком. Вдоль Днепра мы поехали в Конча-Заспу. Я никогда не был в этой больнице, но догадывался, что больные не лежат в ней на дополнительных койках в коридоре. Автомобиль въехал в ворота высокого бетонного забора, обогнул огромную клумбу и остановился у широкой плоской лестницы из трех ступенек.

— Доктор, сколько вы здесь пробудете? — спросил шофер.

— Думаю, минут сорок.

— Вы не возражаете, если я смокаюсь покалывать?

— На здоровье.

— Не разозлитесь, если я случайно опоздаю на минут пять-десять?

— Поезжайте, не беспокойтесь.

— Спасибо, доктор.

В вестибюле меня ждал сюрприз. Встретил доктора Ковальчука, с которым учился в институте на одном курсе, правда, в разных группах. Я не знал, что он в Киеве и, тем более, что он работает в Конча-Заспе.

Мы зашли в ординаторскую. Хорошая ординаторская. Не похожа на нашу. Я захотел познакомиться с историей болезни моей пациентки, посмотреть рентгенограммы и результаты анализов. Это было необычным в моей медицинской практике. Как правило, к таким исследованиям я обращался после осмотра больного, уже поставив предварительный диагноз. Но в данном случае предварительный диагноз поставили до моего приезда в больницу.

Доктор Ковальчук назвал номер палаты. Ничего не объясняя, я попросил его пойти со мной.

Ну и коридор! Длинной не менее ста метров. Ни единой души, тишина космического пространства.

Мы вошли в палату. Бывает же такое! Небольшая прихожая. Из нее вход в туалет и ванную. Просторная комната. А в ней только одна кровать. Кровать! Не привычная больничная койка. И телевизор. Невольно я сравнил эту роскошь с жильем, в котором прозябал с женой и пятилетним сыном, с комнатой, в которую мы превратили кухню однокомнатной квартиры тещи.

Пациентка раскинулась на кровати, обложенная глянцевыми иностранными журналами мод. Их я видел впервые. Собственно говоря, почти все здесь я видел впервые. Но когда, после непродолжительного расспроса, я попросил ее показать ногу, когда она откинула одеяло и обнажилось белье... Братцы! Я обомлел. Даже представить себе не мог ничего подобного. Тугое загорелое тело облегал не трусики, не бюстгалтер, а нечто неопишное, нечто сотканное из солнечных лучей и отороченное узенькой полоской нежнейших кружев, извлеченных из какого-нибудь знаменитого музея. Цвет? Не помню. И не уверен, что тогда заметил его. Поймите, врачу в его повседневной практике приходилось видеть сотни дамских трико,

зимних и летних, грубых, с их тесными резинками, трико таких ядовитых расцветок, какими иконописец должен был изображать только Страшный суд. И главное — невероятное белье на потаскушке, наставляющей рога мужу, который обеспечивает ей всю эту роскошь. Почему не на моей красивой, изящной, скромной жене?

Мысли эти не увеличивали моей симпатии к мнимой больной. Я прощупывал колено, сгибал и разгибал ногу, проделывал все, что положено при исследовании коленного сустава, время от времени с ученым видом на латыни сообщая что-то доктору Ковальчуку. Наконец, пожелав пациентке доброго здоровья, направился к выходу.

— Надеюсь, доктор, — пропела дама, — вы еще навестите меня? Машину, конечно, за вами пришлют.

Мы с Ковальчуком вышли из палаты.

— Так что здесь? — спросил он.

— Ни хрена и мешок лука. Симуляция чистой воды. Хотя сейчас ее можно послать в колхоз на самые трудоемкие работы.

— Замечательно! Но что мы напишем в истории болезни?

— Напишем: патологических изменений нет.

— Ты с ума сошел! У нас такого не бывает.

— Тогда придумай что угодно.

— Красивая баба. Теперь я, кажется, догадываюсь, зачем она требовала твоей консультации. Напрасно ты меня поволок с собой.

— А клятву Гипократа ты помнишь?

— Не помню. Я ее ни разу не читал. Что там?

— Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Пигмеей и Панахеей и всеми богами и богинями и так далее. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами — понимаешь? Быть далеким от любовных дел!

— Ну, и где они сейчас, бог Асклепий и Панахей? Я бы на твоём месте не отказался.

Мы шли по коридору, перпендикулярному предыдущему, такому же длинному и пустынному. Ни души. Здесь было бы достаточно места для дополнительных коек. А палаты на одного больного!

— Бюстгальтер и трусики у нее действительно уникальные, — сказал я, не прокомментировав его фразу.

— Почему же уникальные? Здесь у всех такие.

Видно, доктор Ковальчук решил доконать меня. Мы вошли в просторный зал с креслами вокруг небольших столиков. Только одно кресло было занято. Сановный мужчина лет пятидесяти что-то жевал, старательно изучая газету «Правда». В красивых фарфоровых вазах апельсины и яблоки. Апельсины! В конце мая апельсины! Навалом! А мне зимой только один раз удалось, выстояв два часа в очереди, купить для ребенка килограмм апельсинов. Взглянув на вазу, я посмотрел на Ковальчука.

— Чего ты удивляешься? Сколько в твоей больнице в день дают на питание одного человека?

— Пять шестьдесят (напоминаю: старые цены — шел 1959 год).

— Вот видишь. А у нас — сто пять рублей. Как их потратить? Поэтому есть и такое. — Доктор Ковальчук указал на широкое блюдо с горой больших невиданных мною конфет в ярких обертках. — Шоколадные. Особо приговоренные. Хочешь попробовать?

Еще как хотел!

— Нет, спасибо, не хочу.

В ординаторской я расписался в истории болезни под какой-то нелепой записью с ничего не значащим диагнозом и попрощался со своим бывшим однокурсником. Мы жили с ним в разных измерениях.

Накрапывал мелкий теплый дождик. Из подъезда вышел мужчина средних лет в макинтоше с пустым правым рукавом. «Вероятно, инвалид Отечественной войны», — подумал я.

— Ви у місто? — спросил он.

— Да.

— Можна, я поїду з вами?

— Пожалуйста.

В этот момент клумбу обогнул черный ЗИМ. Не мой. Из подъезда вышел хозяин автомобиля. Дюже начальственный. Инвалид подошел к нему, когда тот садился рядом с шофером. По-видимому, незнакомец решил не ждать меня, а уехать в город с этим начальником. Автомобиль плавно тронулся и уехал.

— Ви чули? — почти в истерике закричал инвалид. — Ви чули, що він казав?

— Нет, я не слышал.

— Він казав: «Буде тісно».

Я рассмеялся. В семиместном автомобиле будет тесно, если посадить еще одного пассажира!

Подъехала моя машина. Инвалид продолжал бушевать:

— Він же знає, хто я! «Буде тісно!»

Тот, которому «будет тесно», знал, какую должность занимал инвалид. Позднее узнал, что моим попутчиком был директор политического издательства Украины, фигура значительная даже в иерархии пациентов этой больницы. Кем же был тот, которому «будет тесно»? Этого я не скажу и сегодня. Инвалид продолжал бушевать, пока мы огладили клумбу.

— Доктор, у вас есть несколько свободных минут? — спросил шофер.

— Есть.

— Ну, тогда я вам кое-что покажу. Думаю, что даже вы не видели, — сказал он, оглянувшись на инвалида. — Вам тоже будет интересно.

От клумбы мы поехали не к воротам в бетонной стене, ограждающей несколько квадратных километров правительственного комплекса Конча-Заспа (я думал, только больницы), а по красивой аллее, уходящей налево к еще одной стене. Автомобиль на несколько секунд остановился перед запертыми металлическими воротами. И тут — о чудо! Ворота поползли в сторону, хотя ни одной души поблизости. Шофер улыбнулся.

— На эту территорию не может попасть даже первый секретарь киевского горкома, если его не пригласит хозяин.

Я не стал задавать вопросов. Но инвалид, вероятно, догадался, что я не знаю, кто хозяин.

— Це володіння Хрущова.

— Здесь несколько вилл, — сказал я.

— Правильно, — ответил шофер, — но никто ничего не займет без разрешения Самого.

Мы медленно ехали по дивному лесопарку. Виллы одна краше другой. Ни одна не похожа на другую.

— Доктор, — прервал молчание шофер, — у нас говорят, что вы можете здорово выпить.

— Где это — у вас?

— У нас в гараже. Вы оперировали двух моих корешей. Так вот, сколько на рубль вы можете выпить в один присест?

Я рассмеялся. Полулитровая бутылка водки стоила двадцать семь рублей пятьдесят копеек.

— А вы, доктор, не смейтесь. Здесь пол-литра стоит ровно один рубль. И закуска — соответственно.

Автомобиль остановился у сказочного деревянного терема. Пройдет три года. Я впервые услышу песенку Галича и Шпаликова:

Мы поехали за город,
А за городом дожди,
А за городом заборы,
За заборами вожди.

Там трава не мятая,
Дышится легко.
Там конфеты мятные
«Птичье молоко».

За семью запорами,
За семью заборами,
Там конфеты мятные
«Птичье молоко».

Я не попробовал.

Клаксон издал два длинных и два коротких гудка. На крыльце терема появилась сказочная русская красавица с толстой светло-русой косой вокруг царственной головы. Не былинный наряд — синий спортивный костюм подчеркивал идеальные формы ее фигуры. Шофер и красавица обменялись несколькими непонятными фразами и приветливо помахали друг другу руками, пока автомобиль медленно отъезжал от терема.

— Ну, доктор, что скажете? Хороша девка? Хороша ласточка. Старший лейтенант. И звания идут. И выслуга лет идет. И будьте уверены — не даром. Из того, кто с ней ляжет, она не только секреты — душу вытащит. Ласточка.

Пройдет много лет, и я узнаю, что ласточками называют сотрудниц КГБ, занимающихся определенным трудом. И снова вспомню песню Галича и Шпаликова:

А ночами, а ночами
Для ответственных людей,
Для высокого начальства
Крутят фильмы про бл...!

И сопя, уставится
На экран мурло:
Очень ему нравится
Мэрилин Монро.

За семью запорами,
За семью заборами
Очень ему нравится
Мэрилин Монро.

Тут впервые подал голос попутчик с заднего сидения:

— «Буде тісно!» Ганьба!

Шофер улыбнулся. Вероятно, он безошибочно сопоставил эту фразу с ЗИМом, с которым он разминулся, въезжая на территорию больницы.

— Я довезу вас до вашей работы, — сказал шофер попутчику, — нам по пути. Ага, следовательно, они знакомы. Сколько открытий сделал я в течение одного часа!

Поездка в Конча-Заспу не имела продолжения. Второй раз я побывал там много лет спустя, будучи лечащим врачом знаменитого профессора-невропатолога, сломавшего ногу. В ту пору в этой больнице лечились представители уже не таких высоких эшелон власти. Для них построили более совершенную больницу в Феопании. В той больнице, в роскошь и совершенство которой вообще трудно поверить, я был несколько раз уже перед самым отъездом в Израиль.

Фраза «поездка в Конча-Заспу не имела продолжения» справедлива только в том случае, если не рассматривать случайность как закономерность. Дело в том, что Господь решил продолжить политическое просвещение правоверного коммуниста.

Примерно через месяц-полтора после поездки в Конча-Заспу я временно исполнял обязанности заместителя главного врача по медицинской части. Петр Васильевич настоятель-

но уговаривал меня быть не временным, но я категорически отказывался от этой сомнительной чести. И не напрасно.

Вы помните? В Конча-Заспу меня заставил поехать заведующий административным отделом ЦК моей родной Коммунистической партии. Так вот, этот самый заведующий вызвал главного врача больницы и его заместителя «на ковер» по поводу события, безусловно, государственной важности.

Все началось с того, что хирург нашего отделения доктор Ланцман прооперировал одиннадцатилетнего мальчика по поводу паховой грыжи. Вскоре после выписки мальчика из больницы от старых ран скончался его отец, офицер, инвалид Отечественной войны. Вдова с ребенком перебивались с хлеба на воду. В конце концов, попыталась определить сына в Суворовское училище. Не знаю, по каким причинам там решили мальчика не принять. Настойчивая мама обращалась в разные инстанции. Ее усопший муж, оказывается, был видным офицером, отмеченным значительным количеством орденов. Суворовское училище оправдывалось перед инстанциями. Последний отказ был мотивирован тем, что мальчик подвергся оперативному вмешательству, следовательно, не может нести военную службу, которой, по существу, являются занятия в Суворовском училище.

Мама обратилась к доктору Ланцману. Он выдал справку о том, что мальчик здоров, медицинских противопоказаний для его пребывания в Суворовском училище нет. Доктор Ланцман ни на йоту не отступил от истины. Но эта истина не устраивала начальство Суворовского училища. Оно решило прибегнуть к помощи заведующего административным отделом ЦК, в руках которого были судьбы почти всех украинских министров.

По поводу справки, выданной доктором Ланцманом, по поводу этой государственной крамолы заведующий отделом ЦК оторвал нас от врачебной работы, от нуждавшихся в помощи больных.

Огромный кабинет в массивном здании ЦК на улице Орджоникидзе, бывшей Банковой. Грандиозность кабинета должна была подчеркнуть значимость невзрачного человечка среднего роста. Как он нас пилил! Петр Васильевич изредка издавал свое неопределенное «ага». Я пытался оправдать государственного преступника Ланцмана, ссылаясь на отечественные и международные медицинские авторитеты. Тщетно. Мы вылетели из кабинета обаянные, осознавшие ничтожность своего существования в самой гуманной и самой демократической стране.

— Ну что, Ион, выздоровел ты уже? Понимаешь уже, где живешь и с кем имеешь дело? — спросил меня доктор Яшунин, когда миновал караульный у входа старшину милиции, мы очутились на улице Орджоникидзе. — В партию мы с тобой вступили на фронте почти одновременно. За пятнадцать лет пора поумнеть. А ты у них не хочешь брать гононар. Рвать с них надо.

Грешен. Прошло еще десять лет, пока я поумнел. Да и то с помощью моего малолетнего сына, который оказался умнее меня. Но это уже другая история. Мне неизвестно, приняли ли мальчика в Суворовское училище. Но посещение кабинета заведующего административным отделом ЦК вслед за поездкой в Конча-Заспу было существенным этапом моего политпросвещения на пути в Израиль.

2009 г. ■

ПОДПИСКА — 2021

С ЛЮБОВЬЮ
К ВРАЧАМ,
С ЗАБОТОЙ
О ПАЦИЕНТАХ

ЗАСЛАВСКИЙ
Издательский дом



ЛЮБИМАЯ ГАЗЕТА ВРАЧЕЙ УКРАИНЫ



Тематичні номери газети «Новини медицини та фармації»:

- Гастроентерологія. Проктологія
- Кардіологія. Ревматологія
- Неврологія. Нейрохірургія. Психіатрія
- Оториноларингологія. Пульмонологія. Алергологія
- Репродуктологія. Акушерство. Гінекологія. Урологія

Газета «Новости медицины и фармации» — надежный источник научной информации для врачей различных специальностей. В газете оперативно публикуются все нормативные акты МЗ Украины, утвержденные стандарты и протоколы лечения, международные и отечественные рекомендации по лечению и диагностике различных заболеваний.



ШЕФ-РЕДАКТОР
ЗАСЛАВСКИЙ
Александр Юрьевич



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
БРАНДИС
Татьяна Яковлевна



ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
КУПРИНЕНКО
Наталья Васильевна



ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
ТЛУСТОВА
Татьяна Владимировна



Тираж 50 000 экз.

23 года
безупречной
работы
в Украине

В 2019 году вышел
700-й номер газеты

НОВОСТИ
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ
подписной индекс
21742

Индексируется
в международных
научометрических
и специализированных базах

Science Index * Google scholar



Лауреат международного академического рейтинга популярности «Золотая фортуна».
Лидер рейтинга мнений терапевтов и семейных врачей Украины

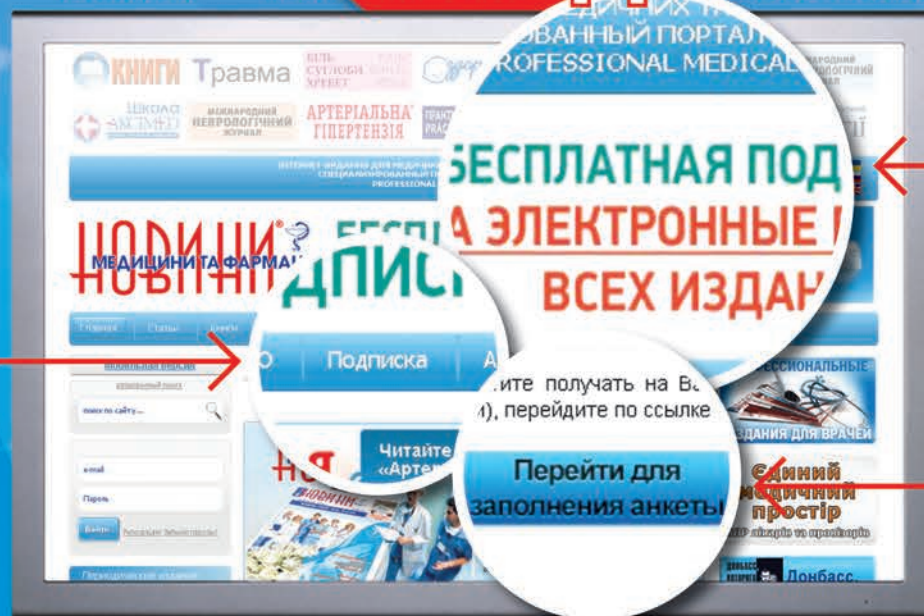
УВАЖАЕМЫЙ ЧИТАТЕЛЬ!

ИД «ЗАСЛАВСКИЙ» ПРЕДЛАГАЕТ ВАМ

БЕСПЛАТНУЮ ПОДПИСКУ НА ЭЛЕКТРОННЫЕ ВЕРСИИ ВСЕХ НАШИХ ИЗДАНИЙ.

1

На сайте www.mif-ua.com находим раздел «Подписка»



2

Нажимаем на кнопку «**Бесплатная подписка на электронные издания**»

3

Заполняем анкету. **ПОЗДРАВЛЯЕМ! ВЫ ПОДПИСАНЫ!** На Ваш электронный адрес будут приходить электронные версии изданий.

ПОДПИСКА — 2021

С ЛЮБОВЬЮ
К ВРАЧАМ,
С ЗАБОТОЙ
О ПАЦИЕНТАХ

ЗАСЛАВСКИЙ
Издательский дом



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ВКЛЮЧЕНЫ В НАУКОМЕТРИЧЕСКИЕ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ: НБУ им. В.И. Вернадского, «Україна наукова», «Наукова періодика України», Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, Science Index, «КиберЛенинка», Directory of Research Journals Indexing (DRJI), Academic Resource Index (Research Bible), Universal Impact Factor, General Impact Factor.



РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ИЗДАНИЯ НА 2021 ГОД

БЛАНК ЗАКАЗА И СЧЕТ-ФАКТУРА

Постачальник: ФОП Заславський О.Ю.
ІНН 2425700491, тел. +38 (044) 223-27-42
Р/р UA553209840000026005210142568 в АТ «ПРОКРЕДИТ БАНК», м. Київ
МФО 320984
Є платником єдиного податку 3-ї групи за ставкою 5 %
Адреса: 04107, м. Київ, а/с № 74

Одержувач: _____
Адреса: _____
тел.: _____

Замовлення: Без замовлення

Рахунок-фактура № 0000 _____
від «__» _____ р.

№	НАЙМЕНУВАННЯ	ОБ'ЄМ	СУМА БЕЗ ПДВ
1	Газета «Новини медицини та фармації»	<input type="checkbox"/> 16 номерів	1680,00
Тематичні номери газети «Новини медицини та фармації» на 2021 рік			
2	Гастроентерологія. Проктологія	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
3	Кардіологія. Ревматологія	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
4	Неврологія. Нейрохірургія. Психіатрія	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
5	Оториноларингологія. Пульмонологія. Алергологія	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
6	Репродуктологія. Акушерство. Гінекологія. Урологія	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
Журнали			
7	Журнал «Oral and General Health»	<input type="checkbox"/> 4 номери	600,00
8	Журнал «Актуальна інфектологія»	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
9	Журнал «Артеріальна гіпертензія»	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
10	Журнал «Архів офтальмології України»	<input type="checkbox"/> 3 номери	450,00
11	Журнал «Біль. Суглоби. Хребет»	<input type="checkbox"/> 4 номери	600,00
12	Журнал «Гастроентерологія»	<input type="checkbox"/> 4 номери	600,00
13	Журнал для педіатрів «Здоров'я дитини»	<input type="checkbox"/> 8 номерів	1200,00
14	Журнал «Медицина невідкладних станів»	<input type="checkbox"/> 8 номерів	1200,00
15	«Міжнародний неврологічний журнал»	<input type="checkbox"/> 8 номерів	1200,00
16	«Міжнародний ендокринологічний журнал»	<input type="checkbox"/> 8 номерів	1200,00
17	Журнал «Нирки»	<input type="checkbox"/> 4 номери	600,00
18	Журнал «Травма»	<input type="checkbox"/> 6 номерів	900,00
19	Журнал «Практична онкологія»	<input type="checkbox"/> 4 номери	600,00
Всього на суму:			Без ПДВ
Без ПДВ			Всього:

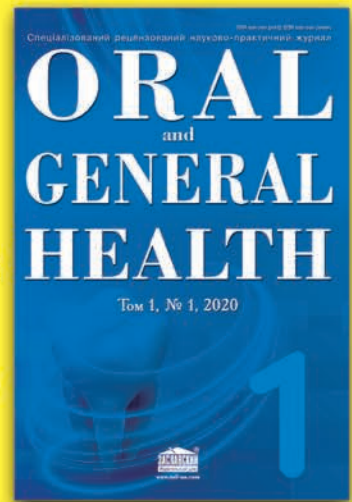
Виписав (ла): _____ Заславський О.Ю.



(Signature)

По вопросам подписки и оформлению счетов обращайтесь: тел./факс +38 (044) 223-27-42, +38 (067) 325-10-26. E-mail: info@mif-ua.com

Вышел **ПЕРВЫЙ НОМЕР** нового журнала по проблемам **стоматологии и коморбидных состояний**



NEW

К каждому подписчику печатной версии газеты на 2021 год **ДАРИМ СЕРТИФИКАТ** магазина «Буквамед» с 7% скидкой и **ТРИ КНИГИ** на выбор из серии «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»



Мы рады видеть Вас среди подписчиков Издательского дома «Заславский» в 2021 году. Надеемся, что все наши издания, которые Вы получите, будут Вам полезны и интересны. Ждем Вас!

Пишите нам:
Заславский А.Ю.,
а/я № 74, г. Киев, Украина, 04107.



7

ОТЛИЧНЫХ ВОПРОСОВ, КОТОРЫЕ ПОМОГУТ ВАМ ЗАВЯЗАТЬ РАЗГОВОР С КЕМ УГОДНО

В наши дни самой популярной темой для разговора между знакомыми, полужанскими и незнакомыми людьми, пожалуй, является коронавирус. И это, откровенно говоря, не очень хорошо. Разговоры с разными людьми на одну и ту же мало-приятную тему могут добавлять дополнительный стресс в и так непростую жизнь. Но на самом деле это вовсе не является неизбежным. С кем бы вы ни говорили, при желании всегда можете перенаправить разговор в другое русло.

Вопрос пандемии, скорее всего, все равно будет так или иначе поднят во время любого разговора, однако лишь от вас зависит, будет ли его обсуждение коротким и ненавязчивым, или же вы будете говорить только о нем — в ущерб собственному настроению и другим достойным обсуждения темам.

Конечно, мы все хотим знать, что происходит в окружающем мире, однако мы живем в крайне, скажем так, интересные времена, и к тому моменту, когда очередной собеседник пытается обсудить с вами какую-то важную информацию, мы уже и без того ее знаем. Так как же нам сделать разговор с ним более интересным?

«Когда разговор сползает к теме коронавируса, используйте эту тему в качестве отправной точки, чтобы перевести разговор на вашего собеседника и то, как он адаптируется к изменившимся жизненным обстоятельствам», — рекомендует Диана Готтсман, эксперт по современному этикету.

На самом деле у нас есть множество способов сделать обычный разговор замечательным. Ниже вы найдете 7 острых и осмысленных вопросов, которые вы можете задать во время очередной беседы с друзьями, родственниками или коллегами — будь то лично или во время видеоконференции.

Некоторые из этих вопросов способны стать искорками, из которых разгорятся очень интересные истории, они могут помочь проявиться лучшим личностным качествам вашего собеседника, сделать беседу намного интереснее и, возможно, даже позволить вам установить более прочную связь с близкими или даже совсем незнакомыми людьми.

1. За что вы больше всего благодарны прямо сейчас, в этот самый момент?

Этот вопрос, как правило, помогает вашему собеседнику заметить что-то хорошее в своей жизни и переключить разговор на обсуждение этого человека, ситуации или вещи вместо того, чтобы и дальше заикаться на чем-то плохом (причем таком, что в большинстве случаев он все равно не в силах контролировать, — вроде той же пандемии коронавируса).

Вы можете использовать этот вопрос, чтобы, в свою очередь, выслушав собеседника, поговорить о том, что за этот день, неделю или год помогло вам почувствовать себя лучше или более расслабленным. Во времена, когда один кризис следует за другим, мы все равно можем найти в своей жизни что-то такое, что поможем нам почувствовать себя хоть немного лучше. Именно поэтому нам стоит начинать беседу с разговора о наиболее позитивном недавнем жизненном опыте и событиях.

2. Кстати, а чем интересным вы в последнее время занимались?

Это отличная альтернатива привычному и скучному «как дела?» Этот вопрос может помочь вашему собеседнику рассказать вам о чем-то не только новом, но и таком, что вызывает у него сильные положительные эмоции (будь то работа или хобби), а не говорить в пятый или десятый раз о том, что у него все хорошо (или не очень).

Люди любят рассказывать окружающим о том, что им действительно нравится, — будь то новый альбом марок в коллекции филателиста или, скажем, работа над собственной книгой. Интересы большинства людей вовсе не ограничиваются работой, зачастую у них есть весьма интересные хобби и личные проекты, и они обожают рассказывать о том, как они продвигаются.

3. Что в вашей жизни сейчас приятнее всего?

Одним из способов изменить энергетику беседы с негативной на позитивную является переключение ее темы на все хорошее, что происходит в жизни и карьере вашего собеседника. Вы можете использовать и альтернативный вариант этого вопроса, спросив что-то вроде «как вы сейчас заботитесь о себе?»

Воспользуйтесь этим вопросом, чтобы поговорить о том, как вы можете улучшить вашу жизнь и убрать с вашего пути неприятности (те, что поддаются вашему контролю), которые мешают добиться желаемого. Проявляйте здоровый интерес и задавайте уточняющие и наводящие вопросы о том, чем вашему собеседнику в настоящий момент нравится заниматься больше всего.

4. Какие книги вы в последнее время читали? Или, может быть, смотрели какие-то интересные фильмы или сериалы?

Очень многие из нас в последнее время проводят уйму времени дома (а может, и вовсе не выходят из него, разве что за продуктами). Естественно, что в этих условиях место походов в кафе, рестораны и киноте-

атры заняли другие, цифровые развлечения. И поэтому в нынешний золотой век стриминга и цифровой дистрибуции у вас с вашим собеседником может быть куда больше общих интересов, чем вам кажется.

Интерес к тому, что собеседник делает в свободное время, может стать отличной зацепкой для разговора. Поверьте, разговаривать о том, что интересное вы читаете, смотрите или слушаете, когда вам нужно расслабиться, можно очень и очень долго, и это само по себе способно изрядно поднять настроение.

5. А как вы избавляетесь от стресса?

В нынешние непростые времена жизни людей с легкостью наполняются стрессом. Естественно, что каждый справляется с ним по-своему. И если вы зададите вашему собеседнику этот вопрос, то сможете обсудить с ним, как вы разгружаете свой мозг от роящихся в нем дурных мыслей и что лучше всего помогает вам расслабиться.

6. Как вы себе представляете действительно хорошие выходные?

Стоит вам задать этот вопрос практически любому собеседнику, и, поверьте, вам будет о чем поговорить. Вы наверняка

узнаете о том, как ваш собеседник проводит обычные выходные, чем бы ему действительно хотелось на них заняться и что делало бы их и вовсе идеальными. Ну а если вы разделяете хотя бы часть его интересов, этот разговор и вовсе может занять большую часть вечера.

7. Как вы думаете, что вас ждет в будущем?

Этот вопрос помогает людям подумать о том, что бы им хотелось изменить в своей жизни и карьере, если бы у них была возможность. Вы можете использовать его, чтобы поговорить о личных и профессиональных жизненных целях и о том, как вы можете изменить свою жизнь, чтобы побыстрее их добиться.

Мы живем в очень необычные времена, и поэтому дежурное и привычное «как ваши дела?» перестало быть подходящим способом завязать разговор. Неважно, общаетесь ли вы лично или по видеосвязи, есть куда лучшие способы завязать разговор. К тому же они позволяют вам поговорить о чем-то еще, кроме коронавируса. Используйте эти вопросы, чтобы укрепить вашу связь с другими людьми и сделать ее более осмысленной. ■

САМЫЕ КОРОТКИЕ В МИРЕ РАССКАЗЫ

Яркий сюжет и неожиданный финал можно вместить всего в 55 слов

Однажды редактор журнала «New Time» Стив Мосс решил провести конкурс, участникам которого предлагалось написать рассказ длиной в 55 слов, но чтобы при этом в тексте сохранялись стройный сюжет, проработанность персонажей и необычная развязка. Он получил отклик таких масштабов, что по результатам конкурса удалось собрать целый сборник, получивший название «Самые короткие в мире рассказы».

РАНДЕВУ

Зазвонил телефон.
— Алло, — прошептала она.
— Виктория, это я. Давай встретимся у причала в полночь.
— Хорошо, дорогой.
— И пожалуйста, не забудь захватить с собой бутылочку шампанского, — сказал он.

— Не забуду, дорогой. Я хочу быть с тобой сегодня ночью.
— Поторопись, мне некогда ждать! — сказал он и повесил трубку.
Она вздохнула, затем улыбнулась.
— Интересно, кто это, — сказала она.

Николь Веддл

— Слушай, чего он от тебя хотел?
— Мою душу. А от тебя?
— Монетку для телефона-автомата. Ему срочно надо было позвонить.
— Хочешь, пойдём поедим?
— Хочу, но у меня теперь совсем нет денег.
— Ничего страшного. У меня полно.

Хиллари Клэй

ВЕЧЕРНИЙ СЮРПРИЗ

Блестящие колготки туго и соблазнительно облегли прекрасные бедра — чудесное дополнение к легкому вечернему платью. От самых кончиков бриллиантовых сережек до носков изящных туфелек на тонких шпильках — все было просто шикарно. Глаза с только что наведенными тенями рассматривали отражение в зеркале, и накрашенные яркой красной помадой губы растягивались от удовольствия. Внезапно сзади послышался детский голос: «Папа?!»

Эндрю Э. Хант

БЛАГОДАРНОСТЬ

Шерстяное одеяло, что ему недавно дали в благотворительном фонде, удобно обнимало его плечи, а ботинки, которые он сегодня нашел в мусорном баке, абсолютно не жали.

СУДЬБА

Был только один выход, ибо наши жизни сплелись в слишком запутанный узел гнева и блаженства, чтобы решить все как-нибудь иначе. Доверимся жребию: орел — и мы поженимся, решка — и мы расстанемся навсегда.
Монетка была подброшена. Она звякнула, завертелась и остановилась. Орел.
Мы уставились на нее с недоумением.
Затем в один голос мы сказали: «Может, еще разок?»

Джей Рип

Брайан Ньюэлл

ЧЕГО ХОЧЕТ ДЬЯВОЛ

Два мальчика стояли и смотрели, как сатана медленно уходит прочь. Блеск его гипнотических глаз все еще туманил их головы.

Уличные огни так приятно согревали душу после всей этой холодящей темноты...

Изгиб скамьи в парке казался таким знакомым его натруженной старой спине.
«Спасибо тебе, Господи, — подумал он, — жизнь просто восхитительна!»

Рон Баст

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

— В университете мы просто протирали штаны, — сказал Дженнингс, вымывая грязные руки. — После всех этих сокращений бюджета они многому вас не научат, они просто ставили оценки, и все шло своим чередом.
— Так как же вы учились?
— А мы и не учились. Впрочем, можешь посмотреть, как я работаю.
Медсестра открыла дверь.
— Доктор Дженнингс, вы нужны в операционной.

Тина Милберг

РЕШАЮЩИЙ МИГ

Она почти слышала, как двери ее тюрьмы захлопываются.
Свобода ушла навсегда, теперь ее судьба в чужих руках, и никогда ей не увидит воли.
В голове ее замелькали безумные мысли о том, как хорошо бы сейчас улететь далеко-далеко. Но она знала, что скрыться невозможно.
Она с улыбкой повернулась к жениху и повторила: «Да, я согласна». ■

ПОДВИННІ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ НОВИТНІ

В Україні



50 000 прим.

№ 13, 14 (734, 737) • 2020 Індексується: Google Scholar, Science Index

Видавництво медичної книги й медичної періодики. Магазин медичної книги «Буквмед». Передплата. Видавництво медичної книги й медичної періодики. Магазин медичної книги «Буквмед». Передплата. Видавництво медичної книги й медичної періодики. Магазин медичної книги «Буквмед». Передплата. Видавництво медичної книги й медичної періодики. Магазин медичної книги «Буквмед». Передплата. Видавництво медичної книги й медичної періодики. Магазин медичної книги «Буквмед». Передплата.

www.mif-ua.com

Олег Юдин

**Частная
Медицинская
практика**

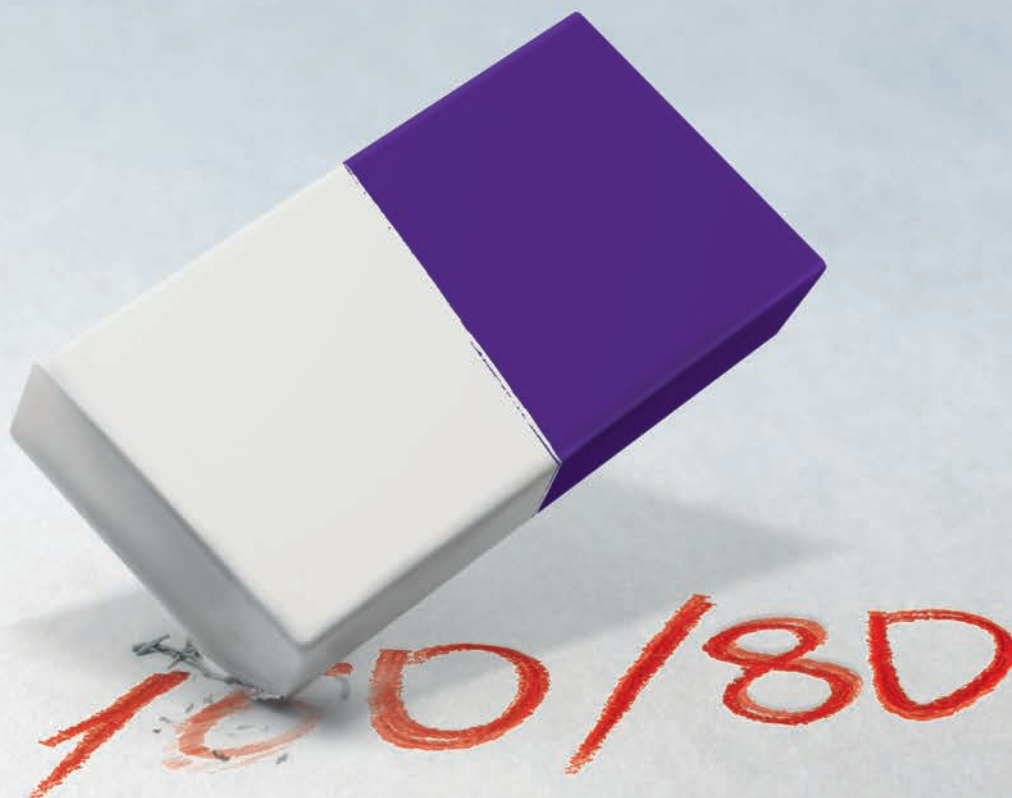
Юридические советы
по построению
и защите бизнеса



У ПРОДАЖУ!
www.bookvamed.com.ua



КОЛИ ПОТРІБНА ПОДВІЙНА ДІЯ!



НЕБІАР® ПЛЮС діюча речовина: небіволон, гідрохлортіазид; 1 таблетка містить: небіволону (у формі небіволону гідрохлориду) — 5 мг; гідрохлортіазиду — 12,5 мг. Селективні блокатори бета-адренорецепторів із тіазидними діуретиками. Код АТХ С07В В12. Показання: лікування есенціальній гіпертензії. Протипоказання: підвищена чутливість до діючих речовин або до інших компонентів лікарського засобу; підвищена чутливість до інших субстанцій; печінкова недостатність або порушення функції печінки; анурія, тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну менше 30 мл/хв); гостра серцева недостатність. Побічні реакції: наведені окремо для кожної активної субстанції. Небіволон. Головний біль, запаморочення, парестезія, запор, нудота, діарея. Підвищена втомлюваність, набряки. Підвищена втомлюваність, набряки. Відпускається за рецептом лікаря. РП: № UA/17352/01/01 від 26.04.2019 до 26.04.2024. Виробник: АТ «Київмедпрепарат» (виробництво (фасування) з продукції in bulk фірми-виробника Балканфарма-Дупніца АД, Болгарія). Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139. Заявник. ТОВ «АРТЕРІУМ ЛТД». Місцезнаходження заявника та/або представника заявника. Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139.

НЕБІАР® діюча речовина: небіволон; 1 таблетка містить: небіволону (у формі небіволону гідрохлориду) — 5 мг. Селективні блокатори β-адренорецепторів. Код АТХ С07А В12. Показання: есенціальна артеріальна гіпертензія. Хронічна серцева недостатність легкого ступеня або помірною ступеня тяжкості, як доповнення до стандартних методів лікування хворих віком від 70 років. Протипоказання: підвищена чутливість до діючих речовин або до інших компонентів лікарського засобу; підвищена чутливість до інших субстанцій; печінкова недостатність або порушення функції печінки; анурія, тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну менше 30 мл/хв); гостра серцева недостатність. Побічні реакції: головний біль, запаморочення, парестезія, запор, нудота, діарея. Підвищена втомлюваність, набряки. Відпускається за рецептом лікаря. РП: № UA/17235/01/01 від 26.04.2019 до 26.04.2024. Виробник: АТ «Київмедпрепарат» (виробництво з продукції in bulk фірми-виробника АКТАВІС ЛТД, Мальта, фірми-виробника «Балканфарма-Дупніца» АД, Болгарія). Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139. Заявник. ТОВ «АРТЕРІУМ ЛТД». Місцезнаходження заявника та/або представника заявника. Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139.

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в інструкції для медичного застосування лікарських засобів НЕБІАР® ПЛЮС і НЕБІАР®. Інформація виключно для медичних та фармацевтичних працівників. Для використання в професійній діяльності. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 11.11.2020 р.

До складу Корпорації «Артеріум» входять АТ «Київмедпрепарат» та АТ «Галичфарм»

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.artერიум.ua

Ближе до людей





СЕРІЯ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Інститут сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика спільно з Видавничим домом «Заславський» вперше в Україні започаткував проект — серію навчальних посібників «Сімейна медицина», за загальною редакцією академіка НАМН України, професора Ю.В. Вороненка, професора О.Г. Шекери та завідувачів кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, за актуальними напрямками сімейної медицини. Підготовкою матеріалів кожного навчального посібника займаються кращі фахівці післядипломної освіти України. Посібники рекомендовані до друку вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України.

В РАМКАХ СЕРІЇ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» ВЖЕ ВИЙШЛИ У СВІТ ТАКІ КНИГИ:

- Актуальні питання **педіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **нервових хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **нефрології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **геронтології та геріатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **медицини невідкладних станів** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **фтизіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **алергології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **акушерства** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **паліативної та хоспісної допомоги** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **радіаційної медицини** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **медицини катастроф** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **серцево-судинних хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **внутрішніх хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **психіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **офтальмології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **ендокринології** у практиці сімейного лікаря.

Для замовлення книг цієї серії звертайтеся у фірмовий магазин медичної книги

БУКВАМЕД
медичинская литература

КИЇВ, вул. Дорогожицька, 9, НМАПО ім. П. Л. Шупика, тел.: +38 (044) 353-72-45, +38 (099) 095-24-94, +38 (098) 761-70-10

Також можна замовити книги в інтернет-магазині «Буквамед»

www.bookvamed.com.ua

або за телефонами: +38 (044) 223-27-42, +38 (067) 325-10-26, або написати нам на e-mail: info@mif-ua.com.

ЗМІСТ

МЕДИЦИНА
СЬОГДНІ

Небиар® Плюс (небиволол/
гідрохлортиазид) —
раціональна комбінована
терапія артеріальної гіпертензії,
сопровожданою тахікардією3



НОВИНИ МОЗ

У МОЗ розробляють механізм
відшкодування вартості
медичних виробів хворим
на цукровий діабет5

Затверджено план заходів
щодо реалізації
Державної стратегії розвитку
системи протитуберкульозної
медичної допомоги населенню
на 2020–2023 роки5

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА
ДІАГНОСТИКА

Диференціальна онлайн-діагностика
синдромів ГРЗ у дітей
в умовах всесвітнього карантину
2020 року
(практичний тренінг)6



НОВИНИ

Тільки 25 % хворих на хронічне
обструктивне захворювання легень
звертаються по медичну допомогу9

Дослідження STEPS виявило дуже високу
поширеність факторів ризику
неінфекційних захворювань
в Україні11

В Україні проведений
Європейський тиждень тестування
на ВІЛ і гепатит С11

ДОВІДНИК
ФАХІВЦЯ

Тиреоїдит Хашимото:
сучасні погляди на патогенез
(огляд літератури)10

АКТУАЛЬНА
ТЕМА

Ситуаційний аналіз
первинної медичної допомоги
дітям України12

ІСТОРІЯ
МЕДИЦИНИ

Психічні епідемії
Середніх віків16
14 листопада —
Всесвітній день боротьби
із цукровим діабетом20

НЕБИАР® ПЛЮС (НЕБИВОЛОЛ/ ГИДРОХЛОРТИАЗИД) — РАЦИОНАЛЬНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТАХИКАРДИЕЙ

На сегодняшний день артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее распространенных заболеваний во всем мире, в том числе в Украине. Согласно результатам эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране, данной патологией страдает около 31,5 % взрослого населения (1). Среди них около 30 % имеют АГ с тахикардией (частота сердечных сокращений (ЧСС) превышает 80 уд/мин) (2). В ходе эпидемиологических исследований установлено, что повышенная частота сердечных сокращений у пациентов с АГ является независимым фактором риска, увеличивающим общую смертность, частоту внезапной сердечной смерти и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) как в общей популяции (4, 5), так и у отдельных категорий больных (6–8).

Результаты 36-летнего наблюдения за 4530 участниками Фрамингемского исследования с нелеченой АГ (уровень систолического или диастолического АД ≥ 140 и 90 мм рт.ст. соответственно) свидетельствовали о том, что независимо от пола и возраста с увеличением ЧСС в покое прогрессивно увеличивалась как общая, так и сердечно-сосудистая смертность. При увеличении ЧСС на каждые 40 уд/мин отношение шансов (ОШ) смерти от осложнений ССЗ составляло 1,68 и 1,70, а ОШ смерти от любой причины — 2,14 и 2,18 соответственно для мужчин и женщин [8]. Причем положительная связь между ЧСС и осложнениями ССЗ сохранялась даже после исключения случаев преждевременной смерти, зарегистрированных в течение первых лет наблюдения, которые могли быть связаны с нераспознанными в начале исследования скрытыми формами сердечной недостаточности (СН) или других хронических заболеваний. Последнее подтверждает, что ЧСС является не только маркером тяжести заболевания, но и независимым предиктором фатальных исходов при АГ [8, 9].

Аналогичные результаты получены в ходе выполнения других исследований, включавших как больных АГ, так и лиц с предгипертензией [10]. Так, высокая ЧСС в покое (≥ 80 уд/мин) у лиц с предгипертензией ассоциировалась с 1,5-кратным увеличением смертности от всех причин даже после поправки на другие факторы риска [11].

Это получило отражение в последней редакции ESH/ESC (2018) по ведению больных с АГ, в которой высокая ЧСС отнесена к специфическим факторам риска артериальной гипертензии, наряду с полом (у мужчин риск больше, чем у женщин), курением, наследственностью, сахарным диабетом, ожирением, ранней менопаузой

и другими факторами. Для лечения пациентов с АГ и тахикардией ESH/ESC (2018) рекомендует применение комбинированной антигипертензивной терапии [12].

РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ И ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ESH/ESC, 2018): ФОКУС НА КОМБИНИРОВАННУЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Важным инструментом, определяющим подходы к лечению АГ в широкой врачебной практике, являются регулярно обновляемые международные рекомендации, посвященные этому вопросу. В 2018 г. опубликованы несколько подобных документов, созданных авторитетными группами экспертов. В первую очередь это рекомендации Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов по лечению АГ (ESH/ESC, 2018) и ASH/ISH, 2017 [12, 13].

К числу наиболее актуальных особенностей этих рекомендаций можно отнести необходимость повторного измерения офисного и внеофисного АД с использованием СМАД и/или домашнего самоконтроля для диагностики артериальной гипертензии в тех случаях, когда это удобно и экономически оправданно. Первичной целью в лечении АГ является снижение максимального риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в отдаленный период. Ее достижение требует контроля АД, а также коррекции всех обратимых факторов риска. АД следует снижать по крайней мере до $< 140/90$ мм рт.ст. и более низких значений, если переносятся, у всех больных АГ [12].

Антигипертензивную терапию рекомендуется начинать с комбинации двух лекарственных препаратов, предпочтительно в виде фиксированной комби-

нации, уже на этапе стартовой терапии. В первую очередь такая терапия показана пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском, имеющим АГ 2-й или 3-й степени, и/или при наличии трех факторов риска и более с субклиническим поражением органов-мишеней, имеющим сахарный диабет, метаболический синдром, ЧСС > 80 уд/мин, а также ассоциированные клинические состояния [14]. Кроме того, применение комбинированной антигипертензивной терапии обосновано у пациентов низкого/умеренного риска при неэффективности начальной монотерапии, повышении АД более 160/100 мм рт.ст., резистентной АГ [15].

Неоспоримыми преимуществами комбинированной антигипертензивной терапии является возможность одновременного влияния на несколько патогенетических механизмов формирования и прогрессирования АГ, что способствует достижению целевого уровня АД невысокими дозами обоих лекарственных средств, при меньшем количестве побочных эффектов. Назначение комбинированной антигипертензивной терапии позволяет избежать эффекта «ускользания», обеспечивает наиболее действенную органопroteкцию и позволяет снизить риск сердечно-сосудистых осложнений [16]. Кроме того, комбинированное использование антигипертензивных препаратов позволяет уменьшить стоимость лечения, частоту приема препаратов, количество посещений врача, времени, необходимого для подбора эффективного режима, что значительно повышает приверженность пациента к лечению и, таким образом, улучшает клинические исходы [17].

На сегодняшний день, с точки зрения благоприятного сочетания фармакологических свойств препаратов, для пациентов с АГ в качестве терапии 1-й линии эксперты ESH/ESC (2018) и ASH/ISH (2017) [12, 13] рекомендуют следующие

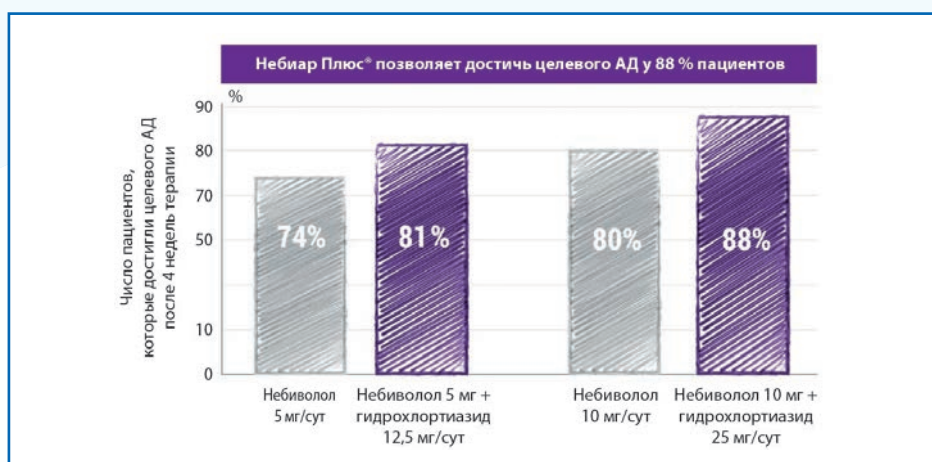


Рисунок 1. Доля пациентов, достигших целевого уровня АД при назначении небиволола и небиволола/гидрохлортиазид

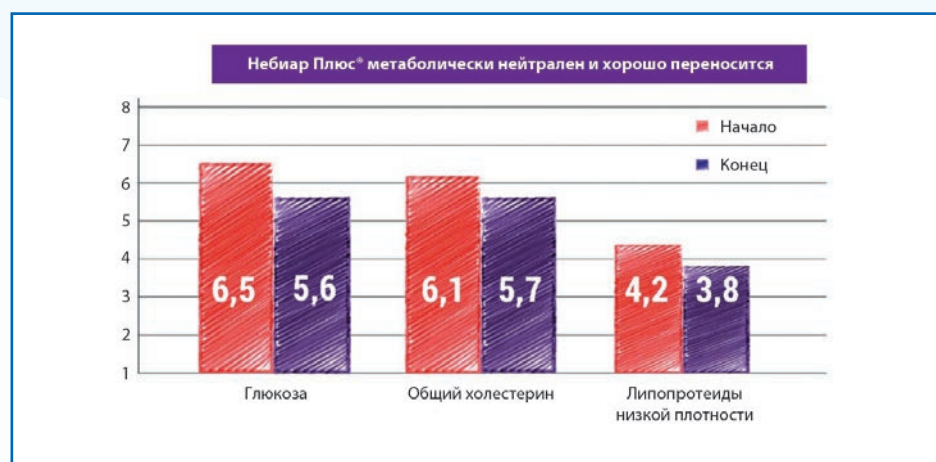


Рисунок 2. Показатели углеводного и липидного обмена у пациентов с АГ и сахарным диабетом, получающих комбинацию небиволол/гидрохлортиазид

комбинации: ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) + диуретик; блокатор рецепторов ангиотензина (БРА) + диуретик; блокатор кальциевых каналов (БМКК) + диуретик; иАПФ + БМКК; β-адреноблокатор + диуретик. Подчеркивается, что назначение последней комбинации для лечения АГ имеет особое значение в таких клинических ситуациях, как стенокардия, тахикардия, высокая ЧСС, у пациентов после инфаркта миокарда, у больных сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса, а также в качестве альтернативы иАПФ и БРА у молодых женщин, планирующих беременность или находящихся в репродуктивном возрасте [12, 13].

Среди препаратов группы β-адреноблокаторов эксперты рекомендуют делать выбор в пользу вазодилатирующих β-адреноблокаторов — небиволола, карведилола, целипролола. Их комбинация с тиазидными диуретиками наиболее эффективна при АГ с тахикардией, причем даже у пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом. Это объясняется тем фактом, что небиволол, карведилол, целипролол, в отличие от атенолола и бисопролола, являются метаболически нейтральными [19].

КОМБИНАЦИЯ СЕЛЕКТИВНОГО БЛОКАТОРА β-АДРЕНорецепторов (НЕБИВОЛОЛ) И ТИАЗИДНОГО ДИУРЕТИКА (ГИДРОХЛОРТИАЗИД) — РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТАХИКАРДИЕЙ

Комбинация вазодилатирующего β-блокатора и тиазидного диуретика отвечает требованиям рациональности при АГ, сопровождающейся высокой частотой сердечных сокращений. Среди β-адреноблокаторов наибольший интерес представляет небиволол, имеющий максимально высокий индекс β-селективности — 1 : 300, что выгодно отличает его от других препаратов этой группы. У бисопролола этот показатель равен 1 : 75, у бетаксолола — 1 : 35–40, у метопролола — 1 : 25–80 и у атенолола — 1 : 15–35 [21].

Небиволол — рачемат, состоящий из 2 энантиомеров: SRRR (D-небиволол) и RSSS (L-небиволол). D-энантиомер выступает конкурентным и селективным блоком β₁-адренорецепторов, L-энантиомер обладает мягкими вазодилатирующими свойствами за счет метаболического взаимодействия с L-аргинином и оксидом азота [20]. Сочетание двух механизмов действия — антагониста β-адренорецепторов и NO-

опосредованной вазодилатации усиливает эффективность препарата в отношении снижения артериального давления [19]. Кроме того, подтверждены антиоксидантные свойства небиволола, а также доказано отсутствие негативного влияния препарата и даже его благоприятное действие на углеводный и липидный обмен. Эти свойства отличают небиволол от других β-блокаторов без вазодилатирующего эффекта (атенолола, метопролола, бисопролола). Вазодилатирующие свойства небиволола реализуются по L-аргинин-NO-зависимому пути, в отличие от других β-блокаторов, например лабеталола, карведилола и бусиндолола, вазодилатирующие свойства которых реализуются через антагонизм к α₁-адренорецепторам [19].

В клинических исследованиях [22–24] показано, что терапия небивололом в дозе 5 мг/сут оказывает выраженный антигипертензивный эффект у 59–75 % пациентов с артериальной гипертензией. При его применении снижение максимальных значений АД и скорости повышения систолического АД наблюдалось в утренние часы, что особенно важно в плане уменьшения риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ [25].

Под влиянием антигипертензивной терапии небивололом наблюдается тенденция к уменьшению индекса массы миокарда левого желудочка, отмечается снижение общего периферического сопротивления сосудов, что свидетельствует о вазодилатирующих свойствах этого препарата, не характерных для других представителей β-адреноблокаторов.

Интересные с позиций клинической фармакологии данные получены Г.В. Дзяк [26]: применение небиволола в дозе 5 мг/сут на протяжении 4 недель приводит к улучшению вегетативного баланса сердечной деятельности как за счет ослабления симпатического влияния, так и путем повышения парасимпатического тонуса. Наряду с этим исследователи отмечают, что небиволол в достаточной степени значимо (на 13 %) снижает максимальную частоту сердечных сокращений (при стабильных величинах средней и минимальной ЧСС за сутки), что значительно снижает летальность среди пациентов.

Нельзя не отметить и тот факт, что активность небиволола проявляется и в увеличении сердечного выброса, сопровождаемого повышением величин конечно-диастолического и конечно-систолического объема левого желудочка. Это, в свою очередь, еще раз подтверждает вазодилатирующий эффект препарата, опосредуемый индукцией синтеза эндогенного фактора релаксации — NO. Важно и то обстоятельство, что небиволол

оказывает определенное антиаритмическое действие у больных с эссенциальной АГ и постинфарктным кардиосклерозом посредством снижения частоты как суправентрикулярных, так и желудочковых экстрасистол [26]. Такое позитивное влияние небиволола авторы связывают с улучшением адаптации миокарда к физической нагрузке и эффективной профилактикой ишемии.

Поскольку нарушение микроциркуляции является ключевым механизмом в повышении периферического сопротивления при АГ, ряд авторов [27–30] исследовали динамику кровотока в микроциркуляторном русле в ответ на изменения системного АД на фоне фармакотерапии АГ, включающей применение небиволола. Установлено, что у больных с АГ и гиперемическим типом микроциркуляции под влиянием терапии небивололом существенно снижается исходно повышенный показатель микроциркуляции с одновременным увеличением (на 15 %) индекса эффективности микроциркуляции [27]. Более того, полученные в данном клиническом исследовании результаты свидетельствуют об эффективности небиволола и в плане увеличения (на 23 %) амплитуды низкочастотных колебаний кровотока путем повышения миогенного тонуса артериол и прекапиллярных сфинктеров, что, в свою очередь, сопровождается снижением притока крови в микроциркуляторное русло и является благоприятным фактором для гиперемического типа микроциркуляции, обуславливающим уменьшение проявлений гиперемии и исчезновение спазма приносящих микрососудов.

Убедительным доказательством эффективности небиволола у больных с АГ послужили также результаты тестов на вазоконстрикцию (дыхательная проба Вальсальвы) и на вазодилатацию (окклюзионная проба), указывающие на существенное снижение (на 11 %) разницы между исходной и минимальной скоростью кровотока, что еще раз свидетельствует о вазодилатирующем действии препарата [27, 28]. Результаты исследования этих же авторов по оценке влияния препарата на гемодинамику у больных с АГ убедительно доказали его способность снижать количество активирующихся тромбоцитов и подавлять их функциональную активность, а также вызывать стабильное уменьшение относительного среднего размера агрегатов как при спонтанной агрегации, так и при агрегации, индуцированной низкими дозами АДФ.

Немаловажное клиническое значение имеют выявленные в недавних исследованиях преимущества небиволола в отношении метаболического профиля, а именно: снижение уровня липидов сы-

воротки крови, повышение чувствительности к инсулину и отсутствие новых случаев развития сахарного диабета при приеме этого препарата. Такие преимущества отмечаются и при его применении у пациентов с метаболическим синдромом, который часто встречается у больных с артериальной гипертензией [19].

Для усиления антигипертензивного эффекта и достижения контроля АД небиволол комбинируется с тиазидным диуретиком — гидрохлортиазидом [12, 13]. Гидрохлортиазид влияет на почечные тубулярные механизмы реабсорбции электролитов, непосредственно повышая выведение ионов натрия и хлорида в приблизительно равных количествах. Снижение артериального давления при его применении осуществляется за счет уменьшения объема циркулирующей крови, изменения реактивности сосудистой стенки, снижения прессорного влияния сосудосуживающих лекарственных средств и усиления депрессорного влияния на ганглии [30].

При совместном применении небиволола и гидрохлортиазид не только усиливается антигипертензивное действие, но и нейтрализуется ряд побочных эффектов, присущих обоим препаратам. Небиволол, будучи активным антигипертензивным препаратом, может вызывать задержку натрия и повышение тонуса периферических сосудов, что ослабляет его антигипертензивную эффективность. Назначение гидрохлортиазид, механизм действия которого связан с мочегонным и вазодилатирующим действием, приводит к выведению жидкости из организма с потерей натрия и активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, что позволяет усилить действие небиволола, а также предотвратить или по крайней мере уменьшить негативные реакции, возникающие при его назначении. Небиволол, в свою очередь, подавляя активность симпатической и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, усиливает антигипертензивное действие гидрохлортиазид и уменьшает выраженность нежелательных побочных реакций, связанных с его действием. Есть данные, что β-блокаторы препятствуют развитию гипокалиемии, возникающей при применении мочегонных препаратов [31].

НЕБИАР® ПЛЮС (КОРПОРАЦИЯ «АРТЕРИУМ», УКРАИНА) — ЭФФЕКТИВНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ КОНТРОЛЬ АД У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ТАХИКАРДИЕЙ

Небиар® Плюс таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 5 мг/12,5 мг, производства АТ «Киевмедпрепарат» (корпорация «Артериум») представляет

собой фиксированную комбинацию 5 мг небиволола, селективного антагониста β -рецепторов, и 12,5 мг гидрохлортиазида, тиазидного диуретика. Комбинация этих препаратов имеет аддитивный антигипертензивный эффект и снижает артериальное давление в большей степени, чем небиволол, что позволяет достичь целевого АД у большего количества пациентов. При этом данная комбинация является метаболически нейтральной и экономически доступной широкому кругу населения, страдающего АГ. Эффективность и безопасность применения фиксированной комбинации небиволол/гидрохлортиазид (Небиар® Плюс) доказана в ряде клинических исследований [32, 33].

В исследовании, проведенном E. Malacco et al. (2008) с участием 233 пациентов с артериальной гипертензией, сравнивалась эффективность небиволола и комбинации небиволол/гидрохлортиазид, а также их влияние на углеводный и липидный профиль. После полного клинически-лабораторного обследования пациентам был назначен небиволол в дозе 5 мг/день. Через 1 месяц тем участникам исследования, у которых не нормализовался уровень АД, был дополнительно назначен гидрохлортиазид в дозе 12,5 мг в день. Спустя еще месяц тем пациентам, у которых АД не нормализовалось, доза небиволола увеличивалась до 10 мг, далее к нему добавляли гидрохлортиазид в дозе 25 мг в день. Все участники исследования проходили полное клинически-лабораторное обследование 1 раз в месяц в течение последующих 5 месяцев [32].

Результаты исследования показали (рис. 1), что назначение небиволола 5 мг в день позволяет достичь целево-

го АД у 74 % пациентов, небиволола 10 мг — у 80 %, небиволола 5 мг/гидрохлортиазида 12,5 мг — у 81 % и небиволола 10 мг/гидрохлортиазида 25 мг — у 88 % больных.

По мнению автора, это свидетельствует о том, что комбинация небиволол/гидрохлортиазид обеспечивает более эффективное снижение и контроль АД по сравнению с небивололом.

При определении уровня глюкозы, общего холестерина и липопротеидов низкой плотности [32] до и после проведенного лечения отмечалось снижение уровня глюкозы на 26 %. Значимых изменений других лабораторных показателей выявлено не было.

В другом исследовании E. Malacco et al. (2010) изучалась эффективность и безопасность комбинации небиволола с гидрохлортиазидом при лечении артериальной гипертензии у пожилых лиц и пациентов с диабетом в реальной клинической практике [33]. Для анализа были отобраны данные лиц пожилого возраста (> 70 лет), а также пациентов с сахарным диабетом второго типа, принимавших участие в пяти неинтервенционных исследованиях, продолжавшихся не менее 12 недель, и получавших комбинацию 5 мг небиволола и 12,5 мг гидрохлортиазида (всего 86 пациентов). Положительным ответом на лечение считалось снижение систолического артериального давления не менее чем на 20 мм рт.ст. и/или диастолического АД не менее чем на 10 мм рт.ст.

При применении данной комбинации отмечено выраженное и статистически достоверное снижение систолического ($-22,5 \pm 13,5$ мм рт.ст.; $p < 0,0001$)

и диастолического ($-11,8 \pm 7,9$ мм рт.ст.; $p < 0,0001$) АД по сравнению с исходными уровнями. Положительный ответ на лечение отмечен у 81,4 % пациентов (в т.ч. у 75 % лиц пожилого возраста и у 83,3 % пациентов с сахарным диабетом). При этом никаких клинически значимых изменений лабораторных показателей выявлено не было (рис. 2).

Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, что назначение пациентам с АГ комбинации небиволол 5 мг/гидрохлортиазид 12,5 мг эффективно в достижении целевого уровня АД и имеет нейтральное влияние на метаболизм липидов и глюкозы.

При избыточном снижении АД пациенты, принимающие Небиар® Плюс, могут быть переведены на лечение препаратом Небиар® (небиволол 5 мг). При прогрессировании АГ лечение артериальной гипертензии должно включать назначение тройной комбинации. Эксперты рекомендуют использовать утром фиксированную комбинацию небиволол/гидрохлортиазид (Небиар® Плюс), вечером — иАПФ или БРА.

ВЫВОДЫ

В Украине артериальной гипертензией страдает около 31,5 % взрослого населения, среди которых 30 % имеют АГ с тахикардией (частота сердечных сокращений превышает 80 уд/мин). Эксперты ESH/ESC (2018) относят высокую ЧСС к специфическим факторам риска артериальной гипертензии.

ESH/ESC (2018) пациентам с АГ и тахикардией рекомендует начинать лечение

с комбинации двух лекарственных препаратов, предпочтительно в виде фиксированной комбинации: иАПФ + диуретик; БРА + диуретик; БКК + диуретик; иАПФ + БКК; β -адреноблокатор + диуретик. Подчеркивается, что назначение последней комбинации для лечения АГ имеет преимущество у пациентов со стенокардией, тахикардией, ЧСС более 80 ударов/минуту, после инфаркта миокарда.

Среди препаратов группы β -адреноблокаторов эксперты рекомендуют делать выбор в пользу вазодилатирующего β -адреноблокатора — небиволола. Его комбинация с тиазидным диуретиком наиболее эффективна при АГ с тахикардией, причем даже у пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом, что объясняется метаболической нейтральностью небиволола.

В исследованиях эффективности и безопасности фиксированной комбинации небиволол/гидрохлортиазид (Небиар® Плюс) в сравнении с небивололом отмечается более выраженный антигипертензивный эффект комбинации небиволол/гидрохлортиазид. При этом отсутствует ее влияние на углеводный и жировой обмен.

При прогрессировании АГ лечение должно включать назначение тройной комбинации. Эксперты рекомендуют использовать утром фиксированную комбинацию небиволол/гидрохлортиазид (Небиар® Плюс), вечером — иАПФ или БРА.

Список литературы находится в редакции

Подготовила Татьяна Чистик ■

НОВИНИ МОЗ

НОВИНИ МОЗ

НОВИНИ МОЗ

НОВИНИ МОЗ

НОВИНИ МОЗ

У МОЗ РОЗРОБЛЯЮТЬ МЕХАНІЗМ ВІДШКОДУВАННЯ ВАРТОСТІ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Під головуванням першої заступниці міністра охорони здоров'я України Ірини Садов'як 20 листопада було проведено нараду щодо запровадження пілотного проекту державного регулювання цін на медичні вироби для хворих на цукровий діабет і відшкодування їх вартості. У заході взяли участь експерти МОЗ України за напрямками «Ендокринологія. Дитяча ендокринологія», представники Міністерства охорони здоров'я України, НАМН України, НСЗУ, Держлікслужби, громадських організацій.

«Проектом передбачається прийняття нових технічних регламентів, які регулюватимуть контроль якості медичних виробів; запровадження декларування оптово-відпускних цін на медичні вироби; встановлення граничних рівнів націнок на медичні вироби й оновлення протоколів лікування хворих на цукровий діабет I і II типів. Ці питання будуть враховані при розробці проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання пільгового забезпечення хворих на цукровий діабет медичними виробами», — повідомила Ірина Садов'як.

Серед іншого учасники заходу зазначили, що сьогодні в Україні чинні

уніфіковані протоколи зразка 2012 і 2014 рр. первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на цукровий діабет I і II типів. Протоколи передбачають чотириразові щоденні дослідження рівня глюкози в крові для хворих на діабет I і II типу, які отримують інсулінотерапію, і щоденне одноразове дослідження рівня глюкози в крові для хворих на діабет II типу, які не отримують інсулінотерапію. Експерт МОЗ зі спеціальності «Ендокринологія. Дитяча ендокринологія» Наталія Зелінська наголосила, що згідно з рекомендаціями ВООЗ хворі на діабет I і II типу мають забезпечуватися діагностичними медичними виробами для 6–8 щоденних досліджень рівня глюкози в крові.

Згідно з даними ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», на сьогодні в Україні зареєстровано понад 1 млн 300 тис. хворих на цукровий діабет, невпинно зростає кількість недиагностованих хворих і переддіабету. Особливе значення проблема цукрового діабету набуває в період пандемії COVID-19, оскільки хворі на діабет належать до групи ризику тяжкого перебігу коронавірусної хвороби. ■

ЗАТВЕРДЖЕНО ПЛАН ЗАХОДІВ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА 2020–2023 РОКИ

Міністерством охорони здоров'я України затверджено план заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020–2023 роки. Реалізація заходів дозволить досягти цільових показників з підвищення ефективності лікування туберкульозу, зменшення смертності й подолання епідемії туберкульозу в Україні. План заходів визначає чіткі й конкретні завдання на виконання стратегії, індикатори до них і відповідальних виконавців.

«Особливу увагу приділено питанню реабілітації та соціального супроводу хворих на туберкульоз. Зокрема, передбачається напрацювання дієвого механізму залучення місцевих служб соціального захисту населення, неурядових організацій і центрів зайнятості. Тобто підхід до соціальної підтримки та медичної реабілітації хворого на туберкульоз

має відбуватися відповідно до індивідуальних потреб людини», — зазначив заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар України Віктор Ляшко.

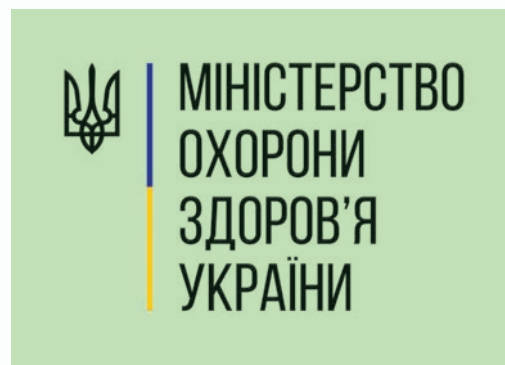
За його словами, серед першочергових кроків на 2021 рік визначено:

➔ забезпечення безперервності лікування й діагностики туберкульозу в

умовах реагування на виклики, пов'язані з коронавірусною хворобою (COVID-19);

➔ створення системи єдиних регіональних фтизіопульмонологічних центрів та обладнаних усім необхідним кабінетів районних фтизіатрів з доступом до КТ і новітніх методів діагностики;

➔ забезпечення відповідності матеріально-технічної бази регіональних фтизіопульмонологічних центрів вимогам стандарту з інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз. ■



ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ОНЛАЙН-ДІАГНОСТИКА СИНДРОМІВ ГРЗ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВСЕСВІТНЬОГО КАРАНТИНУ 2020 РОКУ (ПРАКТИЧНИЙ ТРЕНІНГ)

МІТЮРЯЄВА-КОРНІЙКО І.О., доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії № 4 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Після лютого 2020 року світ живе в іншій реальності: пандемія змінила економіку, політику й медичні підходи. Світова фінансова криза призвела до переоцінки спрямованості грошового кругообігу. Виробляється позитивний «фільтр» психології партнерських відносин як у трудових колективах, так і в сім'ях. Відбувається оновлення розуміння способів заробітку й самореалізації, якісний стрибок в освоєнні онлайн-форматів і дистанційних інновацій. З'являється глибоке усвідомлення необхідності застосування методів біологічного захисту власного здоров'я і здоров'я близьких.

Однак, незважаючи на зміни, що відбулися, незмінним залишається значне поширення респіраторних вірусних інфекцій, які, як і раніше, є лідируючими причинами захворюваності й смертності в педіатричній практиці. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, респіраторні захворювання, викликані вірусами, становлять до 70 %, серед них найбільшу актуальність на сьогодні має коронавірусна інфекція.

Вірус, що викликає COVID-19, має унікальні властивості: високу стійкість і контагіозність. Відрізняється різноманітними шляхами зараження, зафіксовані повітряно-крапельний, контактний і фекально-оральний шляхи. Тривалий інкубаційний період (становить у середньому 14 днів) і ранній малосимптомний, навіть непомітний початок захворювання (протягом першого тижня) утруднюють виявлення захворювання і старт своєчасного лікування. У той же час у період розпаду коронавірусної інфекції швидко наростає інтоксикаційний синдром з тяжкою дихальною недостатністю, можливо, з поліорганичним ураженням і розвитком прогресуючого стану шоку. Незважаючи на формування цитокінового шторму, лабораторно виявляється лейкопенія, лімфопенія, тромбоцитопенія, моноцитоз, еозинофілія, збільшення печінкових і гострофазових проб, а проведення комп'ютерної томографії підтверджує прояви пневмонії (зокрема, симптом «матового скла») [1].

У низці випадків COVID-19 перебігає безсимптомно, особливо часто в дитячому й молодому віці. Але й при такому перебігу захворювання виникає запалення слизових дихальних шляхів навіть до розвитку інтерстиціальної пневмонії, спостерігається низький рівень антитіл за наявності вираженого реагування показників клітинного імунітету.

Розуміння етіопатогенетичних аспектів профілактики й лікування COVID-19 — це запорука зниження захворюваності на коронавірусну інфекцію. Практично в кожній країні світу вже в березні — квітні 2020 року було затверджено національні протоколи, які регламентують основні напрямки в боротьбі з COVID-19. Так, у Китаї при легкій формі коронавірусної інфекції фахівці рекомендували застосування інтерферону альфа-2b через небулайзер, при середньотяжкій і тяжкій — до інтерферону додавали ритонавір. В Ірані пацієнтам з факторами ризику та COVID-19, що перебігає в легкій формі, призначали осельтамівір з гідроксихлорохіном, без факторів ризику — осельтамівір. При середньотяжкій формі перебігу до комбінації осельтамівіру і гідроксихлорохіну додавали лопінавір/ритонавір, при тяжкій — ще й рибавірін. У США при критичному перебігу COVID-19 призначали тоцилізумаб або ремдесивір.

На жаль, не всі препарати й підходи до лікування підтвердили свою ефективність. Тому до вересня 2020 року схеми терапії коронавірусної інфекції зазнали деяких змін і були ретельно відредатовані протоколи. Так, на сьогодні в 100 % випадків застосовується протівірусна терапія з відмовою від сильнодіючих препаратів на користь нових варіантів більш безпечних протівірусних засобів; у 82 % — активно призначаються нестероїдні протизапальні препарати. Внесені до протоколів глюкокортикоїди, які показали ефективність у купіруванні цитокінового шторму (60 %), антиагреганти й низькомолекулярні гепарини для боротьби з тромбозом (49 %), вітамін С, D₃ і цинк (42 %) [2].

Ефективність призначення вітаміну D₃ при COVID-19 доведена в новому південноазійському й ізраїльському дослідженні, проведеному в період з 01.02.2020 по 20.04.2020. Популяційне дослідження включало 7807 осіб, 10,1 % з яких мали позитивний тест на COVID-19. Було встановлено, що низькі показники вітаміну D₃ мають пацієнти з тяжким перебігом коронавірусної інфекції [3]. На думку авторів, це обумовлено важливим значенням вітаміну D₃ у підтримці вродженого й набутого імунітету, його впливом на функціональну здатність лімфоцитів, ви-

блення цитокінів, макрофагів, інтерлейкіну-1, простагландину E₂, інтерферону.

Для етіотропного й патогенетичного лікування гострих респіраторних захворювань, у тому числі COVID-19, застосовуються протівірусні препарати. В ідеалі вони повинні не тільки мати протівірусну дію, але й надавати протизапальний, десенсибілізуючий і імуномодулюючий ефекти. При порівнянні низки протівірусних засобів було виявлено, що інгібітори нейрамідіази й амантадини чинять виключно протівірусну дію на вірус грипу А; рекомбінантні й індуктори інтерферону, інозин пранобекс — протівірусну й імуномодулюючу. Препарат Ергоферон забезпечує повний спектр необхідних властивостей, що обумовлено унікальним комплексним механізмом його дії.

Ергоферон створений на основі антитіл до інтерферону γ, гістаміну й рецептора CD4. Протівірусна й імуномодулююча дія Ергоферону досягається за рахунок впливу на систему інтерферонів у поєднанні з активацією процесів розпізнавання вірусів системою CD4 клітин, що забезпечує зупинку розмноження вірусів, їх знешкодження й видалення. Протизапальна й антигістамінна дія Ергоферону реалізується переважно за рахунок ефектів антитіл

до гістаміну, які впливають на патогенетичну ланку — алергічний компонент вірусних інфекцій — і модифікують гістамінзалежну активацію периферичних і центральних H₁-рецепторів. Це призводить до зменшення набряку слизової оболонки дихальних шляхів, зменшення вираженості алергічних реакцій і зниження тону гладкої мускулатури бронхів. Останні властивості препарату мають особливу актуальність при COVID-19, коли розвиток набряку частіше призводить навіть до аносмії і агевзії (втрати смаку й нюху). Отже, у сукупності всі компоненти Ергоферону забезпечують етіотропну, патогенетичну й симптоматичну терапію гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) і грипу.

При використанні Ергоферону за загальноприйнятною схемою відбувається вплив на адаптивний відділ уродженого імунітету:

- ➔ запускається вироблення довгоживучих Т-клітин пам'яті;
- ➔ стимулюється утворення сигнальних шляхів толерантності (IL-2, IL-4, IL-10 та ін.);
- ➔ зміщується рівновага від алергічної імунної відповіді Th2-типу в бік дезактивації антигенів за Th1-типом.

Ергоферон має широку доказову базу, що включає і подвійні сліпі плацебо-контрольовані дослідження. Є 7 публікацій у базі Кокрейн, 6 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), позначених у реєстрі міжнародних європейських клінічних досліджень, а також 1 міжнародне багаточислове широкомасштабне наглядове дослідження за участю 8411 пацієнтів.

У дитячій популяції також проводилися клінічні дослідження рівня доказовості А, результати одного з яких опубліковані в журналі «Антибіотики і хіміотерапія», 2014 [4]. У дослідженні за участю 162 пацієнтів віком 3–17 років продемонстровано значущу перевагу ефективності терапії гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) Ергофероном над плацебо. Позитивний результат лікування Ергофероном наставав швидко — протягом першої доби від початку терапії. І починаючи з вечора другого дня кількість реконвалесцентів прогресивно наростала й становила на 2-гу добу 14 %, на 3-тю — 29 % і на 4-ту — 61 % (проти 5, 14 і 44 % на тлі плацебо-терапії). Отже, після трьох днів застосування Ергоферону більше ніж у половині дітей (61 %) відзначалася ліквідація основних симптомів захворювання [4].

Тривалість гарячкового періоду в дітей на тлі прийому Ергоферону в середньому становила 1,9 ± 0,8 дня, що було істотно менше, ніж у групі плацебо (2,5 ± 0,8 дня). Наслідком зниження тяжкості гарячки й загальноінтоксикаційних проявів на тлі лікування Ергофероном було зменшення частоти прийому жарознижуючих препаратів.

Антипіретики в 1-й день лікування було призначено 68 % дітей групи Ергоферону; у групі плацебо таких дітей було на 21 % більше (89 %). На 2-й день частка пацієнтів, які потребували антипіретиків, становила 9 і 12 % відповідно. Також у даному дослідженні показано, що Ергоферон знижує ризик бактеріальних ускладнень грипу та ГРВІ.

Таблиця 1. Протокол вимушеного телефонного консультування педіатра

Підготовка	1. Налаштувати зв'язок, підключити відео 2. Взяти номер телефону батьків 3. З'ясувати ПІБ пацієнта, вік
Збір скарг (питання, що потребують відповіді «так/ні»)	1. Що турбує за весь період хвороби? 2. Чи є підвищення температури, до яких мах цифр? 3. Виділення з носа, закладеність, спить з відкритим ротом? 4. Головні болі, болі в ділянці гайморових пазух, при нахилі голови? 5. Біль у горлі при ковтанні/постійно? 6. Чи є висипання на слизовій губ, щік, ясен? 7. Дискомфорт, виділення з очей? 8. Чи є біль у вусі/зниження слуху? 9. Припухлість у ділянці шиї, під щелепою? 10. Кашель: глибина, вологість, зв'язок з часом доби, болісність, нападаподібність? 11. Біль у животі: зв'язок з прийомом їжі, сталість локалізації? 12. Висипання на шкірі (зі сверблячкою, крововиливами)? 13–20. По одному питанню для визначення стану всіх систем організму
Висновки	1. Які системи уражені 2. Діагностика синдромів

Важливою особливістю Ергоферону є можливість отримання позитивного результату не тільки в перші 48 годин, як у більшості хімічних противірусних препаратів і рекомбінантних інтерферонів, але й на будь-якій стадії захворювання. При цьому зберігається протизапальна, імуномодуюча й десенсибілізуюча дія препарату, що дозволяє успішно використовувати Ергоферон навіть на 5–7-й день інфекційно-запального процесу [4].

Ергоферон має доведений широкий спектр противірусної активності, у зв'язку з чим він показаний для профілактики й лікування грипу А і В, гострих респіраторних вірусних інфекцій, викликаних вірусом парагрипу, аденовірусом, респіраторно-синцитіальним вірусом, коронавірусом; герпесвірусних інфекцій (лабіальний герпес, офтальмогерпес, генітальний герпес, вітряна віспа, інфекційний мононуклеоз); гострих кишкових інфекцій вірусної етіології, викликаних коронавірусом, аденовірусом, ротавірусом і ентеровірусом; ентеровірусного й менінгококового менінгіту, геморагічної гарячки з нирковим синдромом, кліщового енцефаліту. Також Ергоферон застосовується в складі комплексної терапії бактеріальних інфекцій — псевдотуберкульозу, коклюшу, ієрсиніозу, пневмоній різної етіології, у тому числі викликаних атипівними збудниками (*M.pneumoniae*, *S.pneumoniae*, *Legionella* spp.), для профілактики бактеріальних ускладнень вірусних інфекцій, у тому числі коронавірусної пневмонії, запобігання суперінфекції.

У даний час медична спільнота зіткнулася в умовах карантину зі зміною стандартних підходів до діагностики. Усе більше доводиться взаємодіяти з пацієнтами дистанційно, у режимі онлайн, тобто з максимально обмеженою можливістю контакту, з метою запобігання поширенню коронавірусу в поліклініках і лікарнях.

Для підвищення ефективності дистанційної діагностики й лікування пропонується протокол вимушеного телефонного консультування педіатра (табл. 1). Першим кроком у його здійсненні є підготовка до телефонної розмови, що включає підключення до зв'язку й відео. На цьому етапі спілкування необхідно з'ясувати й записати телефони батьків, що дозволить працювати в режимі зворотного зв'язку, дізнатися прізвище, ім'я, по батькові пацієнта і його вік.

Далі переходять до наступного кроку — збору скарг, для об'єктивізації яких спеціально розроблені питання, що потребують відповіді «так/ні» (табл. 1).

Далі формується висновок і проводиться діагностика отриманих синдромів. Для спрощення диференціальної діагностики виділяють важливі клінічні ознаки (симптоми інтоксикації, ураження носоглотки й ротоглотки, кашель) і визначають їх відповідність захворюванням верхніх і нижніх дихальних шляхів (табл. 2).

Як видно з табл. 2, при гострих ринітах і риносинуситах інтоксикація незначна, визначаються явні симптоми з боку носоглотки, з боку ротоглотки — розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки. Кашель поверхневий, вологий, частіше в нічний час, супроводжується болем за грудиною.

Для гострих фарингітів, фаринготонзилітів характерні гіпертермічний та інтоксикаційний синдроми, гіперемія слизових оболонок ротоглотки, нашарування на мигдаликах, збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. Кашель поверхневий, сухий, виникає впродовж усього дня, супроводжується болем у горлі.

При гострому ларингіті, трахеїті симптоми інтоксикації незначні, при огляді ротоглотки виявляється розширення сітки судин, везикули та інші елементи висипки, збільшення лімфа-

Таблиця 2. Диференціальна онлайн-діагностика синдромів ГРЗ у дітей в умовах карантину

Клінічні ознаки	Гострі риніти, риносинусити	Гострі фарингіти, фаринготонзиліти	Гострий ларингіт, трахеїт	Гострий простий бронхіт	Гострий обструктивний бронхіт	Пневмонія
Симптоми інтоксикації	Незначні	Гіпертермічний та інтоксикаційний синдроми	Незначні	Гіпертермічний та інтоксикаційний синдроми	Гіпертермічний та інтоксикаційний синдром не перевищує дихальну недостатність	Субфебрильна температура, більше увечері
Симптоми з боку носоглотки	Присутні	Немає	Незначні	Остаточні явища	Незначні	Немає
Клінічні ознаки ураження ротоглотки	Можливі розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки	Гіперемія слизових оболонок, можливі нашарування, збільшення підщелепних лімфовузлів, біль у горлі	Можливі розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки, збільшення лімфовузлів шиї	Можливі розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки	Можливі розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки, збільшення лімфовузлів шиї	Можливі розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки, гіперемія задньої стінки, біль у горлі

ЕРГОФЕРОН КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГРВІ ТА ГРИПУ



**Посилена
противірусна дія**



**Потрійний механізм дії: противірусний,
протизапальний та антигістамінний**



**Ефективність в лікуванні грипу
співставна з озельтамівіром***

Застосовують дорослим
та дітям віком від 6 місяців



Лікування вірусних інфекцій 20 таблеток

Ергоферон

без рецепта

ergoferon.com.ua

* Rafalsky V. et al. Efficacy and safety of Ergoferon versus oseltamivir in adult outpatients with seasonal influenza virus infection: a multicenter, open-label, randomized trial. International Journal of Infectious Disease. 2016 Oct; 51:47-55.

Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

РП. МОЗ України № UA/12931/01/01 від 21.03.18 р. Виробник: ЗАТ «Сантоніка», Литва.

тичних вузлів шії. Кашель поверхневий, малопродуктивний, переважно в нічний час доби.

Для гострого простого бронхіту характерні гіпертермічний та інтоксикаційний синдроми, залишкові явища в носоглотці, у ротоглотці — розширення сітки судин, везикулярні елементи висипки. Кашель глибокий, продуктивний, більше виражений у ранкові години.

Гострий обструктивний бронхіт супроводжується гіпертермічним та інтоксикаційним синдромом, що не перевищує дихальну недостатність. Симптоми з боку носоглотки незначні, з боку ротоглотки — розширення сітки судин, везикули та інші елементи висипки, збільшення лімфатичних вузлів шії. Кашель поверхневий, малопродуктивний, нападоподібний.

Для пневмонії характерна субфебрильна температура, з більш високими цифрами у вечірній час. У ротоглотці визначається розширена сітка судин, везикулярні елементи висипки, гіперемія задньої стінки глотки, біль у горлі. Кашель при пневмонії поверхневий, малопродуктивний, що посилюється у вечірній час, болісний.

Розглянемо застосування цього протоколу на прикладах.

Клінічний випадок 1.
Дитина Артем М., 7 років

Скарги на підвищену температуру, кашель, виділення з носа, біль у вусі. З анамнезу захворювання: у дитини протягом 5 днів відзначалися виділення з носа з покахиванням. Лікувався су-

динозвужувальними краплями й сольовими розчинами в ніс, гербіоном. Два дні тому, на тлі густих виділень з носа, посилюється нічний малопродуктивний кашель, підвищилася температура до 38,0 °С, з'явився біль у вусі. Дитина хворіє, алергік.

На підставі скарг, анамнезу захворювання і диференціальної діагностики пацієнтові можна встановити діагноз: ГРЗ: риносинусит, катаральний середній отит. З урахуванням вимог мінімізації застосування антибіотиків схема терапії може передбачати призначення протівірусного препарату Ергоферон; за необхідності застосування нестероїдних протизапальних препаратів і антигістамінних засобів; оксиметазоліну й сольових розчинів у ніс; зігріваючих турунд з настоянкою календули в слуховий прохід не більше ніж на

2 години; за відсутності покращання протягом 2 днів — призначення антибактеріальної терапії.

Ергоферон може успішно використовуватися як базова етіопатогенетична терапія в лікуванні різних форм гострих респіраторних захворювань: при катаральному синуситі, фарингіті, ларингіті, трахеїті, гострому простому й гострому обструктивному бронхіті. При гнійному синуситі, затяжному бронхіті й пневмонії препарат призначається вже разом з антибактеріальним препаратом. Вибірковим може бути курс лікування Ергофероном: при гострому ларингіті становить 5–7 днів, гострому простому бронхіті — 7–10 днів, гострому обструктивному бронхіті — 7–12 днів, при пневмонії — 14 днів, разом з антибіотиком.

У дослідженні «ЭРМИТАЖ», проведеному Н.А. Геппе (2017) за участю 8411 пацієнтів з ГРВІ, було показано, що застосування Ергоферону зменшує потребу в антибіотикотерапії в 96,7 % пацієнтів на 2-й день захворювання. Лише 3,3 % хворих потребували антибактеріальних препаратів на 2-й і в наступні дні лікування Ергофероном. Це дозволяє зробити висновок про те, що даний протівірусний препарат профілактує розвиток бактеріальних ускладнень [5].

В одній з останніх статей у 2019 році В.В. Нікіфоровим була проведена порівняльна оцінка ефективності й безпеки Ергоферону в лікуванні грипу та ГРВІ на підставі 6 зареєстрованих рандомізованих клінічних досліджень, що відповідають принципам доказової медицини [6]. Усі РКД — проспективні, проведені в паралельних групах, з технічно правильно виконаною рандомізацією: 4 з подвійним сліпим плацебо-контролем, 2 відкритих порівняльних (осельтамівір). Ергоферон приймали 715 осіб, плацебо й осельтамівір — 554 і 172 пацієнти відповідно.

Аналіз досліджень дозволив підтвердити клінічну ефективність і безпеку Ергоферону як для протівірусної, так і для патогенетичної терапії на будь-якому етапі ГРВІ та грипу, а також той факт, що його застосування сприяє профілактиці бактеріальних ускладнень. Встановлено, що Ергоферон чинить ефективну протівірусну дію незалежно від етіологічної відповіді й клінічної картини, а його використання безпечно, поєднується з будь-якими препаратами, необхідними для лікування ГРВІ.

Отже, з позиції доказового підходу, Ергоферон — обґрунтований вибір для медикаментозної терапії ГРВІ, у тому числі грипу, що забезпечує високу ефективність і безпеку в дитей і дорослих. Причому про високу безпеку Ергоферону свідчать також дані бази фармагляду, клінічних, неінтервенційних, незалежних/клінічних досліджень, літературних джерел, які повідомляють лише про 172 небажані явища за весь час його практичного застосування.

Розглянемо клінічний випадок 2.
Дитина Денис Н., 2 роки 1 місяць

Пред'являє скарги на підвищену температуру, нападоподібний кашель, задишку, ціаноз навколо рота, роздування крил носа, папульозні висипання в ділянці шік і плечей.

Анамнез захворювання: хворіє гостро, близько 3 днів. Початок захворювання супроводжувався невеликим підйомом температури тіла, появою нападів малопродуктивного кашлю, млявістю. Лікувався амоксициліном з першого дня, лоратадином, мікстурою солодки. Стан не покращився, на 3-й день посилювалася задишка, з'явилася свистяче дихання, підвищення температури до 39,0 °С. З анамнезу життя відомо, що 2 місяці тому дитина отримувала амоксицилін.

ТЕНОТЕН

Дитячий

Для дітей з 3 до 18 років 40 ТАБЛЕТОК

тенотен ДИТЯЧИЙ
Мак спресопропекторну та ноотропну дію. Поліпшує пам'ять, увагу та здатність до навчання.

- Тенотен Дитячий більше ніж на 55 % покращує навчальні здібності у дітей¹
- Поліпшує процеси навчання та пам'яті³
- Більше ніж в 2 рази знижує психоемоційні прояви ВСД²
- Не викликає сонливості³

1. Тарасова О.Н., Шалимов В.Ф. Опыт применения препарата Тенотен детский в терапии расстройств развития учебных навыков у детей. Эффективная фармакотерапия. Неврология. 2015. № 1. С. 5-12.
2. Галактонова М.Ю. Эффективность использования препарата Тенотен детский при лечении синдрома вегетативной дисфункции у детей та підлітків. Педіатрія. 2010. Т. 1. С. 91-95.
3. Інструкція для медичного використання препарату Тенотен дитячий.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Категорія відпуску: без рецепта. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування препарату Тенотен дитячий. Для отримання додаткової інформації про препарат Тенотен дитячий ви можете звернутися в ТОВ «Матеріа Медика – Україна», 03062, м. Київ, вул. Невська, 20, або за телефоном +38 (044) 400-90-78. Тенотен дитячий, Р.П. МОЗ України № UA/8588/01/01 від 13.07.2018 р. Виробник: ЗАТ «Сантоніка», Литва. Будь-яку інформацію щодо побічних реакцій препарату повідомте за телефоном +38 (044) 400-90-78.

Виходячи зі скарг, анамнезу захворювання й життя, диференціальної діагностики за клінічними ознаками, дитині можна встановити діагноз: ГРЗ: обструктивний бронхіт, ДН 2-го ст. Атопічний дерматит.

Безсумнівно, що батьками були допущені помилки щодо вибору стартової терапії — відсутність необхідності застосування антибіотикотерапії, повторне призначення амоксициліну менше ніж через 3 міс., відсутність у схемі лікування противірусної терапії, не враховувався атопічний фон (спеціальна дієта, водний режим).

У даній ситуації дитині показано призначення противірусного препарату Ергоферон, парацетамолу, інгаляції салбутамолу з можливим застосуванням дезлоратадину (III покоління антигістамінних препаратів).

Слід зазначити, що в умовах ізоляції, пов'язаної з карантинном, посилюється роль факторів, що визначають ризики для здоров'я. Це скупченість; шлунково-кишкові інтоксикації, інфекції, гельмінтози; систематичні ГРЗ у результаті переохолодження; малорухливий спосіб життя і гіпоксія; незбалансованість харчування; нервозність батьків; неадекватна профілактика антибактеріально-антисептичними засобами. Зазначені фактори призводять до погіршення роботи імунної системи, розвитку хронічних вогнищ інфекції, алергічних, аутоімунних і обмінних розладів, авітамінозу, мінеральної недостатності, астенізації з розвитком дисбактеріозу, ферментної недостатності, формування хронічного нейровегетативного стресу.

Існує взаємовпливаюче функціонування нервової та імунної систем, «прямий діалог» яких здійснюється через лімфоцити, які мають рецептори до нейромедіаторів і нейропептидів. Вста-

новлено, що Т-клітини здатні долати гематоенцефалічний бар'єр, а цитокіни впливають на виділення й обмін норадреналіну й серотоніну в головному мозку, особливо в гіпоталамусі — ключовій ланці центрального апарату нервової регуляції і функцій імунної системи [7]. Дослідження показують, що тучні клітини, через вплив цитокінами, інтерлейкінами, гістаміном, виробляють фактор росту нервових клітин. Останній визначає виживаність нейронів, захищає їх від апоптозу, регулює метаболізм у центральній нервовій системі. У свою чергу, нейрони продукують нейротинін, субстанцію Р, вплив яких призводить до збільшення числа тучних клітин і їх гіперплазії [7].

В умовах карантину для підтримки стабільності імунної системи необхідне дотримання умов ефективної і безпечної профілактики розладів нервової системи:

- ➔ спокійне й урівноважене дотримання карантинних заходів;
- ➔ контроль якості сну й дотримання режиму дня, заняття фізкультурою, дихальною гімнастикою;
- ➔ провітрювання приміщень і отримання повітряно-сонячних ванн на балконах, біля відкритих вікон, у палісадниках приватних будинків;
- ➔ щоденні оздоровчі водні процедури: контрастний душ, заспокоїлива ванна;
- ➔ обмеження перегляду телевізора, роботи з комп'ютером;
- ➔ за необхідності використання фітокомплексів зі стресо- і нейропротективною дією.

У дітей в умовах карантину й пандемії активізуються прояви астеновегетативного синдрому, який має і соматичні прояви: відчуття серцебиття, почуття нестачі повітря, дискомфорт в епігастрії, при-

скорене сечовипускання, болі в м'язах. Також можливі емоційні порушення: емоційна лабільність, підвищена стомлюваність, сонливість, безпричинний плач, вередливість. Не виключені розлади поведінки — втрата інтересу й мотивації до навчання, зниження концентрації уваги, розлади мовлення й пам'яті.

У ситуації, що склалася, важливим компонентом лікування може стати Тенотен дитячий, який надає комплексну дію на нервову систему: ноотропну, заспокоїливу (антиастенічну, протитривожну, стресопротекторну, антидепресивну), вегетотропну й нейропротекторну (антигіпоксичну).

При вивченні динаміки клінічних проявів у період напруженої адаптаційно-компенсаторних реакцій у пацієнтів з ГРВІ після 3 місяців терапії препаратом Тенотен дитячий виявлено, що даний лікарський засіб прискорює процес відновлення після перенесеного захворювання (Хлиповка Ю. і співавт., 2017). Під час клінічного дослідження встановлено, що застосування препарату Тенотен дитячий у складі комплексного лікування дітей з астеновегетативним синдромом після перенесеної ГРВІ дозволяє усунути більше ніж у 70 % пацієнтів вегетативні й психоемоційні порушення. Отже, Тенотен дитячий сприяє більш швидкому завершенню реабілітаційного періоду після ГРВІ.

Застосування Тенотену дитячого має безперечні переваги. Він забезпечує комплексний гармонізуючий вплив на нервову систему; нормалізує адаптаційно-компенсаторні реакції дитячого організму під час ГРВІ; має мінімальну ймовірність розвитку побічних ефектів; не викликає седації і загальмованості.

З огляду на доведений взаємозв'язок функціонування нервової та імунної систем, їх вплив одна на одну, при ГРВІ

обгрунтоване включення в комплексну схему спільного застосування Тенотену дитячого, Ергоферону або Анаферону:

1. Дітям з епізодичними проявами ГРВІ в умовах карантину призначають Ергоферон курсом 5–10 днів, потім профілактично Анаферон до 2–3 місяців.

2. Пацієнтам з епізодичними ГРВІ у поєднанні з поведінковими порушеннями в умовах карантину застосовують Ергоферон 5–10 днів, а потім переходять на Тенотен дитячий до 2 місяців.

3. У численній групі дітей із частою захворюваністю на ГРВІ при супутніх поведінкових порушеннях в умовах карантину ефективна комплексна терапія — Ергоферон 5–14 днів з переходом на профілактичну дозу 1 таблетка на день 1–3 місяці і Тенотен дитячий — кілька курсів по 2 місяці.

Важливе питання профілактичної противірусної терапії становить базисне і обов'язкове спостереження за пацієнтами з гострими респіраторними захворюваннями в умовах карантину.

Отже, спеціально розроблена профілактична програма може включати ефективну, безпечну й натуральну комплексну неспецифічну підтримку імунітету за різними напрямками. Так, захист від зараження вірусом ефективно забезпечується Анафероном і Ергофероном. Останній здатний скорочувати наявність і тривалість клінічних симптомів ГРВІ та перешкоджає приєднанню бактеріальної інфекції, розвитку ускладнень. Тенотен сприяє прискоренню репаративних та адаптаційних процесів в організмі дитини в умовах пандемії. У свою чергу, Анаферон вже з 1 місяця життя доведено пригнічує запуск активації рецидивування ГРВІ.

Список літератури знаходиться в редакції ■

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

ТІЛЬКИ 25 % ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ ЗВЕРТАЮТЬСЯ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Пресреліз



Академія сімейної медицини України — громадська організація, що об'єднує практикуючих лікарів та інших фахівців, які піклуються про здоров'я українців через професійний розвиток сімейної медицини за найвищими світовими стандартами й організують освітні проекти

Київ, 19 листопада 2020 р. У Всесвітній день боротьби з хронічним обструктивним захворюванням легенів (ХОЗЛ) сімейні лікарі, лікарі-пульмонологи й управлінь у сфері охорони здоров'я обговорили важливість вчасної діагностики й лікування пацієнтів з ХОЗЛ в Україні.

За різними оцінками, в Україні на ХОЗЛ хворіє близько 1,5–2 мільйонів дорослого населення. Це невиліковне захворювання, що постійно прогресує. Без відповідного лікування й зміни способу життя пацієнт не може повноцінно дихати, страждає від хронічного кашлю й сильної задишки навіть у стані спокою. Ці симптоми суттєво погіршують якість життя й негативно впливають на працездатність.

ХОЗЛ є одним з найпоширеніших захворювань і четвертою причиною смерті в усьому світі. Найчастіше від ХОЗЛ страждають курці після 40 років, однак захворювання молодіє через зростання популярності електронних сигарет і кальяну серед молоді.

Окрім зниження функцій легенів, ХОЗЛ, якщо його не лікувати, призводить до супутніх хвороб серцево-судинної системи й різних метаболічних порушень, а також збільшує ризик раку легенів.

Цього можна уникнути за умови вчасного звернення до лікаря. Вилікувати ХОЗЛ неможливо, але застосування лікарських засобів і відмова від шкідливих звичок можуть зупинити руйнування легенів і значно покращити самопочуття людини з хронічним обструктивним захворюванням легенів.

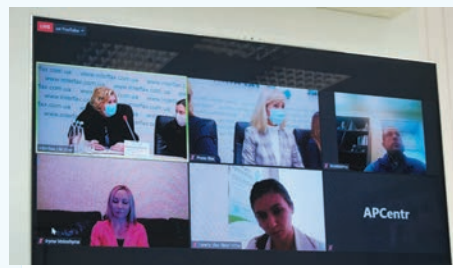
Питання пізньої діагностики й лікування при ХОЗЛ є пріоритетною проблемою для усього світу, запевняють організатори обговорення — фахівці Академії сімейної медицини України. Однією зі сфер діяльності організації є збільшення обізна-



ності населення щодо ХОЗЛ і профілактики захворювання, що допоможе покращити здоров'я населення, зменшити смертність і підвищити якість життя пацієнтів з ХОЗЛ.

Ірина Волошина, професорка кафедри сімейної медицини ЗДМУ, сімейна лікарка, член правління ГО «Академія сімейної медицини України»: «Рівень знань про ХОЗЛ у нашому суспільстві дуже низький, люди не знають про це захворювання. Більше того, наші громадяни досить терплячі й можуть довго не зважати на тривожну симптоматику: тривалий кашель чи задишку. Такий підхід до здоров'я є дуже небезпечним. Академія сімейної медицини, як об'єднання лікарів первинної ланки, прагне звернути суспільну увагу на проблему низького рівня діагностики ХОЗЛ і донести до наших громадян, що ХОЗЛ є серйозним захворюванням, яке дуже важливо вчасно діагностувати й лікувати».

Тетяна Барановська, лікарка-пульмонолог вищої категорії, експертка з питань пульмонології Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації: «З усієї кількості хворих на ХОЗЛ в Україні до лікарів звертаються лише 25 %. На жаль, більшість з них приходять вже в тяжкій стадії, коли повернути пацієнту по-



вноцінне життя майже неможливо. ХОЗЛ — це оборотний стан організму, і повністю відновити здоров'я легенів неможливо, якщо процес руйнування почався. Але за умови вчасної діагностики та лікування ми можемо зупинити прогресування захворювання. Тому чим швидше пацієнт звертається до лікаря, тим довше і повноцінніше буде його життя».

Альона Горощко, директорка Департаменту замовлення медичних послуг і лікарських засобів Національної служби здоров'я України: «Пацієнт із симптомами ХОЗЛ або з уже діагностованим захворюванням може розраховувати на визначений перелік медичних послуг, які входять до пакета медичних гарантій. Перш за все до списку безкоштовних послуг входить консультація сімейного лікаря й проведення спірометрії, яка дозволяє діагностувати ХОЗЛ. У разі потреби сімейний лікар може скерувати до лікаря-пульмолога. НСЗУ також може оплатити стаціонарне лікування для пацієнтів з ХОЗЛ. У стаціонарі безоплатними будуть: лабораторна й інструментальна діагностика, лікування (зокрема, медикаментозна та знеболення). Заклад має забезпечити пацієнта з ХОЗЛ медичними виробами, витратними матеріалами й лікарськими засобами з Національ-

ного переліку основних лікарських засобів. За час діяльності програми медичних гарантій, тобто з квітня 2020 року, було випускано 9300 скерувань на проведення спірографії, але лише третина цих пацієнтів прийшли на діагностику».

Евгенія Ідоєтова, в.о. генерального директора Департаменту медичного забезпечення Міністерства охорони здоров'я України: «Сьогодні близько 7 % населення України хворіє на ХОЗЛ. Вартість лікарських засобів для пацієнтів з ХОЗЛ наразі не відшкодовується — це пов'язано з недостатністю фінансування. Водночас МОЗ активно працює над нормативно-правовою базою, яка стосується питань профілактики й загального оздоровлення населення, зокрема в напрямку протидії курінню, адже куріння, як ми знаємо, є головним фактором ризику розвитку ХОЗЛ. Також МОЗ працює над покращанням нормативно-правових актів, які допоможуть лікарям первинної ланки, щоб у них було більше можливостей для вчасної діагностики хронічного обструктивного захворювання легенів. Ми в МОЗ готові винести на обговорення питання закупівлі лікарських засобів для пацієнтів з ХОЗЛ, коли в бюджеті з'являться додаткові кошти на відшкодування вартості ліків для цієї нозології, однак говорити про те, коли це станеться, поки зарано».

Медики радять звертатись до лікаря, якщо у вас хронічний кашель протягом трьох і більше тижнів, а також задишка при незначній фізичній активності. Перевіряти здоров'я легенів обов'язково потрібно після 45 років під час щорічної профілактичної консультації в сімейного лікаря людям із груп ризику: курцям, працівникам гірничих підприємств, жителям промислових міст. Таке обстеження, без перебільшення, може врятувати життя. ■

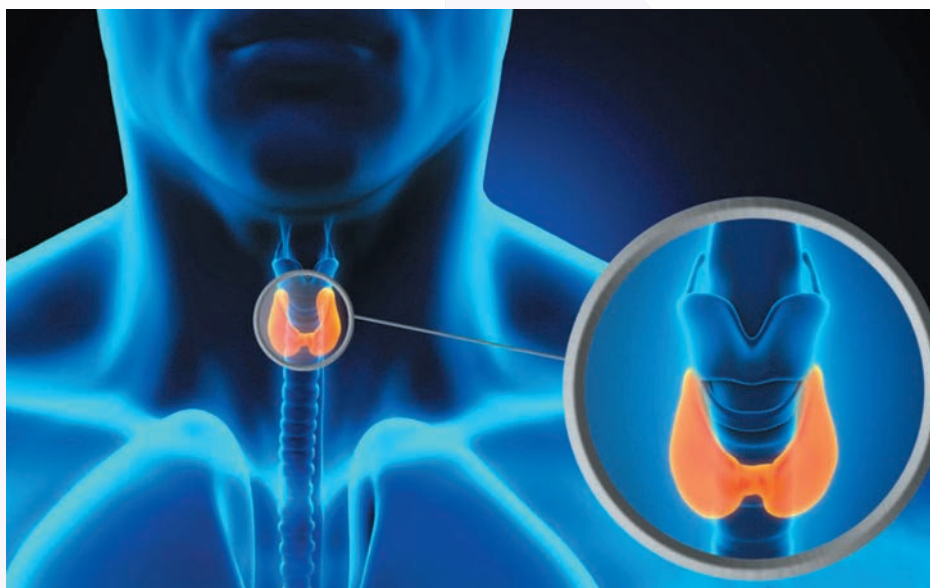
ТИРЕОЇДИТ ХАШИМОТО: СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

ШІДЛОВСЬКИЙ В.О.¹, ШІДЛОВСЬКИЙ О.В.¹, ШЕРЕМЕТ М.І.², СИДОРЧУК Л.П.², ПАНЬКІВ І.В.²

¹ Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

² Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, відзначається постійне зростання кількості пацієнтів з аутоімунною патологією загалом і захворюваннями щитоподібної залози зокрема (1). Для аутоімунних захворювань притаманні ураження тканин і втрата функції, що виникають унаслідок аномальної імунної відповіді на патогени, спрямовані проти конкретних органів. Такі захворювання здебільшого хронічні й виснажливі, вони значною мірою знижують якість життя (2). Відомо про наявність понад 80 типів аутоімунних порушень, і їх поширеність неухильно зростає. Етіологія аутоімунних захворювань невідома (3). До важливих факторів, що сприяють виникненню аутоімунних захворювань, належать генетична схильність, тригери зовнішнього середовища, у тому числі харчові вподобання, характер і якість їжі, зміни структури й функції стінки кишечника та його лімфоїдного апарату, дисбактеріоз, бактеріальні, вірусні й грибкові інфекції, стреси (4).



Тиреоїдит Хашимото — це аутоімунне захворювання, що характеризується інфільтрацією мононуклеарних клітин у щитоподібній залозі разом із виробленням аутоантитіл проти тиреоїдної пероксидази й тиреоглобуліну [5–7]. У розвитку тиреоїдиту Хашимото, як і всіх аутоімунних захворювань, провідними вважаються фактори зовнішнього й внутрішнього середовища [8–13]. Останнім часом зусилля дослідників зосереджені на вивченні ролі мікрофлори кишечника в розвитку аутоімунних захворювань загалом і тиреоїдиту Хашимото зокрема [14, 15]. Наукові пошуки дозволили ідентифікувати склад мікрофлори й виявити специфічні мікроорганізми, які живуть у кишечнику [16].

Зміни в пропорціях цих мікроорганізмів можуть спричинити розвиток аутоімунних захворювань [17–19]. Аутоімунні захворювання в такому випадку є імунною відповіддю, спрямованою проти власних тканин організму, внаслідок чого виникає запалення й руйнуються тканини і/або органи [20]. Було запропоновано тезу, що спосіб життя в сучасну епоху, у тому числі харчування, може впливати на склад мікрофлори, викликаючи дисфункцію імунної системи [21].

! Мета: проаналізувати сучасні дані літератури стосовно значення кишечника, його лімфоїдного апарату й кишкового дисбактеріозу в розвитку тиреоїдиту Хашимото.

Близько двох третин людської мікрофлори становить мікрофлора кишечника. Вона є найбільшим інтерфейсом між організмом і зовнішнім середовищем і співіснує з людиною на засадах симбіозу. Мікрофлора кишечника відіграє ключову роль у підтриманні харчового, метаболічного й

імуннологічного гомеостазу в хазяїна. Крім підтримання шлунково-кишкового гомеостазу вона бере участь у гідролізі спожитої їжі й засвоєнні його продуктів, детоксикації і синтезі вітамінів. Мікрофлора кишечника є ключовою ланкою функціонування лімфатичної системи, 80 % якої перебуває на кишковому рівні [22].

Останні наукові досягнення мають вирішальне значення для формування й упорядкування знань щодо складу мікрофлори кишечника [16, 23, 24]. Мікрофлора людини унікальна. Вона забезпечує захист слизової оболонки від патогенної флори, пригнічуючи патогенний ріст, і запобігає аутоімунним захворюванням шляхом регулювання імунної системи [25]. Одночасно з вивченням мікрофлори кишечника звертають увагу на причини виникнення дисбактеріозу та фактори, які впливають на нього. Аутоімунні захворювання дуже часто трапляються в економічно розвинутих країнах, уражаючи переважно жінок [26]. З огляду на таку особливість аутоімунної захворюваності запропоновано концепцію про те, що спосіб життя в сучасну епоху може впливати на склад мікрофлори кишечника і спричинити дерегуляцію, переважно ослаблення, імунної системи [2, 27, 28]. Є повідомлення про дослідження зразків калу в пацієнтів із тиреоїдитом Хашимото і здорових осіб. Як свідчить порівняльна оцінка результатів, пацієнти з дисфункцією щитоподібної залози мають більшу різноманітність і множинність мікрофлори в кишечнику, ніж здорові особи, що свідчить про зв'язок між тиреоїдитом Хашимото і дисбактеріозом [2, 28]. У багатьох роботах показано, що зміни мікрофлори стосуються не лише кількісних, а і якісних пропорцій і що вони можуть викликати захворювання людини аутоімунного генезу [16, 24, 29], які є відповіддю імунної системи на дисбаланс мікро-

флори. Ця відповідь, зокрема, проявляється формуванням аутоімунітету проти тканин організму [18, 20, 30–32].

Враховуючи результати цих досліджень, можемо вважати, що концепція впливу мікрофлори кишечника на розвиток аутоімунних захворювань некишкового генезу сформована [26]. Проте слід зауважити, що в розвитку аутоімунітету відіграють роль не лише окремі види мікрофлори кишечника, а й грибки та віруси [33].

Запропоновані механізми розвитку аутоімунних захворювань розглядають як невідповідну імунну реакцію проти власних тканин і молекул, що спричиняє тканинно-специфічне або системне запалення [34]. Хвороба прогресує від початкової активації лімфоцитів до хронічного стану й характеризується збільшенням кількості аутоантігенів, націлених на Т-клітини й антитіла. Активовані автореактивні В-клітини можуть функціонувати як антигенпрезентувальні клітини для нових пептидів та експресувати стимулюючі молекули, вони викликають активацію додаткових автореактивних В-клітин, що становлять нові епітопи, аж до точки, у якій спостерігають автореактивність до великої кількості аутоантігенів [35]. Аутоантитіла викликають ушкодження тканин шляхом утворення імунних комплексів, цитолізу або фагоцитозу цільових клітин і зміни функцій тканин і клітин уражених органів [36–39].

Для розуміння механізмів і факторів розвитку аутоімунних захворювань варто звернути увагу на структуру й функцію кишкової стінки та кишечника загалом. Складними є фізіологічні механізми функціонування кишечника та його мікрофлори, їх взаємозв'язки і вплив на стабільність імунної системи. Клітини епітелію кишечника є першою складовою ланкою кишкового бар'єра. Вони покривають слизову оболонку кишечни-

ка й відгороджують його мікрофлору від імунної системи [40, 41]. Епітелій слизової оболонки представлений переважно колумнарними й келихоподібними клітинами та особливими інтраепітеліальними Т-лімфоцитами, що продукують цитокіни при стимуляції їх антигенами. У складі епітеліального клітинного бар'єра є келихоподібні клітини, які виділяють глікопротеїни. Ці клітини утворюють внутрішній шар слизу, який знаходиться ближче до епітелію, і зовнішній шар слизу, що контактує з бактеріями [42]. Крім того, клітини епітелію можуть виділяти антимікробні білки, такі як дефензини, кателіцидини й лектини типу С, що контролюють ріст бактерій або ж ферментативно деградують їх стінку [43, 44].

Отже, механічний бар'єр від мікрофлори кишечника створюють епітеліальні клітини слизової оболонки, які інтегруються одна з одною тугими з'єднаннями за допомогою молекул адгезії. Тугі з'єднання — це білкові комплекси, серед яких виокремлюють клаудини, оклюдини й молекули сполучної адгезії [45]. У кишковому бар'єрі важливу функцію виконують келихоподібні клітини, що виділяють глікопротеїни як усередину, так і назовні просвіту кишечника і взаємодіють із потенційно патогенними бактеріями, знищуючи їх [23].

Лімфоїдну імунну систему кишечника формують три структури слизової оболонки: пластинки Пейєра, що є лімфоїдною тканиною, пов'язаною зі слизовою оболонкою; власна пластинка, розташована як ізольована лімфоїдна тканина, де ефекторні лімфоцити виділяють цитокіни й імуноглобуліни; шар епітелію, у якому розміщені внутрішньоепітеліальні резидентні лімфоцити [46, 47]. Дендритні клітини слизової оболонки кишечника продукують імуноглобулін А. Він має проти-мікробну дію, інгібує рухомість бактерій і перешкоджає їх адгезії до клітин епітелію. Вважають також, що завдяки цим властивостям імуноглобулін А виконує функцію антигенпрезентувальних клітин [48].

Структури лімфоїдної тканини захищають природну флору кишечника від впливу зовнішніх патогенних мікроорганізмів і відокремлюють імунні клітини від мікрофлори. За умов природної (непатогенної) бактеріальної флори лімфоїдна тканина за допомогою дендритних клітин та антитіл імуноглобуліну А може гальмувати адгезію патогенних мікроорганізмів до епітелію кишечника. Однак коли внаслідок хвороботворного процесу лімфоїдну тканину ушкоджує патогенна флора, вона стає проникною для багатьох збудників хвороб і власної мікрофлори. Це спричиняє активацію імунної системи щодо утворення антитіл, розвитку й прогресування запального процесу [49, 50]. Отже, лімфоїдна тканина й епітеліальний шар кишечника зберігають рівновагу між толерантністю та імунітетом до нових антигенів, запобігаючи патології і мінімізуючи запалення.

Природна мікрофлора кишечника перебуває в тісному й постійному зв'язку з імунною системою слизової оболонки. Імунна система обмежує вторгнення в тканини стінки кишечника великого розміття мікробів, а серед них і потенційних патогенів, які можуть потрапляти з їжею [42]. Незважаючи на імунні бар'єри, бак-

терії можуть знайти шляхи для переходу через епітеліальний шар. У такому випадку запускаються механізми знищення бактерій — фагоцитоз та елімінація макрофагами [51].

Активовані дендритні клітини сприяють диференціацію Т-клітин для регулювання імунної толерантності [47]. У Т-клітинах розрізняють дві основні субпопуляції: тип А, або звичайні, розташовані при власній пластинці й брижових лімфатичних вузлах, і тип В, або нетрадиційні, які можна знайти виключно в епітелії [52]. Звичайні Т-клітини активізуються в Т-клітини-помічники (Th), диференціюючись головним чином у Th1-клітини, що сприяють виведенню внутрішньоклітинних збудників, Th2-клітини, які захищають від паразитів та опосередковують алергічні реакції, і Th17-клітини, що створюють кліренс стороннім патогенам [48]. Кишкові дендритні клітини можуть також регулювати диференціацію Т-клітин до регуляторних Т-клітин. Їх роль полягає в тому, щоб контролювати імунну відповідь, пригнічуючи активацію і проліферацію Т-хелперних клітин через секрецію протизапальних цитокінів [38]. Зміна балансу між Т-хелперами й регуляторними Т-клітинами тісно пов'язана з кишковою аутоімунною патологією [23, 49, 53, 54].

Значну роль у протизапальному процесі відіграє інтерлейкін-17, який виробляє субпопуляція CD4+ лімфоцитів, Th17-лімфоцитів. Вони відповідають за розвиток багатьох запальних процесів, насамперед аутоімунних захворювань, зокрема щитоподібної залози [55]. Інтерлейкін-17 індукує вивільнення медіаторів запальної реакції з макрофагів, фібробластів та епітеліальних клітин.

З огляду на фізіологічну роль мікрофлори, епітелію слизової оболонки й імунної системи кишечника індуктором аутоімунних реакцій є дисбактеріоз мікрофлори, що призводить до підвищення кишкової проникності. На фізіологічний склад мікрофлори кишечника та розвиток і прогресування дисбактеріозу впливають дієта, функціональний стан слизової оболонки й вісь «кишечник — мозок». За останні 15–20 років раціон людини суттєво змінився: відбувся перехід від споживання натуральної їжі з обмеженням м'яса і м'ясних продуктів до споживання того, що ми хочемо, коли хочемо, в необмеженій кількості. Кардинально змінилися також характер і якість їжі. З'явилися нові штами зернової продукції, які розроблено для протистояння хворобам зернових культур і гербіцидам [56–58].

Отже, стало неминучим щоденне споживання генетично модифікованої або переробленої їжі, яка, відповідно, впливає на якісний і кількісний склад мікрофлори кишечника, спричиняючи дисбактеріоз і розлади функції імунної системи.

Вищезгадані патофізіологічні механізми є наслідком дисбактеріозу, їх розглядають як одну з провідних причин аутоімунних захворювань, що можуть розвинути в результаті перехресних реакцій антитіл із власними тканинами й зумовлені структурною подібністю до бактеріальних антигенів [53]. Такі перехресні реакції можуть виникнути за різними механізмами в найбільш вразливому органі людини — щитоподібній залозі за рахунок утворення антитіл до тиреоїдної пероксидази й викликати тиреоїдит [3].

Прикладом перехресної реакції є синдром помилкової ідентифікації антигенів імунними клітинами. Встановлено, що

бактерія *Yersinia enterocolitica* на своїй поверхні має пептиди, схожі на рецептори щитоподібної залози. Унаслідок цієї помилкової ідентичності імунна система кишечника починає виробляти антитіла проти щитоподібної залози, які й запускають процес аутоімунного тиреоїдиту Хашимото [59, 60]. Вірус HTLV-1, ентеровірус, вірус свинки, краснухи, простого герпесу, вірус Епштейна — Барр і парвовірус провокують і підтримують розвиток аутоімунних процесів. Вони надмірно стимулюють імунну систему і можуть створювати молекулярні мімікри, подібні до тих, які спостерігають з бактерією *Yersinia enterocolitica* [61].

У таких випадках імунна система починає ідентифікувати щитоподібну залозу як чужорідний агент і виробляти проти неї антитіла. Ці антитіла викликають спочатку місцеву, а в разі тяжкого перебігу — і загальну запальну реакцію з відповідними клінічними проявами. Особливість клінічної симптоматики аутоімунного тиреоїдиту полягає в тому, що тривалий час, аж до розвитку гіпотиреозу чи зоба, у більшості випадків хворі не звертаються по медичну допомогу [2].

Проаналізувавши дані літератури, можна зробити висновок, що спричиняє аутоімунні захворювання дисбактеріоз кишечника, який змінює звичні режими процесів травлення і всмоктування, функціонування слизової оболонки й імунної системи. Дисбактеріоз кишечника викликає порушення функціональної щільності його слизової оболонки. У літературі такий кишечник називають просоченим або «дірявим» [59]. Сутність цього процесу полягає в тому, що кількість білка, який заповнює простір між ентероцитами і склеює їх між собою, утворюючи таким чином захисний

бар'єр, при дисбактеріозі зменшується. Даний процес регулюється специфічним білком зонуліном, який за фізіологічних умов регулює всмоктування харчових інгредієнтів і створює вибіркву проходність молекул. При дисбактеріозі втрачається вибіркву проникність стінки кишечника, через неї починають проходити токсини, продукти неповного гідролізу й інші антигени, що створюють навантаження на імунну систему. Ці процеси сприяють виникненню харчової непереносимості, алергії і розвитку аутоімунітету [62].

Враховуючи наведені дані літератури про сучасні погляди на причини розвитку й патогенез тиреоїдиту Хашимото, не можемо не погодитись із тезою, що він не є захворюванням щитоподібної залози. Це аутоімунне захворювання організму, у результаті якого вражається щитоподібна залоза [63]. Така оцінка вказує на принципово дуже важливі відмінності, що дозволяють зрозуміти причини виникнення захворювання й розробити нові підходи до успішного лікування тиреоїдиту Хашимото на ранніх стадіях розвитку.

Участь авторів у підготовці статті:

В.О. Шідловський — концепція і дизайн;
О.В. Шідловський — аналіз літератури;
М.І. Шеремет — написання тексту, редактування;
Л.П. Сидорчук — аналіз літератури, написання тексту;
І.В. Паньків — дизайн, написання тексту, редактування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури знаходиться в редакції ■

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

ДОСЛІДЖЕННЯ STEPS ВИЯВИЛО ДУЖЕ ВИСОКУ ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Результати першого загальнонаціонального дослідження щодо поширеності основних факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні, яке відповідає затвердженню ВООЗ поетапному підходу до епідагледу (STEPS), показали, що третина українців були активними курцями у 2019 році. Згідно з даними дослідження, куріння було більш поширене серед чоловіків (50,3%), ніж серед жінок (16,7%).

«У той час як неінфекційні захворювання (НІЗ) є важливою проблемою громадського здоров'я у всьому світі, особливо ця проблема стосується Європи, де вони стали причиною 89% випадків смерті та 84% років, які проживають з інвалідністю. Нинішня пандемія COVID-19 стала нагадуванням про вплив супутніх НІЗ, які згубно впливають як на тяжкість захворювання, так і на тривалість хвороби», — сказав доктор Ханс Генрі П. Клюге, директор Європейського регіонального бюро ВООЗ.

З метою оцінки основних поведінкових і біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань серед українців у 2019 році було проведено опитування населення з медичним обстеженням, узгоджене з принципами, методами й процедурами поетапного підходу до епідагледу, який схвалено ВООЗ. Загалом у дослідженні взяли участь 4409 респондентів віком 18–69 років, серед яких було здійснено опитування й проведено декілька фізичних вимірювань і біохімічних досліджень з метою збору даних щодо основних факторів ризику неінфекційних захворювань, зокрема вживання тютюну й алкоголю, нездорового харчування, гіподинамії.

Дослідження виявило дуже високу поширеність неінфекційних захворювань, їх поведінкових і біологічних факторів ризику в Україні, а саме: високі рівні споживання алкоголю й тютюну, надмірне споживання солі й недостатню кількість фруктів та овочів у раціоні. Незважаючи на відносно низький рівень недостатньої фізичної активності, надмірна вага й ожиріння значно поширені в країні.

«Для України, як і для більшості європейських країн, притаманна значна поширеність чинників ризику неінфекційних захворювань, наслідком чого є критичні показники здоров'я населення», — сказав Максим Степанов, міністр охорони здоров'я України.

«Оскільки дослідження STEPS проводилося в Україні вперше, його метою було отримати базову інформацію щодо основних факторів ризику неінфекційних захворювань, як поведінкових, так і біологічних. Додатково до опитувального блоку було включено питання, пов'язані з психічним здоров'ям, раком шийки матки та молочної залози, травма-

ми й насильством. Таким чином, отримана інформація є відправною точкою моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні, і вона дозволить відслідковувати ефективність реалізації Національного плану щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку», — додав Максим Степанов.

«Дослідження STEPS в Україні робить важливий внесок у реалізацію Європейської програми роботи, оскільки воно вимірює не лише поширеність факторів ризику НІЗ, але й охоплення та ефективність обраних пріоритетних втручань, які спрямовані на їх зниження», — додав доктор Клюге.

«ВООЗ підтримує Україну на шляху боротьби з неінфекційними захворюваннями в країні протягом останніх років, — зауважив доктор Ярро Хабіхт, представник ВООЗ і голова представництва ВООЗ в Україні. — Щоб посилити епідеміологічний нагляд, в Україні уперше було проведено дослідження STEPS, яке дозволяє визначити основні поведінкові й біологічні фактори ризику неінфекційних захворювань, а також отримати репрезентативні національні дані з метою оцінки прогресу, встановлення пріоритетів і планування необхідних політик і заходів у сфері охорони здоров'я і зниження рівня смертності від неінфекційних захворювань найближчими роками».

Споживання тютюну й алкоголю, недостатня фізична активність і нездорове харчування є основними факторами ризику виникнення неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, рак, діабет і хронічні захворювання легень, що призводять до 91% смертей в Україні.

Результати дослідження були наведені під час онлайн-заходу в Україні 17 листопада 2020 року. Дані дослідження дозволять здійснювати моніторинг Цілей сталого розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, а також національних, регіональних і глобальних планів дій і зобов'язань стосовно профілактики й боротьби з неінфекційними захворюваннями та їх факторами ризику.

Дослідження проводилось ВООЗ, Міністерством охорони здоров'я України, Центром громадського здоров'я МОЗ України та Українським інститутом соціальних досліджень ім. Олександра Яременка за підтримки Світового банку.

Поетапний підхід ВООЗ до нагляду (STEPS) — це стандартизований метод збору, аналізу й поширення вичерпних даних щодо неінфекційних захворювань, їх факторів ризику та реагування систем охорони здоров'я. Дані збираються про широкий спектр поведінкових і біологічних факторів ризику, а також про історію хвороб пацієнтів, що пов'язані з неінфекційними захворюваннями. ■

В УКРАЇНІ ПРОВЕДЕНИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ТИЖДЕНЬ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ І ГЕПАТИТ С

Міністерство охорони здоров'я України та Центр громадського здоров'я закликали українців протестуватися на ВІЛ і гепатит С з 20 до 27 листопада.

У рамках Європейського тижня тестування у 17 регіонах можна було безкоштовно перевіритися на ВІЛ і вірусний гепатит С. Зокрема, з 20 по 27 листопада працювали пункти тестування у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській і Чернівецькій областях. Їх адреси та час роботи розміщені на сайтах і FB-сторінках регіональних центрів громадського здоров'я.

Майже мільйон українців не знають, що мають у своєму організмі вірус гепатиту С. Ще 60 000 — не знають про свій ВІЛ-позитивний статус.

Завдання Європейського тижня тестування — нагадати людям про захворювання на ВІЛ і вірусний гепатит. І найдієвішим інструментом боротьби із цими захворюваннями є тестування.

Вчасне виявлення вірусів в організмі гарантує найменшу шкоду вашому здоров'ю. Адже чим раніше вірус знайдено, тим швидше людина потрапляє під медичний нагляд і розпочинає лікування.

На сьогодні повністю вилікуватися від ВІЛ неможливо. Натомість сучасна антиретровірусна терапія гарантує повноцінне й здорове життя усім людям, які мають ВІЛ.

Гепатиту С можна позбутися повністю за 3 або 6 місяців. Держава закуповує якісні й безпечні ліки, які може отримати кожен хворий на гепатит С. Цього року в Україні є 29 815 курсів для лікування від вірусного гепатиту С. Тобто держава може вилікувати майже 30 000 українців безкоштовно.

Зробити швидкий тест на ВІЛ і вірусний гепатит можна:

- ☞ у свого сімейного лікаря;
- ☞ у найближчому Центрі СНІДу;
- ☞ в неурядових організаціях;
- ☞ у лабораторіях, що є на карті Центру громадського здоров'я України. ■

СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ УКРАЇНИ

АНТИПКІН Ю.Г.¹, ВОЛОСОВЕЦЬ О.П.², ЛАПШИН В.Ф.¹, МАРУШКО Р.В.¹, ДУДІНА О.О.¹

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна

²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

ВСТУП

У період політичних та економічних змін, тривалих воєнних дій в Україні виникла низка і медико-екологічних проблем, які становлять загрозу здоров'ю різних груп населення, в першу чергу дітей. А здоров'я дітей — це майбутнє нації і найважливіший ресурс будь-якого суспільства [1, 2]. Особливого значення стан здоров'я дітей набуває в період несприятливої демографічної ситуації, оскільки їх стан здоров'я є тим підґрунтям, від якого залежить сучасне та майбутнє країни, її національний розвиток і безпека. Зараз стан здоров'я дітей є однією з найгостріших соціальних проблем в Україні, оскільки має сталу тенденцію до зростання патологічних уражень, хронічних захворювань, полісиндромних станів, нових видів патології та інвалідності [3–6, 18]. Така ситуація потребує поліпшення якості та підвищення ефективності медичної допомоги [7].

Серед співвідносно дії факторів, що впливають на формування та зміцнення здоров'я дітей, вагомим значенням має організація базової первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Концепція державної політики щодо реформування ПМСД спрямована на повсюдне впровадження інституту сімейної медицини. Передбачається, що впровадження цієї моделі дасть змогу переорієнтувати лікарів з конкретної хвороби на пацієнта (дитину), забезпечити профілактику, раннє виявлення та своєчасне лікування патологічних станів, мінімізувати соціальні витрати [6–8].

Безперечно, модель медико-соціальної допомоги дітям на амбулаторно-поліклінічному рівні повинна спиратися на міжнародний і вітчизняний досвід. У країнах Європи надання ПМСД дітям здійснюється за трьома моделями:

- ➔ лікар-педіатр як первинна ланка надання медичної допомоги дітям (35 %);
- ➔ лікар загальної практики виконує функції первинної ланки, а лікар-педіатр є консультантом (18 %);
- ➔ комбінована система, що ґрунтується на перелічених моделях (47 %).

Серед 34 країн Європи в 12 систему первинної медичної допомоги дітям організовано як педіатричну, тобто лікарем первинного контакту є лікар-педіатр (І модель). До цих країн належать Іспанія, Греція, Чехія, Словаччина, Болгарія, Кіпр, Словенія, Литва, Росія, Україна та інші. У 16 країнах Європи функціонує комбінована система (ІІІ модель) надання медичної допомоги дітям (Франція, Португалія, Німеччина, Швейцарія, Бельгія, Польща, Угорщина, Італія, Туреччина, Латвія, Естонія, Швеція, Австрія та ін.). Лише в 6 країнах Європи первинну медичну допомогу дітям надають лікарі загальної практики (ІІ модель), зокрема у Великій Британії, Ірландії, Данії, Нідерландах, Норвегії, Фінляндії.

При цьому первинну медичну допомогу надають лікарі-педіатри в половині країн Європи понад 90 % дітей віком до 2 років, у переважній більшості країн ЄС, за винятком Німеччини, Бельгії, Ірландії та Франції, дітям до 6 річного віку [9–11]. Недоліками діючих систем ПМСД дітям

у багатьох країнах Європи є проблеми доступу дитячого населення до медико-санітарної і спеціалізованої допомоги, розрив між амбулаторною і стаціонарною ланками медичної допомоги.

У цілому в низці країн ЄС надання медичної допомоги сімейним лікарем не приймається у зв'язку з відзначеними негативними наслідками її впровадження, зокрема підвищення рівня дитячої смертності в Голландії, збільшення показників дитячої захворюваності та смертності в Латвії. У Великобританії після запровадження медичної допомоги сімейними лікарями вакцинопрофілактика дитячого населення визнана неефективною. У США з 1997 р. зменшився інтерес до вибору лікаря сімейної практики, а кількість педіатрів збільшилася упродовж останніх років у 5 разів. Те саме відбувається в Канаді, Німеччині, збільшується підготовка педіатрів і здійснюється поступовий перехід до педіатричної моделі надання амбулаторно-поліклінічної допомоги [9, 12].

В умовах нових технологій і нових форм організації медичної галузі, з одного боку, і дефіциту фахівців педіатричного профілю — з іншого, прийнятною є комбінована модель співпраці сімейних лікарів і педіатрів. На думку відомих спеціалістів-медиків, у містах України та населених пунктах зі значною чисельністю дитячого населення доцільно зберегти педіатричну систему, а в сільській місцевості залишити комбіновану систему надання медичної допомоги дітям у первинній ланці охорони здоров'я [6, 7, 13, 14].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз надання первинної медичної допомоги дитячому населенню України за період 1991–2018 рр. за даними державної і галузевої статистики. Застосовано методи: системного підходу, статистичний, графічного зображення.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Скорочення відтворювального потенціалу населення України зумовило зменшення чисельності дітей віком від 0 до 17 років із 13 305,0 тис. у 1990 р. до 11 116,0 тис. у 2000 р. і 7579,7 тис. у 2018 р. Чисельність дитячого населення щороку зменшується як унаслідок низького рівня народжуваності (щорічно 17 років виповнюється більшій кількості дітей, ніж їх

народжується), так і міграційних процесів. Негативні тенденції щодо чисельності дитячого населення зберігаються на тлі все ще незадовільних показників їх здоров'я.

Незважаючи на переорієнтацію перинатальної служби на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю, впровадження регіоналізації перинатальної допомоги, стан здоров'я новонароджених за показником індексу здоров'я новонароджених після підйомної тенденції з 79,1 % у 2000 р. до 85,5 % у 2013 р. має негативну тенденцію — з 85,3 % у 2014 р. до 83,44 % у 2018 р., і зараз майже кожна шоста дитина народжується з відхиленнями у здоров'я.

Визначальним як у загальному розвитку дитини, так і у формуванні її здоров'я є перший рік життя, що характеризується особливо високими темпами фізичного, нервово-психічного розвитку, функціонального дозрівання органів і систем. Встановлено, що на першому році життя істотний вплив на стан здоров'я мають як біологічні чинники (перебіг вагітності, здоров'я батьків, фізіологічна зрілість та ін.), так і впровадження доказових медико-організаційних технологій. Незважаючи на переорієнтацію сфери охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу, широке впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних перинатальних технологій, виключно грудного вигодовування, захворюваність дітей віком до одного року за період 1991–2018 рр. залишається високою з нелінійною динамікою — 1415,1 на 1000 дітей, які досягли одного року життя, у 1991 р., 2018,1 — у 2000 р., 1591,9 — у 2010 р., 1429,2 — у 2015 р., 1414,51 — у 2018 р.

З огляду на те, що в Україні функціонує комплексна система профілактики, спрямована на зменшення ризику формування змін стану здоров'я дітей, впроваджується система корекції і підтримки їх здоров'я через систему первинної медико-санітарної допомоги, поширеність та захворюваність загальної популяції дітей (від народження до 17 років) протягом усіх років спостереження зростає. У зв'язку з переходом дітей віком від 14 до 17 років під нагляд закладів охорони здоров'я педіатричної служби дані державної статистики дають можливість здійснити аналіз захворюваності дітей віком 0–17 років лише з 2003 року, тому що за 1990–2002 рр. враховувалися дані захворюваності дітей віком до 14 років. За період 1990–2000 рр. рівень пошире-

ності хвороб зріс із 1433,3 на 1000 дітей віком до 14 років до 1621,4. За цей же період захворюваність зросла з 1070,0 до 1200,26 на 1000 дітей відповідного віку. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед популяції дітей віком до 17 років мала нелінійний характер — захворюваність зросла з 1174,5 у 2003 р. до 1454,9 у 2010 р. із подальшим зниженням до 1385,5 у 2015 р., до 1291,7 у 2017 р., а поширеність хвороб, відповідно, з 1694,6 до 1998,3; 1742,3 та 1747,7.

Упродовж останніх років в умовах реформування сфери охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічна допомога дитячому населенню надається за дільничним принципом — дільничним педіатром або сімейним лікарем, і забезпечення якості та доступності медичних послуг на цьому етапі можливе лише при достатньому забезпеченні дитячого населення дільничними педіатрами та сімейними лікарями. За даними державної статистики, кількість дільничних педіатрів міських дільниць зменшилася з 8720 у 1990 р. до 8271 у 2000 р., 5291 — у 2010 р., 3684 — у 2014 р., 3178 — у 2018 р., а забезпеченість ними коливалася від з 0,79 на 1000 дітей до 1,1; 0,65; 0,49 та 0,42 відповідно. Кількість лікарів загальної практики — сімейних лікарів збільшилася з 8061 у 2008 р., 8621 — у 2010 р., 12 334 — у 2014 р. до 14 137 — у 2018 р. На жаль, сучасні форми державної і галузевої статистики не дають змоги оцінити охоплення посімейним обслуговуванням дитячого населення як у цілому, так і за віковими групами.

Загалом кадровий дефіцит, який сьогодні склався в Україні, викликаний міграційними процесами, зростаючою соціальною мобільністю медиків, рівнем заробітної плати, що не задовольняє спеціалістів, відсутністю достатнього обсягу програм соціального захисту медпрацівників. Педіатричні спеціальності сьогодні входять до групи високого кадрового дефіциту.

При зменшенні чисельності дитячого населення за останні роки скоротилася кількість закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів, що надають догоспітальну допомогу дитячому населенню при різноспрямованій тенденції. Так, кількість самостійних дитячих поліклінік збільшилася з 29 у 1990 р. до 48 у 2010 р. з подальшим зменшенням до 28 у 2018 р. Аналогічна тенденція характерна для динаміки кількості дитячих інфекційних та ортопедо-травматологічних кабінетів. При цьому кількість дитячих відділень (кабінетів), кабінетів лікувальної фізкультури поступово зменшувалася (табл. 1).

Ці зміни зумовлені як зменшенням чисельності дитячого населення, так і основними стратегічними напрямками розвитку служби охорони здоров'я матері та дитини, зокрема, інтенсивним розвитком

Таблиця 1. Динаміка мережі закладів (структурних підрозділів) охорони здоров'я, які надають догоспітальну медичну допомогу дитячому населенню (1990–2018 рр.)

Найменування закладів	1990	2000	2010	2015	2016	2017	2018
Самостійні дитячі поліклініки	29	42	48	28 + 1 КДЦ	28 + 1 КДЦ	28 + 1 КДЦ	27 + 1 КДЦ
Дитячі спеціалізовані відділення в закладах, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу: інфекційні кабінети	244	289	302	204	197	202	201
— ортопедо-травматологічні	НД	294	315	216	211	209	203
— дитячі (відділення, кабінети)	3532	3282	2437	1044	1026	1035	1048
— лікувальної фізкультури	383	375	328	218	207	207	202

Примітки: НД — немає даних; КДЦ — клініко-діагностичний центр.

системи охорони здоров'я, передачею педіатричної служби медичного обслуговування дітей підліткового віку, переорієнтацією ПМСД на засади загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ), впровадженням стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

Моніторинг основних показників діяльності педіатричної служби свідчить про збереження доступності та профілактичної спрямованості первинної медичної допомоги дітям. Об'єктивним критерієм доступності медичної допомоги дитячому населенню є частота відвідувань лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та вдома. За даними моніторингу, сумарна кількість відвідувань лікарів (на прийомі та вдома) дітьми віком 0–17 років (включаючи відвідування до стоматологів та зубних лікарів) у 1990–2000 рр. становила 9,5–10 на 1 дитину на рік, частота звернень дітей з приводу профілактичних оглядів — 36–37 % [11]. Характерно, що ці показники вдається примножувати, незважаючи на зниження народжуваності та зменшення частки дітей раннього віку, які потребують більш інтенсивного нагляду. Так, кількість відвідувань дітьми у 2018 р. становила 82 274 912, зокрема в умовах закладів амбулаторно-поліклінічної допомоги — 74 249 931 і на дому — 8 024 981. Середня кількість відвідувань лікарів у рік на одну дитину загалом у 2018 р. становила 11,6 при орієнтовно нормативному показнику 11,3 з диспропорцією його від 7,88 у Закарпатській, 9,44 у Київській, 9,61 у Вінницькій, 9,83 у Волинській до 14,92 у Тернопільській, 14,6 у Харківській, 14,9 у Херсонській областях (табл. 2).

Однією з важливих ланок профілактичної роботи первинної медичної допомоги дітям і запорукою досягнення найвищого рівня фізичного здоров'я є розвиток немовлят і забезпечення грудного вигодовування. За даними надійних досліджень, винятково грудне вигодовування суттєво впливає на формування та збереження здоров'я дітей. Тому підтримка грудного вигодовування стала головним напрямком Глобальної стратегії щодо годування дітей грудного та раннього віку, прийнятої 55-ю Всесвітньою асамблеєю ВООЗ у 2002 р. в Женеві.

Демонструючи відповідальність і послідовність у виконанні міжнародних зобов'язань, Україна підтримала та приєдналась до виконання Глобальної стратегії щодо вигодовування грудних дітей та дітей раннього віку, а також відповідних подальших резолюцій всесвітніх асамблей охорони здоров'я з цих питань [15].

За даними офіційної статистики МОЗ України, відзначається достатня частота грудного вигодовування — частка дітей, які закінчили грудне вигодовування у три місяці, становила у 1990 р. 47,3 %, у 2000 р. — 50,1 %, у 2011 р. — 27,5 %, у 2014 р. — 27,30 % і у 2018 р. — 27,49 % (відношення шансів (ВШ) із 95% довірчим інтервалом (ДІ) — 0,41 (0,41–0,42)), а частка дітей, які закінчили грудне вигодовування у 6 місяців — 70,0; 61,5; 52,6; 54,91 і 56,19 % відповідно, ВШ з 95 % ДІ — 0,55 (0,55–0,56). При цьому у 2018 р. понад 35 % дітей закінчили грудне вигодовування у 3-місячному віці в Закарпатській, Харківській, Одеській та Київській областях, а понад 65 % немовлят першого року закінчили грудне вигодовування у 6 місяців (Сумська, Волинська, Черкаська і Чернігівська області). Достатньо активно проводилася робота щодо забезпечення грудного вигодовування немовлят лише у Житомирській області, де закінчило грудне вигодовування у 3 місяці 16,17 %, а у 6 місяців — 35,6 % (рис. 1).

Водночас вибіркові дослідження, проведені раніше, виявили вищі, ніж за даними МОЗ України, показники. Слід зазначити, що дані державної статистики не

Таблиця 2. Характеристика відвідувань дитячим населенням лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах та вдома (включаючи відвідування стоматологів та зубних лікарів, 2018 р.)

Регіони, області	Кількість відвідувань на 1 дитину	Кількість відвідувань лікарів на 1 дитину	Кількість відвідувань на 1 дитину вдома
Україна	11,60	10,47	1,13
Вінницька	9,61	8,95	0,66
Волинська	9,83	8,90	0,93
Дніпропетровська	11,17	9,91	1,26
Донецька	10,13	9,18	0,94
Житомирська	12,65	11,74	0,91
Закарпатська	7,89	6,84	1,05
Запорізька	11,93	10,86	1,07
Івано-Франківська	11,57	10,04	1,53
Київська	9,44	8,57	0,87
Кіровоградська	11,66	10,74	0,93
Луганська	13,52	12,43	1,09
Львівська	10,99	9,65	1,34
Миколаївська	13,40	12,37	1,02
Одеська	11,24	10,05	1,19
Полтавська	13,47	12,32	1,15
Рівненська	10,56	9,74	0,82
Сумська	12,39	11,76	0,63
Тернопільська	14,23	12,31	1,92
Харківська	14,59	13,30	1,30
Херсонська	14,92	13,41	1,51
Хмельницька	12,24	11,35	0,89
Черкаська	11,48	10,79	0,69
Чернівецька	12,47	11,05	1,43
Чернігівська	12,04	11,31	0,72
м. Київ	11,70	10,23	1,47

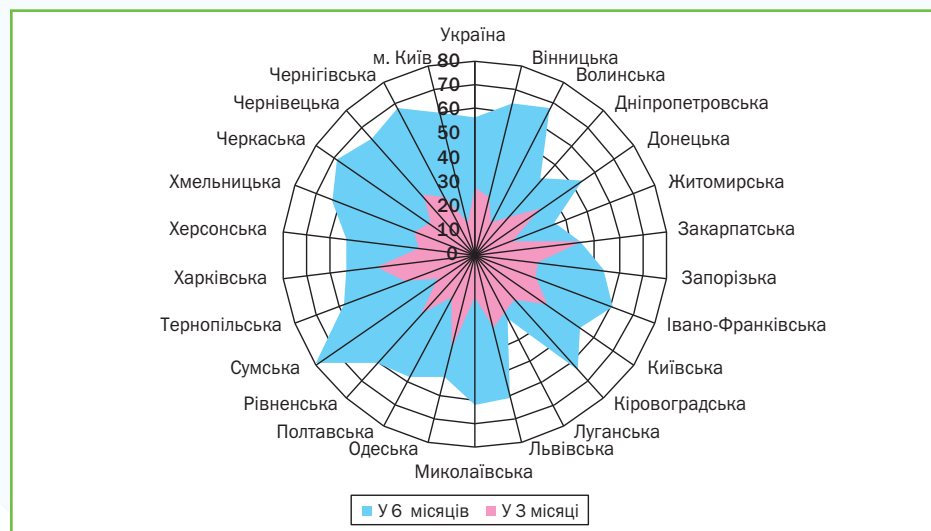


Рисунок 1. Характеристика грудного вигодовування немовлят на різних територіях України у 2018 р. (закінчили грудне вигодовування, %)

включають рекомендованих ВООЗ і необхідних для розробки стратегії охорони здоров'я дітей показників щодо частоти винятково грудного вигодовування при виписці немовлят з пологового стаціонару, у віці 6 місяців та охоплення грудним вигодовуванням дітей, які досягли одного року життя. Реально вплинути на обсяги охоплення дітей грудним вигодовуванням та його тривалість можна шляхом більш повного впровадження сумісного перебування матері та дитини, раннього прикладання новонародженого до грудей матері та винятково грудного вигодовування.

Важливим компонентом амбулаторної допомоги дитячому населенню є проведення профілактичних оглядів дітей як своєрідного барометра стану здоров'я населення і водночас дієвого показника діагностичної спроможності системи охорони здоров'я, зокрема, її первинної ланки, на плечі якої лягає основний тягар профілактичної роботи.

Профілактичні огляди — система заходів, спрямованих на виявлення ранніх стадій захворювань, коли вони ще не проявилися, а також своєчасна лікувально-

профілактична робота щодо збереження і зміцнення здоров'я. Періодичність і технологія проведення профілактичних оглядів регламентовані наказами МОЗ України від 20.03.2008 р. № 149 «Клінічний протокол медичного огляду за здоровою дитиною до 3 років» та від 16.08.2010 р. № 682 «Про здійснення медичного обслуговування учнів». На відміну від попередньої системи профілактичних оглядів дітей останніми роками зменшено частоту обов'язкових лабораторних аналізів крові, сечі, калу, оглядів спеціалістами педіатричного профілю; введено щорічну перевірку гостроти зору, слуху, постави та плантографії; передбачено розмежування долікарського та лікарського етапів, присутність батьків або інших законних представників при проведенні профілактичного огляду, можливість проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів, розташованих у сільській місцевості, медичними працівниками республіканських, обласних, центральних районних, міських лікарень, що забезпечують медичну допомогу дітям, на базі територіальних закла-

дів охорони здоров'я (ЗОЗ) II–III рівнів надання медичної допомоги за наявності в них умов для виконання цієї роботи.

Заданими державної статистики, упродовж останніх років повнота охоплення профілактичними оглядами дітей віком 0–17 років, які перебували під наглядом ЗОЗ, була достатньою, і в 1997 р. по Україні становила 95,2 %, у 2000 р. — 98,6 %, у 2010 р. — 98,3 %, у 2014 р. — 97,76 %, у 2018 р. — 97,96 %. При цьому повне охоплення профілактичними оглядами дітей забезпечено у Волинській, Полтавській і Харківській областях. Лише у Львівській, Сумській областях та м. Києві охоплення профілактичними оглядами дитячого населення було недостатнім — 91,55; 93,54 та 95,58 % відповідно.

За даними профілактичних оглядів відзначається різноспрямована динаміка патологічної ураженості дітей при всіх станах, які досліджувалися. В цілому за період суверенності України мала тенденцію до зниження лише частота дітей зі зниженням слуху з 2,0 на 1000 оглянутих дітей у 1990 р. до 1,73 у 2018 р., при максимальному значенні показника 2,3 у 2000 р. Найбільш високими були темпи приросту частоти дітей зі сколіозом — 82,62 %, порушенням постави — 39,1 %, дещо нижчими — з дефектами мовлення (13,46 %), зниженням гостроти зору (4,48 %) (рис. 2).

Як і в попередні роки, у 2018 році частота окремих видів виявленої патології також суттєво коливалася в розрізі регіонів: зниження гостроти слуху — від 1,04 на 1000 оглянутих у Луганській, 1,16 у Херсонській областях, 1,13 у м. Києві до > 2,3 у Сумській, Івано-Франківській, Рівненській областях; гостроти зору — від 32,4–36,79 у Чернівецькій, Волинській та Одеській до > 60,0 у Київській, Кіровоградській, Луганській областях; дефектами мовлення — з 10,94–12,79 у Вінницькій, Львівській, Чернівецькій та Одеській областях до 31,36 у Чернігівській, 27,04 у Полтавській областях; сколіозу — від менше ніж 10,0 у Херсонській, Чернігівській, Львівській і Мико-

лаївській областях до 23,6 у Полтавській, 20,45 у Вінницькій областях; порушення постави — від 21,01 у Чернівецькій, 23,82 у Львівській до 83,53 у Київській, 46,78 у Рівненській і 45,86 у Сумській областях. Значні коливання виявлено при профілактичних оглядах патології у дітей потребують додаткового вивчення їх причин профільними спеціалістами (табл. 3).

На розвиток патології суттєво впливають умови перебування дітей у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах. За даними проведеного науковцями України ситуаційного аналізу системи надання медичної допомоги дітям шкільного віку, уже в першому класі діагностуються відхилення з боку опорно-рухового апарату у 77 % школярів; носоглотки — у 25 %; нервової системи — у 30 %; органів травлення — у 30 %; алергічні прояви — у 25 %, а за період перебування в школі частота зниження гостроти зору зростає у 1,5 раза; порушення постави — у 1,5 раза; поширеність захворювань органів травлення — у 1,4 раза; хвороб ендокринної системи — у 2,6 раза [16].

В основі катастрофічного погіршення здоров'я лежить цілий комплекс соціально-економічних причин, серед яких не останню роль відіграють недосконалість сучасної системи медичного забезпечення дітей та підлітків; погіршення якості харчування; техногенні перевантаження через промислове забруднення навколишнього середовища; зменшення обсягу профілактичних програм в амбулаторно-поліклінічній ланці охорони здоров'я; зростання стресових ситуацій у повсякденному житті дітей; недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки школярів і дітей дошкільного та раннього віку із соціально неблагополучних сімей; відсутність ефективних освітніх програм, спрямованих на формування у дітей культури здоров'я, що сприяють їх гармонійному розвитку.

До збільшення різних видів патології у дітей призводить і реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів. Навчальний процес зазнає суттєвої інтенсифікації внаслідок оновлення форм і методів навчання, технічного переоснащення шкіл, створення нових моделей загальноосвітніх шкіл і навчально-виховних комплексів. Водночас навчальна діяльність не адаптується до особливостей розвитку і стану здоров'я сучасних школярів, педагоги мають недостатню підготовку з питань збереження і зміцнення здоров'я вихованців, все ще зберігається пасивна реакція сім'ї і самих дітей щодо власного здоров'я.

Згідно з даними моніторингу профілактичних оглядів, за період перебування дітей у дошкільних закладах і школах у них зменшується лише частота дефектів мови, але значно зростає частота іншої патології: сколіозів — у 21,6 раза, порушень постави — у 6,8, зниження гостроти зору — у 4,2, слуху — у 2,8 раза (рис. 3).

Високий рівень поширеності захворювань і виявленої патології серед дітей вказує на необхідність посилення як профілактичних заходів, спрямованих на запобігання виникненню патології у дітей, так і медико-соціальної допомоги, впровадження сучасних ефективних і водночас низьковитратних медико-організаційних технологій, що передбачено проектом Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності).

Профілактична спрямованість педіатричної служби оцінюється і за даними охоплення дітей специфічною імунопрофілактикою. Широкомасштабна реалізація програм імунізації за останні 30 років дає змогу досягти значних успіхів, які впливають на питому вагу інфекційних захворювань у структурі дитячої смертності.

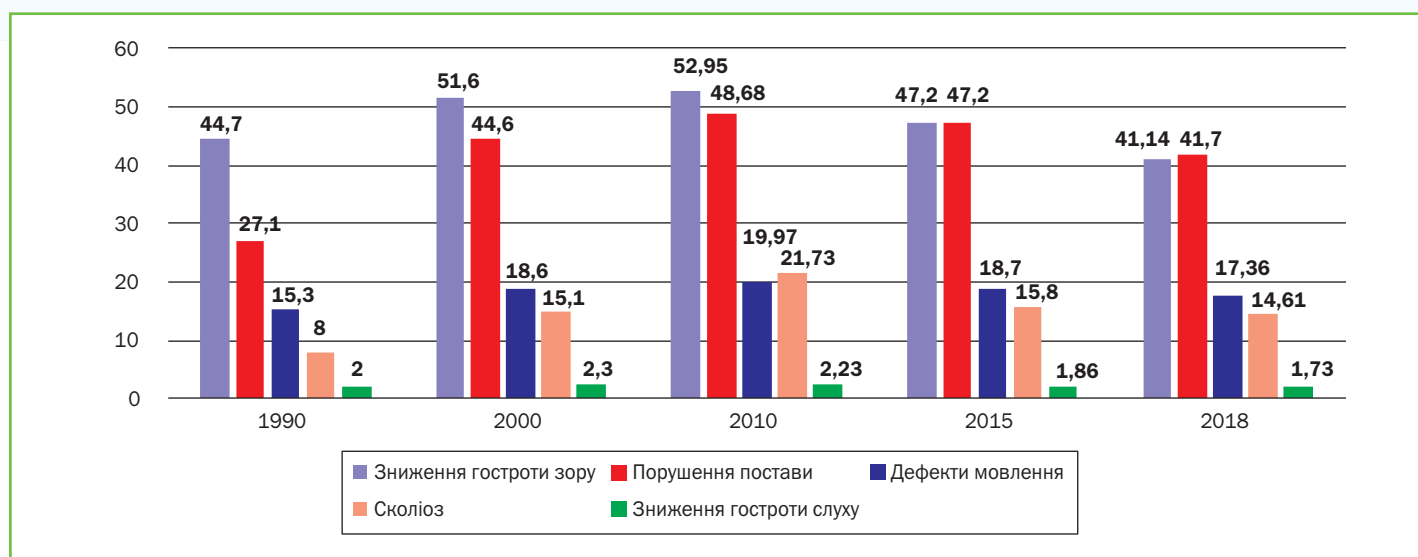


Рисунок 2. Результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років за 1990–2018 р. (на 1000 оглянутих)

Зараз доведено значний економічний ефект специфічної імунопрофілактики. Так, дослідження, проведені в 11 країнах Західної Європи, показали, що вартість лікування одного випадку захворювання на кір становить 209–480 євро, тоді як витрати на вакцинацію проти кору і контроль — 0,17–0,97 євро на людину.

За даними надійних досліджень, виражений епідемічний ефект відзначається лише при охопленні щепленнями не менше ніж 95 % населення. Вагоме

значення має і своєчасність імунізації, що оцінюється за показником охоплення вакцинацією у визначені календарем профілактичних щеплень терміни. Тому Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» від 21.10.2009 р. № 1658-VI визначено забезпечення не менше ніж 95% охоплення профілактичними щепленнями дітей до 1 року проти дифте-

рії, правця, кашлюку, гемофільної інфекції типу b, поліомієліту, БЦЖ, кору, краснухи, гепатиту В.

В Україні, починаючи з 1990 р., показник охоплення дітей, які досягли одного року, первинною вакцинацією проти туберкульозу, дифтерії, кашлюку, правця, гепатиту, поліомієліту, перевищував середній по країнах Європейського регіону ВООЗ і становив 98,0–99,0 %; було досягнуто достатньо напружений рівень популяційного імунітету, що сприяло стриму-

Таблиця 3. Регіональні особливості виявлення патології в дітей у 2018 р. (на 1000 оглянутих)

Найменування регіону, області	Повнота охоплення профілактичними оглядами	Кількість виявлених дітей				
		Зі зниженням гостроти слуху	Зі зниженням гостроти зору	З дефектами мовлення	Зі сколіозом	З порушенням постави
Україна	97,96	1,73	46,46	17,36	14,63	37,77
Вінницька	98,95	2,27	45,53	10,94	20,45	43,42
Волинська	100,00	1,49	36,09	15,02	10,29	31,32
Івано-Франківська	99,97	2,81	45,39	14,20	14,87	37,37
Київська	99,68	1,86	70,16	16,77	19,43	83,53
Кіровоградська	99,79	2,22	63,92	21,96	10,00	44,81
Луганська	96,05	1,04	60,59	22,73	16,72	32,82
Львівська	91,59	0,95	33,64	11,36	9,09	23,82
Миколаївська	99,31	2,19	41,74	22,68	9,14	28,27
Одеська	96,86	1,61	36,79	12,79	11,64	32,81
Полтавська	100,00	1,96	54,79	27,04	23,60	42,37
Рівненська	99,69	2,46	56,97	22,39	14,07	46,78
Сумська	93,54	2,99	54,91	21,99	17,32	45,86
Тернопільська	99,96	1,61	50,68	16,82	15,52	43,06
Харківська	100,00	1,71	56,39	18,52	17,82	34,57
Херсонська	98,57	1,16	51,96	36,18	7,75	38,95
Хмельницька	99,92	1,71	57,07	16,94	14,77	38,67
Черкаська	99,89	2,23	40,71	23,98	18,65	37,56
Чернівецька	99,62	1,72	32,40	12,55	11,88	21,01
Чернігівська	97,39	1,80	46,94	31,36	7,65	37,76
м. Київ	95,58	1,13	41,70	13,55	10,30	42,30

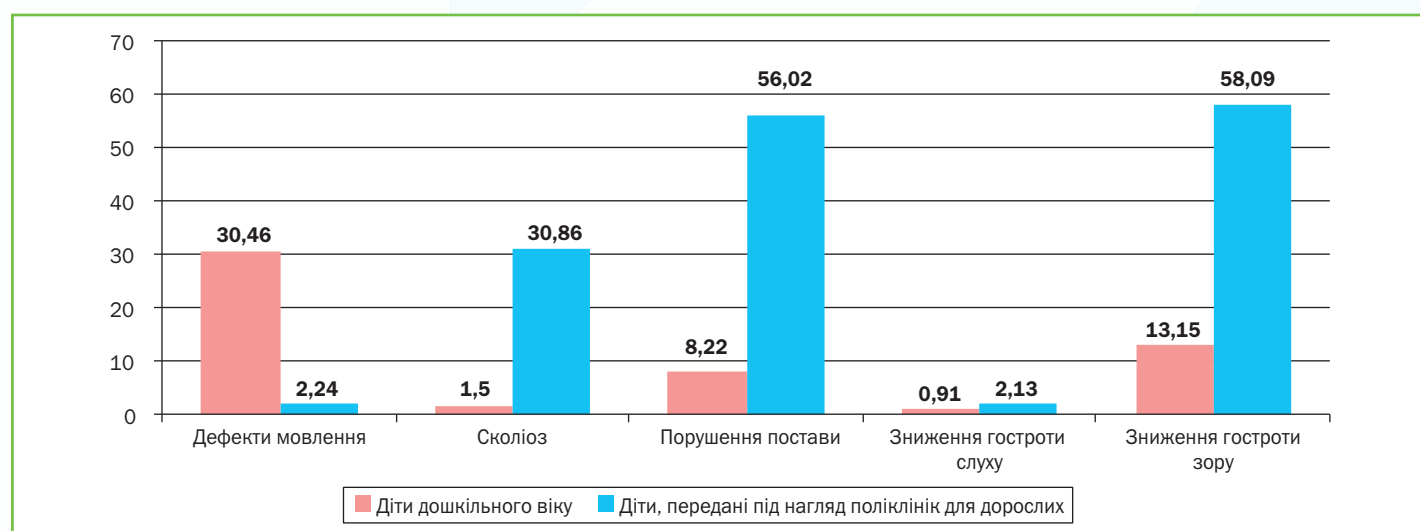


Рисунок 3. Частота виявленої патології у дітей дошкільного віку та тих, які передані під нагляд поліклінік для дорослих, у 2018 р. (на 1000 оглянутих)

ванню поширення інфекційних хвороб. Однак, починаючи з 2008 р., ці позиції були втрачені, й у 2017 р. охоплення дітей вакцинацією БЦЖ знизилася до 89,0 %, АКДП — 48,2 %, проти поліомієліту — 59,5 %, проти гепатиту В — 79,6 % [17]. Така ситуація зумовлена не послабленням діяльності ЗОЗ, а неповним і неритмічним забезпеченням імунобіологічними препаратами за рахунок державного бюджету.

Внаслідок накопичення значного невакцинованого прошарку серед населення (у 2016 р. вакцинацію проти кору отримали лише 45,5 % дітей, ревакцинацію — 30,2 %) в Україні склалася складна епідемічна ситуація щодо захворюваності на кір і черговий прогнозований епідемічний підйом захворюваності на кір, починаючи з 2017 р., суттєво відрізнявся від минулих років. У ці роки захворюваність зростала у десятки і сотні разів. Загалом у 2018 р. на кір захворіла 54 481 особа (20 204 дорослі та 34 277 дітей). Серед тих, хто захворів, 70 % — це не вакциновані. Випадки кору були зафіксовані по всій Україні [18]. Починаючи з 2017 р., поступово ситуація з вакцинацією проти кору почала покращуватися, і охоплення щепленнями проти кору в складі комбінованої вакцини (кір, паротит, краснуха) станом на кінець 2018 р. досягло 90 %.

Водночас зберігається низьке охоплення профілактичним щепленнями іншими вакцинами. Зокрема, станом на 1 січня 2019 року, охоплення щепленнями проти кашлюку, дифтерії, правця становило менше 70 %, вірусного гепатиту В — 65 %, гемофільної інфекції — трохи більше — 50 %, поліомієлітом — 70 %. Ці дані свідчать про потенційний ризик виникнення спалахів цих інфекцій, особливу загрозу являють можливі спалахи поліомієліту та дифтерії [19].

Важливою складовою діяльності закладів первинної медичної допомоги є організація лікувально-діагностичної роботи. Необхідність посилення медико-соціальної допомоги, впровадження сучасних ефективних і водночас низьковитратних медико-організаційних технологій зумовлена високим рівнем поширеності захворювань серед дітей та їх інвалідизації.

Загальновідомо, що на амбулаторну ланку ЗОЗ припадає близько 80 % медичної допомоги населенню. У педіатричній службі ця частка значно вища, оскільки стаціонарним лікуванням охоплюється протягом останніх років лише 11,4–11,7 % випадків хвороб, а в амбулаторних умовах — 88,6–88,3 %.

З позиції клініко-економічної доцільності надання медичної допомоги хворим є лікування в умовах денних стаціонарів, які зараз є однією із всебітньо визнаних стаціонарозамінних форм медичного забезпечення.

За даними зарубіжних і вітчизняних авторів, в умовах денних стаціонарів може бути проліковано понад 30 % хворих, які потребують стаціонарного лікування. За період 1997–2018 рр. забезпеченість ліжками денних стаціонарів для дітей збільшилася у 3,7 раза — з 1,9 на 10 тис. дитячого населення до 7,02 (3,9 у 2000 р.; 8,1 у 2010 р.; 6,6 у 2015 р. і 7,02 у 2018 р.).

У 2018 р. в усіх регіонах України розгорнуто 4976 ліжок денних стаціонарів, на яких проліковано 20,5 тис. дітей, що становить 28,8 на 1000 дитячого населення з коливанням у розрізі регіонів від 7,7 у Київській, 13,4 в Одеській до 64,8 у Чернігівській, 70,2 у Тернопільській областях, а забезпеченість ними становила 7,02 на 10 тис. дитячого населення і коливалася від 2,17–3,3 у Київській, Рівненській, Івано-Франківській, до 11,07–15,04 у Харківській, Луганській, Чернігівській та Чернівецькій областях (рис. 4).

Сучасні форми державної статистики не дають змоги повною мірою оцінити

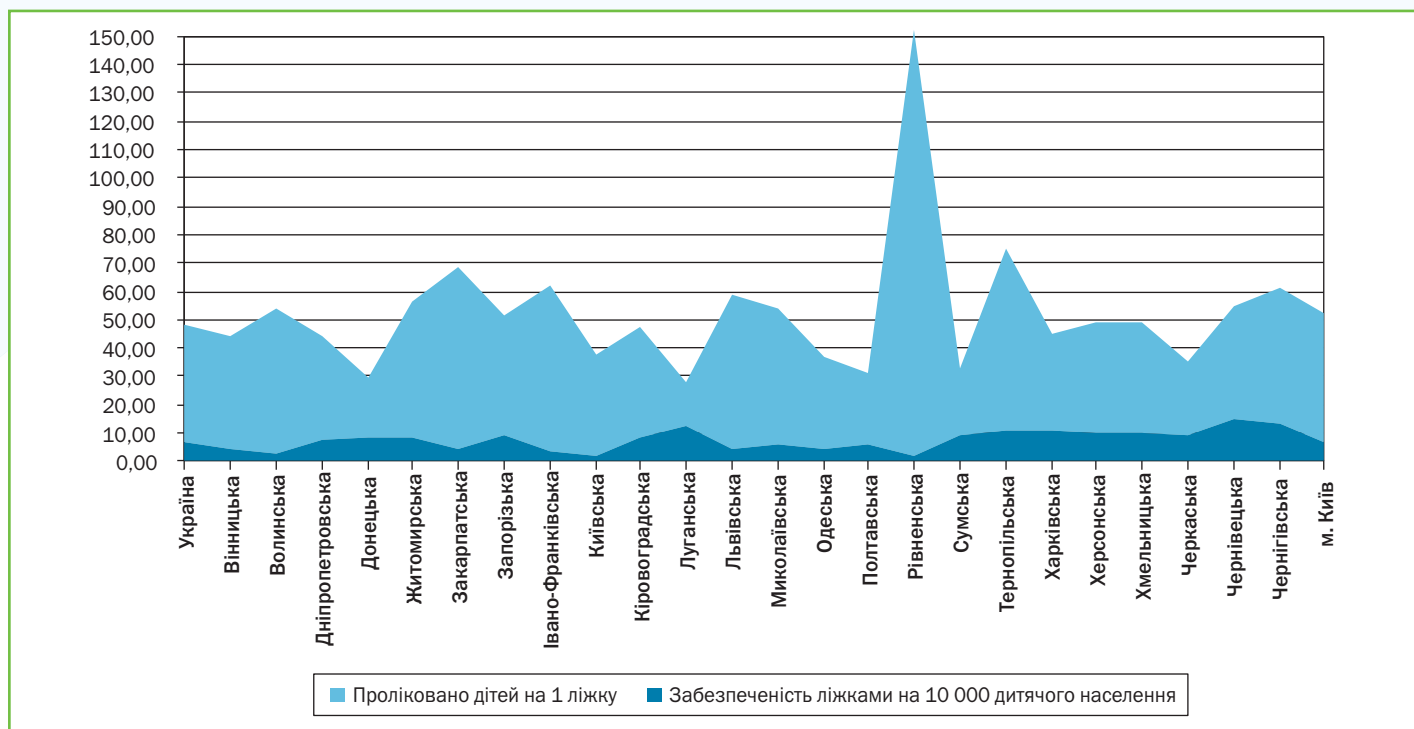


Рисунок 4. Характеристика роботи денних стаціонарів для дітей у 2018 р.

інтенсивність роботи ліжок денних стаціонарів. Однак навіть за показником середньої кількості пролікованих за рік на одному ліжку (41,18 в цілому по Україні) можна вважати інтенсивною роботу ліжок денних стаціонарів у переважній більшості регіонів і такою, що потребує посилення (менше ніж 25), — лише у Луганській (15,17), Донецькій (20,98), Сумській (23,49) та Полтавській (24,74) областях.

Фінансування медицини зараз здійснюється за принципом пріоритетності напрямків згідно з реформуванням медицини в країні. На 2019 рік зведений бюджет на охорону здоров'я в 2019 р. становить 95,8 млрд грн, що на 10 % більше, ніж у 2018 році. Пріоритетним напрямком є реформа первинної медичної допомоги; бюджет на оплату послуг первинної медичної допомоги за програмою медичних гарантій Національної служби здоров'я становить 15,3 млрд грн. Ці кошти включають оплату послуг за надання медичної допомоги жінкам та дітям.

ВИСНОВКИ

При несприятливій соціально-демографічній, політичній і економічній ситуації в Україні, тривалих воєнних діях закладам первинної медичної допомоги натомість вдалося забезпечити достатню доступність медичної допомоги дітям, за даними відвідувань лікарів, десятки додаткового охоплення дітей віком до 3 і 6 місяців грудним вигодовуванням, зберегти високий показник охоплення профілактичними оглядами дитячого населення всіх вікових груп при більш повному виявленні патологій та достатнє охоплення лікуванням дітей в умовах денних стаціонарів.

В умовах нових технологій і нових форм організації медичної галузі, з одного боку, і дефіциту фахівців педіатричного профілю, з іншого, прийнятною є комбінована модель співпраці сімейних лікарів і педіатрів. У містах України та населених пунктах зі зна-

чною чисельністю дитячого населення доцільно зберегти педіатричну систему, а в сільській місцевості залишити комбіновану систему надання медичної допомоги дітям у первинній ланці охорони здоров'я.

Охорона здоров'я дітей має бути визначена як пріоритетний напрямок для забезпечення ефективного фінансування цієї важливої галузі медицини, посилення уваги до відтворення населення та збереження здоров'я покоління, що народжується. На цьому шляху розробка та впровадження державного плану дій «Здоров'я дітей — старт на все життя» буде суттєвим внеском у покращення демографічної ситуації в країні та здоров'я дитячого населення.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті. ■

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Здоровые дети — лучшая инвестиция в будущее [Электронный ресурс]. 2012 квітень 12. Режим доступу: <https://100spravok.ru/consulting/zdorovye-deti-luchshaja-investicija-v-buduxchee.html>
2. Моисеенко Р.О., Дудіна О.О., Гойда Н.Г. Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей в Україні за період 2011–2015 роки. *Сучасна педіатрія*. 2017 квітень 23. 2(82). 7–27. Доступно: <https://med-expert.com.ua/ua/analiz-stanu-zahvorjvanosti-ta-poshirenosti-zahvorjvan-u-ditej-v-ukraini-za-period-2011-2015-roki/doi/10.15574/SP.2017.82.17>
3. Антипкін Ю.Г., Резниченко Ю.Г., Ярцева М.О. Вплив факторів навколишнього середовища на стан здоров'я дітей раннього віку. *Перинатологія і педіатрія*. 2012, лютий 21. 1(49). 48–51. Доступно: http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/images/fond_publications/perinatologiya-i-pediatriya/perinatologiya-i-pediatriya_2012_1.pdf
4. Дудіна О.О., Слабкий Г.О., Моисеенко Р.О., Педан В.Б., Жилка Н.Я., Бринь Г.О., Осташко С.І. Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні. Ч. II. Забезпечення принципу соціальної справедливості щодо здоров'я дітей та підлітків. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2008, квітень 12. 2. 9–16. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2014_2_13
5. Антипкін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г., Березенко В.С., Моисеенко Р.О., Виговська О.В. та ін. Стан здоров'я дитячого населення — майбутнє країни. Ч. I. Здоров'я дитини. 2018, квітень 11. 13(1). 1–11. Доступно: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-34652/doi/10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059>
6. Хвусюк О.М., Цодікова О.А., Розжнов О.О. Як зберегти та покращити амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям у мегаполісі на етапі реформування галузі. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2015, березень 23. 1. 6–12. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno_2015_1_3
7. Гойда Н.Г., Корицький Г.И. Концепція реформування педіатричної служби в Тернопільській області. *Український медичний часопис*. 2013, січень 25. 4(96). 135–138. Доступно: <https://www.umj.com.ua/article/62995/koncepciya-reformuvannya-pediatrichnoi-sluzhbi-v-ternopilskij-oblasti>
8. Лисенко Р.І., Слабкий Г.О., Закревська О.О. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики — сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2003 лютий. 2. 18–20. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2013_2_7
9. Крючко Т.О., Кушнарєва Т.В., Вовк Ю.О. Роль педіатра в реформуванні охорони здоров'я. *Сімейна медицина*. 2015 січень. 6(62). 147–149. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_6_44
10. Майданник В.Г. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні. *Здоров'я України*. 2015 березень 27. 19(1). Доступно: <http://health-ua.com/article/17940-suchasn-problemi-ta-perspektivi-rozvitku-pedatrv-ukran/>
11. Підасв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Панорама охорони здоров'я населення України. К.: Здоров'я, 2003. 396 с. Доступно: <http://www.nbuv.gov.ua/node/284>
12. Tenore A. 4th Global Pediatric Summit: Exploring Standards for Training, Assessment, and Physician Accreditation. 2012 April. 25–26. P. 42. Available from: <https://global.pediatricsconferences.org/>
13. Результати 13-го Конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії». 2016. Доступно: <https://nmuofficial.com/news/xiii-zyizd-pediatriv-ukrayiny-aktualni-problemy-pediatriyi/>
14. Сенаторова Г.С., Чайченко Т.В., Шипко А.Ф. Стратегія реформації організації педіатричної допомоги населенню на сучасному етапі. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2014 квітень 24. 3(13). 15–19. Доступно: <http://neonatology.bsmu.edu.ua/article/view/2413-4260.IV.3.13.2014.3/32409>
15. Глобальна стратегія по питанню дітей грудного і раннього віку. *Матеріали 55-ї сесії Всесвітньої асамблеї здравоохорони*. Женева: ВОЗ, 2002. Доступно: https://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_rus.pdf
16. Моисеенко Р.А., Квашина Л.В., Залеская В.В., Педан В.Б. Ситуаційний аналіз системи оказания медичної допомоги дітям шкільного віку в Україні. К.: МОЗ України, 2009. 45 с. Доступно: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/>
17. Щорічна доповідь «Про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік». МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К.: МВЦ «Медінформ», 2018. Доступно: <https://library.gov.ua/shhorichna-dopovid-pro-stan-zdorovya-naselemnya-sanitarno-epidemichnu-syutatsiyu-ta-rezultaty-diyalnosti-sistemy-ohorony-zdorovya-ukrayiny-2017-rik/>
18. МОЗ України: У 2018 році на кір захворіли понад 54 тисячі українців. Зупинити поширення хвороби може лише вакцинація. *Електронний ресурс*. 2018. Доступно: <https://moz.gov.ua/article/news/u-2018-roci-na-kir-zahvorili-ponad-54-tisjachi-ukrainciv-zupiniti-poshirennya-hvorobi-mozhe-lishe-vakcinacija>
19. Охоплення щепленням. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Електронний ресурс. Доступно: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvorjyuvan/imunizacija/okhoplennya-sheplennyami> ■

ПСИХИЧЕСКИЕ ЭПИДЕМИИ СРЕДНИХ ВЕКОВ



ОПАРИН А.А., президент Украинской академии истории медицины, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии, ревматологии и клинической фармакологии Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Средневековая эпоха в Западной Европе ознаменовалась не только двумя пандемиями чумы, буквально потрясшими весь средневековый мир и уничтожившими почти треть населения Европы, не только эпидемиями проказы, ставшими вообще одним из отличительных знаков данной эпохи, но и необыкновенными, доселе невиданными пандемиями весьма необычных и странных нервно-психических расстройств, оказавших влияние на все без исключения сферы жизни средневекового общества. Так, «кроме страшных эпидемических болезней, уносивших в Средние века бесчисленное количество жертв, много страдало население тогдашних городов и деревень от своеобразных вспышек религиозного экстаза. Крайнее религиозное воодушевление, выражавшееся в диких, необыкновенных проявлениях, иногда охватывало народные массы» [11, с. 86]. Среди этих необычных расстройств психики, аналогии которым мы не находим в другие эпохи, мы можем выделить несколько основных.

ПЛЯСКА СВ. ВИТТА

Первое появление этого необычного массового заболевания или психоза относится к 1021 году, когда в монастыре в Дессау во время совершаемого священником Рупрехтом в ночь на Рождество служения присутствовавшие на нем крестьяне пустились в зловещий неопределимый пляс. Эти танцы напоминали беспорядочные конвульсивные движения [2, с. 129]. В 1278 году в Утрехте на Мозельском мосту в странный пляс ударилось такое количество людей, что обрушился сам мост. Летом 1374 года из Аахена отправилась целая толпа мужчин и женщин, постоянно пляшущих и кричащих и в таком состоянии заходивших в церкви, где продолжали свои пляски, находясь в состоянии полного иступления. Причем останавливались они только тогда, когда падали в изнеможении. Люди при этом уверяли, что они стоят в потоке крови, тонут в бездне своих грехов, что и вынуждает их прыгать так высоко. Вскоре эта болезнь охватила многочисленные города Европы. К примеру, только в Кельне насчитывалось 500 таких больных, в Меце — 1000 и несколько сотен больных в Страсбурге [15, ч. 2, с. 510-511].

Кстати, из Страсбурга их отправили на лечение в часовню св. Витта города Цаберна, откуда и пошло название этого необычного состояния — пляска св. Витта. Внешне оно чем-то напоминало заболевание, известное сегодня под названием хорей, но, в отличие от него, носило массовый характер и не имело всех других как патогенетических, так и клинических его проявлений. Примечательно, что начало вспышек этого заболевания всегда отмечалось тогда, когда средневековая церковь совершала особые призывы к покаянию и, главное, внедряла особые практики для покаяния [15, ч. 2, с. 510-511].

Что это были за практики, мы рассмотрим чуть ниже, когда познакомимся с другими проявлениями необычных нервно-психических расстройств эпохи Средневековья.

ТАРАНТИЗМ

Данный вид массовых психических расстройств, получивший широчайшее распространение в XIV–XVI веках в Германии, Италии, Нидерландах, был обусловлен навязчивой идеей возможного или уже случившегося укуса пауком тарантулом, от смертельного исхода которого якобы мог охранить только особый, специально созданный для этого танец — тарантелла. Свое название танец получил от имени паука, а тот, в свою очередь, — от названия итальянской провинции Таранто, где этих пауков встреча-



лось особенно много. Начиная танцевать тарантеллу, люди впадали в неистовство, затем видели галлюцинации, что сменялось судорогами, за которыми следовала частичная или полная амнезия. Причем в пляс люди пускались даже помимо своей воли.

Как и в случае с пляской св. Витта, тарантизм до сих пор необъясним с медицинской точки зрения.

ЛИКАНТРОПИЯ

Данный вид психического расстройства представлял собой веру в возможность превращения человека в того или иного зверя, как правило, волка или кошку. Он был известен и в античное время, но никогда не имел такого распространения, как в Средневековье. Тогда же была распространена молва о том, что с помощью особой мази можно обрести способность превращаться в волка. Люди натирались такой мазью, похищали детей, затем съедали их и, отловив волчиц, совокуплялись с ними [2, 13].

В Средневековье эта болезнь «людей-оборотней» приобретает характер почти эпидемии [15, ч. 2, с. 512].



ДЕТСКИЕ ПСИХОЗЫ

Особое место среди психических заболеваний эпохи Средневековья занимают массовые детские психозы, возникающие опять-таки на религиозной или, точнее, суеверной почве [15, ч. 2, с. 511-512].

Фанатичный экзальтированный энтузиазм, охвативший общество в период крестовых походов, коснулся и детей. Под влиянием церкви «по деревьям и мосткам распространилась вздорная мысль, что невинные дети сумеют скорее добиться от Всевышнего той милости, которая никак не давалась в жадные руки взрослых грешников» [10, с. 204].

«Во Франции и Германии это настроение вызвало прежде всего очень печальную неурядицу. В июне 1212 года в одной деревне близ Вандома явился мальчик-пастух по имени Стефан, который объявил, что он посланец Бога и призван стать предводителем и снова завоевать христианам Обетованную землю; море должно было высохнуть перед войском духовного Израиля. Он прошел по всей стране и везде вызвал бурное воодушевление своими речами, а также и чудесами, которые он совершал на глазах тысячи очевидцев. Вскоре во многих местностях появились мальчики в качестве крестовых проповедников. Они собирали вокруг себя целые толпы единомышленников и вели их со знаменами, крестами и торжественными песнями к чудесному мальчику Стефану. Если кто спрашивал молодых безумцев, куда же они идут, то получал в ответ, что они отправляются за море к Богу. Их родители, которые хотели удержать мальчиков от их предприятия, ничего не могли сделать, тем более что народная масса ждала от этого крестового похода великих дел и резко порицала тех, кто думал иначе, за то что они не понимали ваяния Святого Духа в детях, которые уже одной своею непорочностью казались призванными снова возратить Святой Гроб, потерянный из-за греховности их предков. Наконец, король Франции попробовал подавить эту бессмыслицу, серьезно приказав юным глупцам вернуться домой. Часть их последовала этому при-

казу, но большинство не обратило на него внимания, и скоро в это фантастическое предприятие были вовлечены и взрослые. К нему пристали священники, ремесленники и крестьяне, но вместе с ними также оставили родину, наконец, даже женщины и девушки. Поход возрастал все сильнее; во главе его был мальчик-пастух на колеснице, увешанной коврами, окруженный телохранителями, а за ним до 30 000 пилигримов и пилигримок. Когда толпа достигла Марселя, то два торговца рабами, как говорят, вызвались перевезти в Сирию этих «поборников Христа» за «воздаяние Божие». Они отплыли на семи кораблях, два из них потерпели крушение при острове Сан-Пьетро близ Сардинии, а пять остальных привели в Египет и продали там пилигримов как рабов» [17, с. 366-367]. Главе и вдохновителю этого движения пастушку Стефану было всего 12 лет! [31, т. 5, с. 167].

Вскоре в Германии повторился подобный массовый пример психоза детей на религиозной почве, когда 20 тыс. мальчиков и девочек, несмотря на мольбы родителей, оставив свои семьи, без пропитания и теплой одежды двинулись из Германии на Восток, но вскоре погибли и умерли от голода большей частью во время перехода через Альпы [17, с. 368]. Во главе этого движения стоял десятилетний мальчик Николай [31, т. 5, с. 167].

Этот детский религиозный психоз был спровоцирован духовством умышленно. Причем здесь был не только фанатизм, но и расчет, так как огромная партия детей была продана на Восток, а посредниками в работоторговле выступали итальянцы — венецианцы. Так фанатизм одних приносил доходы другим [31, т. 5, с. 168].

Потом это движение детей будет использовано папством и в новых призывах, обращенных уже к взрослому населению Европы, вновь двинуться на Восток. Папа Иннокентий III писал о детском крестовом походе: «Они пристыдили нас. Они устремились в путь ради возвращения Святой земли, а мы спим» [31, т. 5, с. 168].

Крупнейший историк медицины профессор С.Г. Ковнер писал: «Детские крестовые походы XIII века, несомненно, историко-патологическое явление, вид помешательства, вызванный к жизни религиозным воздействием на детское воображение, хотя для целей, вовсе не религиозных» [15, ч. 2, с. 512].

ПРОЦЕССЫ ПРОТИВ ЖИВОТНЫХ

Одной из самых странных и одновременно самых жестоких в своей дикости страниц эпохи Средних веков являются уголовные и гражданские процессы против животных, первые из которых относятся к XII веку, но наивысшее распространение получают в XV–XVI веках, как

и другие психические пандемии. «Сущность этих процессов заключается в том, что животные рассматриваются как вполне сознательные существа, сознающие то, что они делают, и обязанные поэтому ответственность, подобно людям, на основании общих законов за всякое совершенное ими преступление и за всякий причиненный ими имущественный вред. Животные-подсудимые привлекаются к уголовной ответственности, они подвергаются допросу, их обвиняет прокурор и защищает защитник, они судятся и осуждаются на основании законов» [12, с. 5]. Животных в целях дознания подвергали пыткам и при этом их крики расценивали как признание своей вины [12, с. 10]. Животных подвергали казням через повешение, через побитие камнями, четвертование или сожжение на костре [12, с. 10, 11]. Казни животных, так же как и еретиков, проходили открыто в присутствии народа на городской площади под звон колоколов [12, с. 11].

«Эти процессы против животных и сопровождающее их отлучение от церкви были связаны со средневековой демонологией и верой в оборотней. Существовало убеждение, что дьявол охотно и чаще всего принимает вид животного: сам принимает вид какого-либо животного, чтобы вредить, и также обращает в животных людей, в которых он поселился или которые вступили с ним в связь. Эти оборотни бегали по деревьям, пожирая детей и домашних животных. Еще св. Августин сообщает, что в его время были некоторые трактирщики, которые давали своим посетителям какие-то снадобы в сыре и таким образом превращали их в животных. Также Фома Аквинат утверждал эту же возможность. На этом основании против животных делались заклинания. Этими воззрениями средневековых людей объясняется распространение на животных светских наказаний и церковных отлучений» [12, с. 52-53]. Особенно много в Средние века сжигали кошек, которых считали животными, в которых наиболее часто вселяются демоны. Кстати, с массовым истреблением кошек связано засилье в средневековых городах мышей и крыс, являвшихся переносчиками очень многих заболеваний, и в первую очередь чумы.

ОХОТА НА ВЕДЬМ

Но среди психических эпидемий Средневековья на первом месте стоит, безусловно, охота на ведьм. Вся эпоха Средневековья пронизана оккультизмом. Причем церковь не столько боролась с ним (кстати, и методы этой борьбы, как мы увидим ниже, были весьма своеобразны), сколько поднимала в глазах людей его авторитет и силу. «Вероятно, в истории человечества нет главы более отталкивающей, чем та, где рассказывается о дикой вере в колдовство и о безжалостных наказаниях за него в Западной Европе в век перед началом Реформации и последующее время. Во второй половине XIV века церковь и общество панически устремились на ведьм, и христианский мир вдруг мгновенно наполнился одержимыми, подчиняющимися непреодолимому влиянию сатаны. Эта мания из Рима и Испании распространилась в Бремен и Шотландию. Папы, юристы, врачи и деятели церкви всех уровней призывали к репрессивным мерам против ведьм, а протестовали в Средние века только жертвы, подвергаемые пыткам и погибающие на костре» [31, т. 6, с. 327].

Ведущий богослов средневековой церкви Фома Аквинский прямо писал «о сожительстве людей с бесами как о реальности, а также утверждал, будто старухи взглядом могут передать молодым некое злое влияние» [31, т. 6, с. 329].

По благословию папы пишущие целые трактаты об общении людей с бесами и о методах выявления этого. Так, в 1486 году монахами-доминиканцами инквизиторами Генрихом Инститорином и Якобом Шпренгером, занимавшими видное место в ордене и в Кельнском университете, на основании буллы папы Иннокентия Восьмого создается труд «Молот ведьм» [32], в котором авторы подробней-

шим образом раскрывают виды колдовства и методы по обнаружению ведьм [31, т. 6, с. 330-332]. Эта книга была по праву названа «самым мощным орудием суеверия, когда-либо созданным людьми».

«Из всех разделов этого учебника особо печальной славой пользуется оценка, которую авторы дают женщинам. Если кто-то еще считает, что безбрачие — верный путь к чистоте мыслей, пусть прочтает, что говорят о женщине и браке эти средневековые авторы, священники и монахи, сами соблюдавшие целибат и, предположительно, хранившие целомудрие. Их нечестивые выражения свидетельствуют о греховности помыслов и речей. В самом заглавии, *Malleus maleficarum*, используется слово женского рода «ведьма», потому что, по мнению авторов, именно женщины особо тяготеют к одержимости и ко вступлению в отношения с бесами. Мнение авторов резко контрастирует с современным представлением о религиозности женщин. Они даже производят слово *femina*, «женщина», от *fe* и *minus*, то есть *fides minus*, «меньшая вера». Они заявляют, что слезы, обман и коварство — сама суть женской природы. Женщина обманывает, так как она сотворена из ребра Адама, а оно было изогнуто.

Длинная глава посвящена доказательству того, что женщины хуже мужчины. Ее союз с бесами описывается с явным удовольствием. В древние времена, утверждают авторы, сожительство с бесами происходило против воли женщины, но теперь оно происходит с ее полного согласия и даже при пылком желании с ее стороны. Авторы благодарят Бога за то, что они мужчины. Немногие представители их пола, говорят они, соглашаются на столь непристойные отношения с бесами — в пропорции один мужчина на десять женщин» [31, т. 6, с. 327]. Вот что дословно пишут эти инквизиторы о женщинах: «Женщина скверна по своей природе... почти все государства были разрушены из-за женщин... из-за ненасытности женщин к плотским наслаждениям человеческая жизнь подвержена неисчислимому вреду... женщина — скрытый, лютый враг... По природе женщина лжива. Их сердце тенета, т.е. неизмерима злоба, господствующая в их сердце» [33, с. 124-126].

Поводом для заключения «ведьм» под стражу могли служить следующие примеры: «Дурно ославленная старуха, поссорившись с соседом, посулила ему, что так ему это не пройдет, и у соседа вскоре пала скотина» — достаточный повод для возбуждения против старухи уголовного преследования. «Две дурно ославленные старухи после сильного грядобития между собой толковали: да, это, может, еще не последний град; может, будет и еще хуже» — следователь считает необходимым заключить старух в тюрьму» [28, с. 9].

Часто для подозрения в сношениях с дьяволом было достаточно следующего. «Такого-то соседа обыватели заподозрили в сношениях с нечистым потому, что у него «уж очень подходящий для этого цвет лица»; другого потому, что он все ходит скучный; третьего потому, что у него в доме постоянно случаются несчастья и дети хворают какими-то странными болезнями; четвертого, напротив, потому, что все ему уж чересчур удается. Один вводил своих соседей в соблазн тем, что никогда в жизни не носил четок, другой, напротив, казался подозрительным, несмотря на то что он очень прилежно посещал церковь: «Кабы в церкви было дело! В церковь-то ходят все ведьмы» [28, с. 11-12].

«Во многих местах дошло до того, что богобоязненные христиане перестают ходить на богослужение, прячут свои четки и боятся проявлять свое благочестие, чтобы не показаться набожнее других, ибо кто этого не остерегается, на того возводится обвинение в ведовстве. В некоторых местах сами священники не смеют совершать таинство Преосуществления каждый день. Если же они это и делают, то потихоньку, так как иначе их тоже легко заподозряют в ведовстве» [28, с. 12].

Создается даже классификация ведьм. «Одни в своих преступных деяниях пользуются естественными средствами, как яды; другие знают магические слова и знаки; третьи, как люди, занимающиеся некромантией, зовут к себе на помощь нечистую силу, но не предаются ей вполне; и, наконец, четвертый вид образует настоящих ведьм, которые отрекаются от Бога и признают своим повелителем сатану» [28, с. 14-15].

Для того чтобы подтвердилось, что данная женщина является ведьмой, было достаточно ее собственного признания, пусть даже и добытого в результате зверских пыток или показаний двух свидетелей [28, с. 15]. При этом инквизиторы писали, что даже при наличии свидетелей обвиняемая обязательно должна сознаться и сама. «По закону никто не может быть присужден к смертной казни, если он сам не сознался в преступлении, хотя бы улики и свидетели и доказывали его еретическую извращенность. О таких обвиняемых и идет здесь речь. Чтобы добиться признания, такая ведьма подвергается пыткам» [33, с. 295].

Понятно, что при такой постановке вопроса любая была обречена быть обвиненной в сношениях с нечистой силой. Еще одним из признаков одержимости было определение якобы запаха серы, шедшего изо рта подозреваемой [2, с. 121].



«Молот ведьм». Титульный лист Лионского издания 1669 года

Итак, «монахи-инквизиторы, заполучив подозреваемую в свои руки, брили все ее тело наголо, и особенно интимные места, так как считалось, что бесы кроются именно там. И после этого приступали к пытке каленым железом, так как считалось, что она самая эффективная по дознанию в одержимости. Считалось, что если несчастная может удержать раскаленное железо в руках и пройти с ним несколько шагов, то она невиновна. Понятно, что таких практически не находилось [32, т. 6, с. 333].

Ведущие юристы того времени прямо писали, что «пытка может быть повторяема неоднократно... Судья тем более вправе пускаться против ведьм в ход особенно жестокую пытку, что при них всегда состоит дьявол, помогающий им выдерживать мучения» [28, с. 17]. При этом инквизиторы писали о необходимости дифференцированного «лечения» пытками этих несчастных. Так, инквизиторы Шпренгер и Инститорис вот что пишут об этом: «Как не все болезни лечатся одним и тем же лекарством, а для каждой имеются определенные лекарства, так и не ко всем еретикам и не ко всем подозреваемым в ереси надо подходить одинаково при постановке вопросов, при инквизиции против них и при допросах. В зависимости от секты и личности обвиняемого видоизменяется и форма расследования. Судья, как умный врач, стремящийся отсеять дряхлые и больные члены и отделять паршивых овец от здоровых, должен наперед знать, что

обвиняемая зачастую обладает колдовским искусством упорно замалчивать правду при допросах. Сломить это упорство не представляется возможным одним каким-либо средством» [33, с. 299].

При этом эти же инквизиторы рекомендуют своим коллегам, как им самим не испытать на себе силу ведьм: «Судье и заседателям надо обратить внимание и на то, чтобы ведьма к ним не прикасалась, в особенности не дотрагивалась до запястья их рук. Для предохранения себя им во всяком случае надлежит носить у себя на шее соль, освященную в Вербное воскресенье, и освященные же травы, а также воск. Ведь ведьма способна навести порчу не только прикосновением, но и дурным взглядом и словом» [33, с. 300]. Как видим, в этих рекомендациях четко прослеживается откровенная магия, которой было пропитано все мышление инквизиторов.

Инквизиторы разрабатывают методы выявления ведьмы в зависимости от ее поведения: «Если обвиняемая вела дурной образ жизни, это, разумеется, доказательство ее связи с дьяволом; если же она была благочестива и вела себя примерно, то ясно, что она притворялась, дабы своим благочестием отвлечь от себя подозрение в связи с дьяволом и в ночных путешествиях на шабаш. Если она обнаруживает страх, то ясно, что она виновна; совет ее выдает. Если же она, уверенная в своей невинности, держит себя спокойно, то нет сомнений, что она виновна, ибо ведьмам свойственно лгать с наглým спокойствием. Если она защищается и оправдывается против возводимых на нее обвинений, это свидетельствует о ее виновности; если же в страхе и отчаянии от чудовищности возводимых на нее поклепов она падает духом и молчит, это уже прямое доказательство ее преступности» [28, с. 19-20].

«Если несчастная женщина на пытке от нестерпимых мук вращает глазами, для судей это значит, что она ищет своими глазами своего дьявола; если же она с неподвижными глазами остается напряженной, это значит, что она видит своего дьявола и смотрит на него. Если она находится в себе силу переносить ужасы пытки, это значит, что дьявол ее поддерживает и что необходимо терзать еще сильнее. Если она не выдерживает и под пыткой испускает дух, это значит, что дьявол ее умертвил, дабы она не сделала признаний и не открыла тайны» [28, с. 20].

Другим методом по выявлению одержимости был следующий. Женщину кидали в реку с моста, и если она выплывала, то считалась одержимой и подлежала сожжению, а если тонула в реке, то объявлялось, что одержимой и виновной она не была [23, с. 37].

При этом средневековые церковные юристы лицемерно говорили в ответ тем, которые утверждали, что может быть обвинена невинная в союзе с нечистой силой: «Господь по неизмеримой Своей благодати Сам никогда не попустит, чтобы при искоренении ведьм легко могли пострадать невинные» [28, с. 21].

Гонения на так называемых ведьм приобрели широчайший размах. Только в одной Испании было сожжено 30 тысяч женщин [28, с. 26-27, 197].

Всего через год после выхода буллы Иннокентия Восьмого в одной только епархии Кома в Италии был сожжен 41 человек по обвинению в колдовстве. «В Савойе сжигают 80 ведьм, в Тулузе — 40 и почти столько же в Авиньоне. В 1580 году начинается большая эпидемия в Лотарингии, где судья Николай Реми приказывает сжечь более 900 ведьм и колдуний, тогда же Богэ сжигает 600 в Сен-Клу, а де Ланкр — в стране басков. Здесь мы встречаем массу приговоренных к смерти детей, о которых Богэ говорит, что ввиду несовершеннолетия преступников их не следует сжигать живыми, а душить после того, как они почувствуют силу огня» [23, с. 44]. Общее число сожженных по этой статье исчисляется десятками тысяч. В среднем «доминиканцы сжигали более 1000 ведьм в год» [23, с. 43].

Психические помешательства на почве фанатичной веры во всемогущее колдовство и изуриющих религиозных практик охватывают массово и монастыри. «Первая большая эпидемия такого рода произошла в Мадридском монастыре. Почти всегда в монастырях — и главным образом в женских обителях — религиозные обряды и постоянное сосредоточение на чудесном влекло за собой различные нервные расстройства, составляющие в совокупности то, что называлось бесноватостью. Мадридская эпидемия началась в монастыре бенедиктинцев, игуменье которого, донна Тереза, тогда исполнилось всего 26 лет. У одной монахини вдруг стали случаться странные конвульсии. У нее внезапно начались судороги, мертвели и скрючивались руки, изо рта шла пена, все тело изгибалось в дугу наподобие арки, опиравшейся на затылок и пятки. По ночам больная издавала страшные вопли, и под конец ею овладевал бессвязный бред. Несчастная заявила, что в нее вселился демон Перегрино, который не дает ей покоя. Вскоре демоны овладели всеми монахинями, за исключением пяти женщин, причем сама донна Тереза тоже стала жертвой этого недуга. Тогда в обители начались неопишутельные сцены: монахини по ночам выли, мяукали и лаяли, заявляя, что они одержимы одним из друзей Перегрино» [23, с. 44-45]. Затем был монастырь Луденских урсулинок, где «в некоторых случаях монахини впадали в каталептическое состояние, в других они переходили в сомнамбулизм и бредили в состоянии полного автоматизма. Они всегда чувствовали в себе присутствие злого духа и, катаясь по земле, произнося бессвязные речи, проклиная Бога, кощунствуя и совершая возмутительные вещи, утверждали, что исполняют его волю» [23, с. 48]. После чего подобные эпидемии пронеслись по десяткам монастырей. Демонам стали присваивать различные имена, создавать различные классификации, что еще более способствовало популяризации демонологии в умах людей.

При этом для подтверждения правильности приговора жертвы зверски пытали, вынуждая сознаться. И подавляющее большинство людей, не выдерживая нечеловеческих мучений, сознавались якобы в своем общении с бесами. «В такого рода изобретательности католическое правосудие могло поспорить лишь с китайским» [23, с. 37].

С помощью доносов, в которых люди обвинялись в общении с нечистой силой, доносители сводили с ними счеты, в основном даже бытового плана, присваивали их имущество, часть которого им причиталась, убирали политических конкурентов, мстили за что-то или просто удовлетворяли таким образом зависть к более благополучным. Часто молодых и красивых женщин обвиняли в колдовстве за то, что они отказывались сожительствовать, мстя за их целомудрие. При этом истинной причиной доносов часто было желание мужа избавиться от жены или желание жены известить любовницу мужа [28, с. 32].

До нашего времени дошло письмо к дочери невинно обвиненного, как выяснилось уже после его сожжения, бургомистра Бамберга от 1628 года. Вот что он в нем пишет: «Множество добрых ночей тебе, возлюбленная дочь Вероника. Невинным я попал в темницу, невинным и умру. Ибо тот, кто попадает в тюрьму по обвинению в колдовстве, должен стать колдуном или терпеть пытки, пока сам не выдумает что-нибудь и (да сжалится над ним Бог!) не обвинит в чем-нибудь сам себя. Я расскажу тебе, что со мной делали... Пришел палач и засунул мои пальцы в тиски, связав руки вместе, так что кровь текла из-под ногтей и повсюду, и четыре недели я не мог пошевелить руками, ты видишь это по почерку... Потом они раздели меня, связали руки за спиной и подвесили меня. Я не понимал, где земля, где небо. Они проделывали это восемь раз и снова отпускали меня, так что я ужасно страдал... (Далее

он перечисляет признания, которые он вынужден был сделать.)... Теперь, дорогое мое дитя, ты знаешь обо всех моих признаниях, из-за которых я должен умереть. Все это полная ложь. Я вынужден был сказать это из страха перед дыбой, потому что они не перестают пытать человека, пока тот не признается в чем-либо... Дорогое дитя, спрячь это письмо, чтобы люди не нашли его, а то меня будут пытать безжалостно, а тюремщиков обезглавят... Мне понадобилось несколько дней, чтобы написать это, потому что я не владел руками. Прощай, ибо твой отец Иоганн Юний больше не увидит тебя» [31, т. 6, с. 337-338].

«В Валансьене молодая девушка 18 лет, была зарыта живой за колдовство. Крики несчастной были столь ужасны, что палачу сделалось дурно, и он отказался продолжать «работу». Но невозмутимый судья приказал ему закончить дело» [23, с. 41].

Ни должность, ни безупречная жизнь, ни возраст, ни пол не гарантировали человеку защиты от обвинения в колдовстве. И многие, чтобы не быть обвиненными, писали доносы на других, полагая, что этим они свидетельствуют о своей верности церкви. Другие бросались в иную крайность и начинали действительно поклоняться злым силам, надеясь у них найти защиту от «христианской» инквизиции.

Сожжение «ведьм», имущество которых конфисковывалось, приносило громадные доходы [28, с. 32].

Общество было охвачено массовым психозом, связанным с ведьмами. Причем росло как число тех, кто действительно занимался колдовством, так и еще более — число невинно осужденных. В каждой начинали видеть ведьму, а сами женщины изнывали от страха быть уличенными в якобы сношении с нечистой силой.

ПРИЧИНЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЭПИДЕМИЙ СРЕДНЕВЕКОВЬЯ

Что же привело к появлению и необычному распространению в эпоху Средневековья этих необычных нервно-психических заболеваний? Примечательно, что, как и другие нервно-психические эпидемии Средневековья, «процессы над ведьмами по местному своему распространению замкнуты в строго определенные границы. Они встречаются без всякого изъятия у всех народов, которые в Средние века образовывали единую культурную семью, связанную общей принадлежностью к римско-католической церкви, и только у них одних. Не говоря уже о нехристианских странах, страны, относящиеся к греко-восточной церкви, остались свободны от этой язвы» [28, с. 35].

Поэтому и ответ на вопрос, что же служило причиной появления этих ужасных эпидемий, мы можем найти только в особенностях учения средневековой государственной церкви и функционировании ее институтов.

Аскетические учения средневековой церкви

В Средневековье государственная церковь постепенно и целенаправленно в корне изменяет библейское учение о спасении через веру в Иисуса Христа, учение, провозглашающее, в частности, что для спасения не требуются никакие деньги. Не отвергая открыто учение о спасении по благодати, церковные иерархи заявляли, что благодать может передаваться людям только при посредничестве церкви, священника. В связи с этим ведущий богослов средневековой церкви «в XIII столетии Александр Галес изобрел, а Альберт Великий и Фома Аквинский развили и усовершенствовали знаменитое учение о сокровищнице благодати. По их словам, одной капли крови Христа было достаточно для искупления грехов всего мира, а Он пострадал и умер, вследствие чего остался неисчерпаемый запас благодати, который еще увеличился за заслугами святых, так как они совершили гораздо более подвигов, чем было нужно для их личного спасения. Папа,

как наместник Христа, вправе произвольно распоряжаться этим открывающим рай запасом» [16, с. 112-113].

Конечно, чтобы церковь дала людям из этой сокровищницы, ее следовало щедро одарить. При этом она сама устанавливала стоимость того или иного количества добрых дел, что и привело к появлению индульгенций.

Одновременно с этим в качестве средств «зарабатывания» спасения средневековая церковь разработала и детальное учение о борьбе с грехом. В этом учении одно из центральных мест занимали посты.

Причем в этом вопросе церковь прямо игнорировала ясное библейское понятие поста как в первую очередь средства для исправления характера. «Почему мы постимся, а Ты не видишь? смиряем души свои, а Ты не знаешь?» — Вот в день поста вашего вы исполняете волю вашу и требуете тяжких трудов от других. Вот вы поститесь для ссор и распрей и для того, чтобы дерзкою рукою бить других; вы не поститесь в это время так, чтобы голос ваш был услышан на высоте. Таков ли тот пост, который Я избрал, день, в который томит человек душу свою, когда знет голову свою, как тростник, и подстилает под себя рубище и пепел? Это ли назовешь постом и днем, угодным Господу? Вот пост, который Я избрал: разреши оковы неправды, развяжи узы ярма и угнетенных отпусти на свободу, и расторгни всякое ярмо; раздели с голодным хлеб твой и скитающихся бедных введи в дом; когда увидишь нагого, одень его, и от единокровного твоего не укрывайся» (Библия, книга Исаии 58: 3-7).



Жак Бланшар. Святой Иероним. 1632 г.

Средневековая церковь делала акцент на физической стороне поста. Она назначала десятки различных постов, направленных на умерщвление якобы греховной плоти человека. Ибо, взяв в свое вероучение языческий догмат о бессмертии души, государственная церковь провозглашает учение о бессмертной божественной душе и о греховном теле, в котором она томится. И для того, чтобы душа была освобождена от греховных пут, надо умертвить греховное тело. Вопреки библейскому утверждению, что грех зарождается и лелеется в разуме человека, который и толкает его к преступлению, средневековая церковь объявляет источником греха физические органы человека.

Поэтому в Средневековье мы и встречаемся с просто изуверскими практиками самооскопления, самобичевания [31, т. 3, с. 136-137; 16, с. 28, 84-85, 112-113].

Слова Христа о том, что если правая рука твоя соблазняет тебя — отсеки ее, средневековая церковь толкует буквально. И святые столпники — люди, которые в целях борьбы с грехом жили на самых настоящих высоких столбах, не моаясь, одеваясь в лохмотья, а многие и калеча себя, справляя здесь же естественные нужды, являют тому яркий пример [16, с. 28, 84-85; 112-113].

Так, «св. Иероним не стриг волос... и постился до того, что глаза его становились мутными, а кожа отвердела, как кремень; св. Макарий 6 месяцев спал в болоте и бо-

ролся со страстями тем, что давал свое тело кусать насекомым; св. Пахомий в продолжение 15 лет не спал лежа; св. Авраамий 50 лет не умывался; св. Евпраксия дрожала при мысли о купанье, а св. Симеон 30 лет стоял на столбе, приковав себя к нему цепью, и постоянно отдавал земные поклоны. Один из посетивших его попытался определить их количество, насчитал 1240 подряд и сбился со счета» [16, с. 28].

А ведь это «святое столпничество» было наивысшим примером добродетели в средневековом понимании. Из-за этого же учения о греховности человеческого тела средневековая церковь всячески преследует развитие медицины, и потому средневековые города являют собой страшные примеры антисанитарии. Средневековые жители, включая дворян и монархов, не мылись годами, ибо зачем ублажать греховное тело?

«В XI веке Петр Дамиани создал целую систему покаяния, рассчитанную строго арифметически. Каждому греху по этой системе соответствует известный период покаяния; но так как количество грехов у всякого человека так велико, что для их очищения потребовались бы целые столетия, то набожным людям предоставлялось усилить количество благочестивых действий.

Так, нормальный год покаяния равнялся для богатых 36, а для бедных 4 талерам или 3000 ударов розгами в сопровождении пения 30 псалмов. Благочестивые люди, жертвуя громадными суммами или нанося себе колоссальное число ударов, усиливали норму. Сам Дамиани в течение года продлевал столетие покаяния, т.е. наносил себе 300 000 ударов и пел 3000 псалмов, а его друг, подвижник Доминик, исполнял такую порцию в 6 дней. Для этого он брал в обе руки по розге и с пением псалмов целыми днями подвигал себя телесному наказанию. Дамиани придавал чрезвычайно важное значение бичеванию. Слова 150-го псалма «хвалите Господа в тимпанах» он комментирует следующим образом: «Так как тимпан — сухая кожа, то, по словам пророка, тот истинно хвалит Господа в тимпанах, кто подвергает (!) бичеванию свое истомленное постом тело». Эта система покаяния пришла по вкусу, и бичеванию подвергали себя люди всех классов общества, начиная от императора и аристократических дам» [16, с. 84-85].

Плодом учения о греховном теле стало и учение о монастырях, суровые уставы которых приводили к смерти неисчислимо количество послушников, которые не выдерживали нескончаемых постов и ночей бдения, сходя с ума [31, т. 3, с. 119, 127-128].

Воистину, «идеалы монашества — это христианские добродетели, доведенные до крайней степени. Евангелие учит целомудрию, а монах отрицает семью, считает женщину вратами адовыми, сосудом дьявола. Семейные привязанности — величайший грех, с монашеской точки зрения. Иероним писал одному молодому человеку, которого семья удерживала от монашества: «Пусть твой маленький племянник обнимает тебя своими ручонками, пусть мать, разорвавши платье, указывает на грудь, которая тебя вскармливала, пусть отец перед дверями бросается к твоим ногам — ты оставяйся тверд и перешагни через тело отца. В этом случае жестокость — единственная добродетель» [16, с. 27-28].

В связи с этим учением о спасении через умерщвление плоти «в 1260 г. в Перудже начинается движение флагеллантов, которое быстро распространилось по другим городам Италии, а также и за Альпами. Это был странный, почти болезненный взрыв религиозного энтузиазма. Сознание греховности охватило все возрасты и состояния. Мужчины, женщины и даже пятилетние дети, босые, с обнаженными плечами, несмотря на суровую зиму, ходили длинною процессией парами из одной церкви в другую со свечами в руках и с пением покаянных гимнов. Эта толпа грешников, которые то подвергали себя взаимному бичеванию, то с воплями бросались на землю, производила страшное впечатление» [16, с. 112-113].

«Увлекаемые крайним религиозным одушевлением, переходившим в безумие, собирались толпы в несколько сот человек, с красными крестами, со своими знаменами, переходили из города в город, из села в село, посещали церкви, монастыри и кладбища, кидались на землю, заставляли своего предводителя ходить через них, бичевать их до крови.

Они составляли особые братства, с особым предводителем во главе, выбираемым всегда из среды светских лиц. Кто желал вступить в их общество, должен был предварительно исповедаться во всех своих грехах, дать клятву в беспрекословном подчинении вождю, отказаться от всяких житейских удобств и выгод, питаться подающим. При входе в герберг (в гостиницу, на постоялый двор) и при выходе из него каждый из сочленов должен был прочитать по пяти раз «Богородицу» и «Отче наш». Каждое утро он обязывался читать те же молитвы по 15 раз, кроме того, 5 раз перед завтраком, 5 раз после него и 5 раз ночью. Поднявшись с постели, флагеллант должен был мыть свои руки, стоя на коленях; за столом он не мог произносить ни одного слова. Божба возбранялась. Возбранялась также и военная служба. В положенные дни все постились и подвергали себя бичеванию. Ложась в постель, брат-флагеллант клал туда же с собой и свой бич, чтобы всегда иметь его под рукой.

Представьте себе подобное братство на дороге к какому-либо городу. Оно торжественно направляется к нему в особом установленном порядке, который составил по образцу церковных процессий. Впереди несут зажженные свечи, кресты, дорогие шелковые или бархатные хоругви, увенчанные крестами, с вышитыми изображениями крестов. На их плащах с капюшонами, на груди и на спине нашиты красные кресты, сбоку свешивается наподобие меча бич с тремя узлами и иклами. На шляпах — также кресты. Когда процессия подходила к воротам, запеваля начинали духовный стих. Толпа подхватывала напев, и скоро их пение разносилось по городским улицам. «Совершается, — поют они, — величественное шествие нищих: Сам Христос едет в Иерусалим, в руках Его крест. Помоги нам, Спаситель! Совершается благое шествие нищих. Помоги нам, Господи, Своей Кровью, Которую Ты пролил за нас на кресте и покинул нас, бедствующих!»

При входе их в город на всех церковных башнях начинали звонить в колокола. Первым долгом флагелланты отправлялись в церковь, становились здесь на колени и пели: «Иисус подкреплял Свои силы желчью; падем перед крестом Его». Потом они кидались на пол с распростертыми руками, изображая собой крест, и оставались в этом положении, пока запеваля не обращался к ним со словами: «Теперь поднимите ваши руки, чтобы Бог отвратил великую смертность!» Хор три раза повторял этот возглас. Тогда горожане, находившиеся в церкви, зывали их к себе. Один приглашал к себе 20 человек, другой — 12 или 10, каждый по своему достатку. Спустя некоторое время они выходили на городскую площадь или на кладбище и здесь публично исповедовались в своих грехах. Совершалась эта исповедь совершенно особым способом. Они снимали с себя верхнюю одежду, подвязывали себе длинные передники, ниспадающие до самой обуви, затем ложились на землю, образуя собой большой круг. Ложились они в разных условиях положениях, из которых каждое выражало собой тот или иной грех. Можно было, таким образом, по положению каждого видеть, в каком грехе он каялся. Предводитель начинал после этого обходить круг, шагая через каждого кающегося, касался его своим бичом и прилагал встать и впредь остерегаться греха. Каждый, через которого переходил предводитель, вставал и следовал за ним; шли они поодиночке. Когда последний из них также поднимался с земли, все они устанавливались в круг. Лучшие певцы загибали духовную пень, и братья, отделяясь поодиночке от хороводного кольца,

обходили его и ожесточенно бичевали себя по спине, на которой выступала кровь. По временам вся эта однообразная церемония прерывалась коленопреклонением и падением на землю с распростертыми руками, а оканчивалась одеванием верхнего платья. Само собой разумеется, что площадь была запружена зрителями. Обыкновенно кто-нибудь из их среды начинал собирать подаяния в пользу братства бичующихся. Между тем зрелище не прекращалось. Один из флагеллантов поднимался на возвышение и читал копию с длинного письма, написанного, по его словам, самим Христом на мраморной доске. Эту мраморную доску принес с неба ангел и положил ее на алтарь св. Петра в Иерусалиме. В письме этом объявлялось всем верующим, что бедствие, ими испытываемое, есть наказание Божие за их грехи, за их неправду, безверие. Христос, говорится в нем, хотел уже совершенно уничтожить всех христиан за то, что они не соблюдают ни Воскресенья, ни Пятницы, между тем как даже иудеи строго чтут свою Субботу. Только по просьбе Пресвятой Девы Марии и ангелов согласился Он отсрочить наказание... Кто исполняет заповеди Божии, чувствует Его праздники и удерживается от греха, тому воздаст Христос вечной любовью. Кто не уверует в это письмо или скроет его, того постигнет Божья кара; а кто уверует, и переписует его, и станет распространять среди других, на дом того человека снизойдет Господнее благословение. Чтению этого письма народ внимал в благоговейном молчании и верил всему. И какие серьезные последствия влекло за собой подобное посещение города странствующими флагеллантами! Когда странники выходили из города с зажженными свечами, в таком же точно порядке, в каком входили в него, при колокольном звоне всех церквей, многих из горожан увлекли они за собой. Торжественно разносилось по улицам пение их: «Господь, Отец наш, Иисус Христос! Ты один только, Господь наш, только Ты можешь прощать нам грехи наши! Отсрочи еще час нашей кончины, прости нашу жизнь, чтобы мы могли оплакивать Твою смерть!» Неудержимо рвались за ними, за выходящими из города, за теми, пение которых замирало вдали, и молодые люди. Матери не могли удерживать дочерей своих. Запертые ими, они томились, рыдали и, пользуясь первым случаем, покидали родительский кров. Босые, полуодетые, без денег, без хлеба, они убегали из своего родимого гнезда. Присмотревшись к горожанам гостей своих, напиток их, накормит, и что же? Ушли они, а с ними ушел и горячо любимым им ребенком. Точно болезнь лютая унесла его.

Да, это дикое исступление флагеллантов, это неотразимое влияние их было также своего рода эпидемией. И немало жертв уносила она. Она собирала их из-под уютного бюргерского крова, из светлой девичьей горницы, собирала их от плуга, с пастбища, собирала даже из-под церковных сводов — служителей церкви. Многие уходили, но возвращались назад немногие, да и те — истерзанные, измученные...» [9, с. 87-92].

Но одновременно с такой вроде бы целенаправленной борьбой с грехом эпоха Средневековья, и в первую очередь сама государственная церковь и монастыри, являли весьма часто, к сожалению, страшный пример морального упадка и извращений [16, с. 70-73; 14, с. 37; 7, с. 140-147; 25, т. 2, с. 354; 18, с. 70, 71, 76, 77], от которых не спасали монастырские стены [25, с. 57]. «В монастырях бок о бок со взрослыми монахами проживало множество совсем маленьких детей. Нет никаких оснований полагать, что они не становились жертвами сексуальной агрессии со стороны старших братьев. При этом мы не встречаем упоминания о педофилии как отдельном грехе. Причина, скорее всего, кроется в специфическом восприятии детства и предстательстве о детях как о маленьких взрослых» [25, с. 57]. Более того, от дней Средневековья до нас дошли,

в частности, стихи аббата монастыря Райхенау Валафрида Стработа, адресованные юному мальчику-клирику Лиутгеру, в которых аббат откровенно выражает свою отнюдь не духовную к нему любовь [25, с. 58]. Совсем недавние скандалы, связанные с массовым растлением малолетних и гомосексуализмом в церкви, лишней раз свидетельствуют о том, к чему ведет это неверное учение о победе над грехом путем умерщвления плоти.

И это неудивительно, ибо на сам источник греха — разум средневековая церковь не обращала внимания. Более того, вместо евангельского учения она питала его своими суеверьными учениями и мистикой. Плодом всего этого стало то, что подавляющая часть не только народа, но и даже священников перестала понимать христианское учение в принципе. «Степень внешнего сходства и внутреннего различия между христианской церковью, возторжествовавшей над античным миром, и римско-католической церковью, мирно владычествующей среди явившихся ему на смену варваров, довольно точно определится для нас, если мы перенесем мысль в храмы, где совершалось христианское богослужение. На первый взгляд может показаться, будто века не имели над римской церковью никакой силы: в IX и X столетиях, как и в IV или в V, стекавшиеся в храмы духовные ее сыны присутствовали при одинаковых обрядах, внимали тем же словам Писания и молитв, слушали те же церковные песнопения на том же латинском языке. Разница заключалась тут в одном, но зато очень существенном обстоятельстве. Если во времена Константина Великого всякий пришедший в храм помолиться христианин до слова понимал все, что там читалось и пелось, во времена Карла Великого почти никто из собравшихся в храмы верующих не понимал ни одного из тех латинских слов, которые читал и пел священник; да и священник сам по большей части лишь смутно представлял, что, собственно, кроется за этими мудрыми иностранными словами, которые он от лица паствы с таким усердием воссылал к небу. «Молитвы за обедней надо хорошо понимать, а тот, кто не может, тот, по крайней мере, должен знать их на память и отчетливо выговаривать» — вот требования от приходских священников. К умению механически читать латинские литургические книги, к умению петь да к знанию пасхалии и святцев и сводилось тогда все школьное образование рядовых пастырей душ. Народ нисколько не стремился понимать свое богослужение; без понимания совершал перед ним службы и его священник» [28, с. 63-64]. Безграмотность средневековых священников приводила порой к чудовищным ошибкам. Так, «один баварский священник, например, прославился тем, что, путаясь в окончаниях, раздал пастве благословение не «во имя Отца и Сына» (in nomine Patris et Filii), а во «имя родины и дочери» (in nomine patriae et filiae) [25, с. 149].

Догматы и обряды средневековой церкви

«Умственный облик тогдашней церковной иерархии сразу встает у нас перед глазами, если мы вспомним, что с ее разрешения клирики святили кипяток, куда обвиняемый должен был опустить руку» [28, с. 70].

«Во многих случаях борьба клириков против колдунов являлась не более как борьбой двух магий. Можно с основанием утверждать, что в некоторых отношениях эта борьба ранней средневековой церкви против народного суеверия только способствовала росту зла, которое церковные власти стремились искоренить» [28, с. 70].

И действительно, присмотревшись к догматам и обрядам средневековой государственной церкви, мы увидим в них весьма много откровенно магических элементов.

Это и учение средневековой церкви о том, что во время причастия якобы происходит трансформация хлеба и вина в реальные плоть и кровь Христа. Это и учение о кровотокащих иконах, о вечных

муках, это и учение о том, что бесы могут вступать в интимные отношения с людьми и от этого союза могут рождаться дети, и т.д. и т.п. Все это помогало средневековой папской церкви держать общество в рабстве суеверия [28, с. 167]. И профессор Н.В. Сперанский в своей монографии задается вопросом: почему и поныне римская церковь особое почитание таинств, святых, мощей, икон относит в область веры, а не суеверия [28, с. 167]?

Все эти учения базировались на суевериях, которые подкармливали средневековую церковь. Суеверия были во все времена, но никогда не получали такого распространения, как в Средние века [11, с. 113]. Темнота и жестокость всегда идут рука об руку с суевериями. И пример Средневековья нам еще раз подтверждает это. Отобрав у людей Евангелие, лишив их образования, сковав их разум страхом перед инквизицией, закабалив путем феодальных отношений, средневековая церковь дала людям вместо веры суеверие, причем в его самых вопиющих видах.

Так, наравне со слепой верой в силу святой воды, исцеляющую силу икон или мощей порой реликвиями становились самые невероятные вещи и предметы, в частности ногти и фекалии святых! «Иногда реликвии, превращавшиеся в амулеты, могли быть и менее изысканными, но от этого не менее действенными: к примеру, остриженные ногти столтника, как это было в случае с армянином Маро Стилитом, свершившим свой подвиг столпничества во имя Бога Амиды в Месопотамии. Случалось, оберегами становились и высушенные фекалии столтника, зашитые в кожаный мешочек. Вообще, все оставшееся от столпников почиталось особенно высоко» [27, т. 2, с. 187].

Иногда можно было самим взять кусочек той или иной реликвии или получить ее в храме. Так, «на гробнице апостола Иоанна Богослова в Эфесе паломникам позволяли собирать священный прах, который, как говорили, появлялся на могиле святого в день его торжества, то есть его праздника» [27, т. 2, с. 74].

При этом «особым почетом ввиду горячей веры в их исцеляющую, спасающую силу пользовались останки святых (кости, волосы и т.д.), любые предметы, освященные ими, одежда, елей и даже пыль, собранная с их гробниц и смешанная с маслом и водой. К примеру, константинопольцы уверяли, что засов прославленных громадных, окованных серебром центральных Царских дверей храма св. Софии, сделанных из чудотворного дерева ковчега библейского Ноя, если взять его в рот, избавит отравленного человека от яда, который выйдет вместе со слюной и рвотой. Тот же спасительный эффект оказывало масло из лампы при гробе преподобного Феодора Студита. Перво-мученица Фекла, ученица апостола Павла, излечивала от глазных болезней и слепоты. Для этого годились и вода из ее родника, и елей из лампы у могилы святой, который смешивали с пылью с ее надгробия. Прикосновение руками, плечами или лицом к окованной медью колонне св. Григория в Великой церкви исцеляло от боли в груди. Немудрено, что десятки поколений паломников протерли в меди дыру» [27, т. 2, с. 187].

Самой распространенной формой охранительного оберега были, безусловно, кресты. Примечательно, что только «на рубеже V—VI веков как деталь на рельефах и фресках и как самостоятельное изображение появляется крест, который долгое время напоминал христианам гонения и поэтому изображать его избегали».

«Кресты устанавливали на дорогах, улицах, площадях, перед дверями церквей, в алтарной части храмов, носили на теле и поэтому называли нательным, наперсным, чеканили на монетах, вышивали на одеждах светских лиц и облачениях священнослужителей, наносили на посуду, двери, стены, своды, колонны, драгоценности, ларцы» [27, т. 2, с. 70].

Окончание в следующем номере ■

14 ЛИСТОПАДА — ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ БОРОТЬБИ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Восени 1921 року лікар Жозефіна Штикельбергер помітила, що під час вечері її донька Женева випила б стаканів води поспіль. Мати дослідила сечу дівчинки й отримала результат, який свідчив про наявність у дитини цукрового діабету. Місіс Штикельбергер негайно перевела доньку на сувору дієту: тільки варені овочі, один раз на тиждень Женева мусила цілий день лежати в ліжку, а з їжі в цей день їй дозволяли тільки чорну каву. Через зовсім нетривалий час дитина схудла до невпізнання — вона була схожа на скелет.

Пані Жозефіна перелопатила гори медичної літератури з діабету, яка існувала на той час, вона намагалася знайти будь-яку інформацію для порятунку своєї дитини, проте всі спроби не мали успіху. Улітку 1922 року знайома медична сестра з Торонто, яка приїхала в місто у справах, розповіла місіс Штикельбергер про експерименти з новим препаратом — інсуліном. Усього лише пів року тому лікар Бантінг і його помічник Бест розпочали нові клінічні випробування препарату. Для початку експерименти провели на собі, тоді знайшли добровольця — хлопчика 14 років, який хворів на цукровий діабет. Хлопець став швидко одужувати. Через певний час лікар Бантінг так само врятував свого близького товариша — лікаря, який потім став його правою рукою в проведенні клінічних досліджень.

Жозефіна того ж вечора написала лікарю листа. Проте відповіді так і не отрима-



Фредерік Бантінг і його асистент Чарльз Бест, 1924 рік

ла. Тоді, вже у відчаї, зателефонувала Бантінгу, а він одразу ж погодився прийняти дівчинку як пацієнтку. Мати з дитиною відправилися в Торонто потягом, але хвороба Женеви вже добігала свого фатального фіналу — дитина в потязі втратила свідомість, пані Жозефіна констатувала в неї гіперглікемічну кому. Машиніст потягу, намагаючись допомогти згорьованій матері, рацією зв'язався зі станцією в Торонто, просив надіслати карету швидкої допомоги до прибуття, благав зв'язатися з лікарем Бантінгом.

...Одразу після прибуття на станцію до Жозефіни Штикельбергер наблизився молодий хлопець, якого спочатку пані Жозефіна прийняла за санітара «швидкої». Він відрекомендувався: «Я — Фред Бантінг». І, не питаючи нічого, прямо на пероні залізничної станції зробив ін'єкцію інсуліну. Через певний час дитина опритомніла...

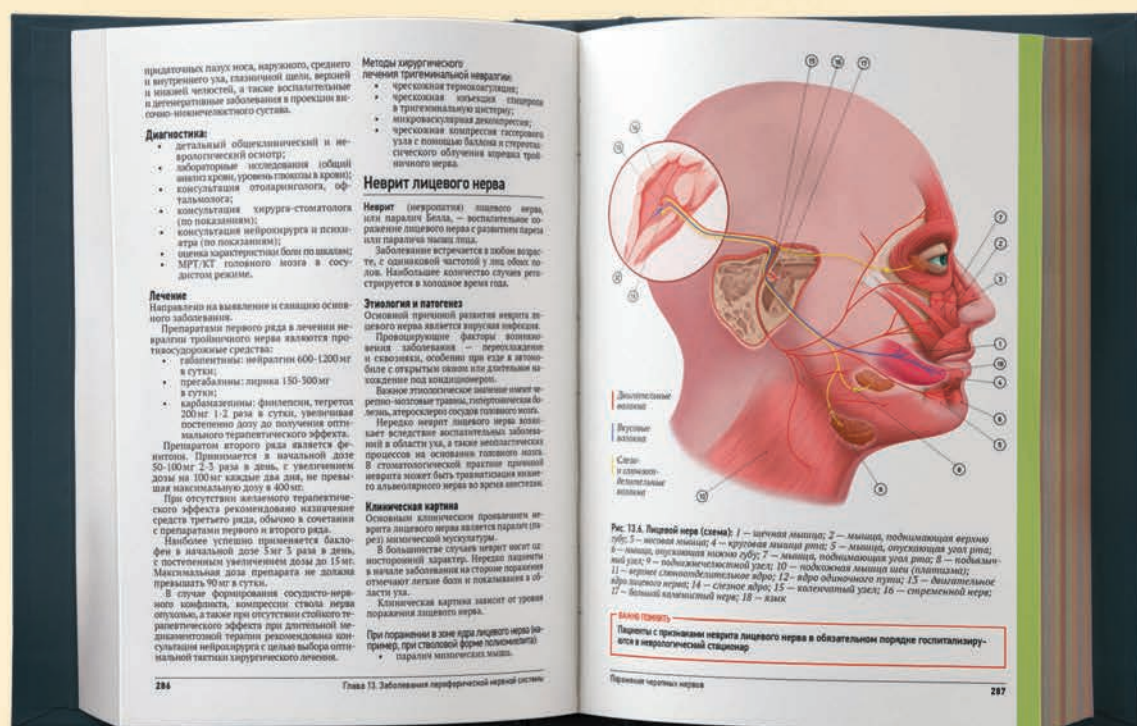
Так була врятована дитина, яка пізніше подолає багато перепон: проблеми з доставкою препарату в США, відсутність його стандартизації і засобів контролю рівня глюкози в крові (необхідну дозу інсуліну визначали дуже при-

близно). Але крок за кроком місіс Штикельбергер навчила доньку керувати своїм захворюванням, що, між іншим, і стало фундаментом сучасних правил інсулінотерапії.

Женева Штикельбергер прожила 72 роки, зробила успішну кар'єру бухгалтера в нафтовій компанії «Фармер Юніон Ойлз», а померла в 1983 році, маючи стаж інсулінотерапії 61 рік.

...Після історії з Женевою світова преса рекламувала чудо-винахід Бантінга, і лікар став отримувати листи з проханнями про порятунок пацієнтів з усього світу. Університет Торонто, де працював дослідник, розпочав продаж ліцензій на виробництво інсуліну, а в 1923 році цей препарат став доступним для всіх хворих на цукровий діабет. Цього ж року Бантінг отримав докторський ступінь і був обраний на посаду професора університету, а через декілька місяців професор Бантінг отримав Нобелівську премію разом з ще одним дослідником інсуліну — Маклеодом. Проте був дуже здивований, що Нобелівський комітет обділив увагою колегу, який щоденно працював з ним в університетській лабораторії і був невтомним помічником з 5-го курсу свого навчання в університеті — Чарльза Беста, тому поділив свою частину премії навпіл.

14 листопада — день народження Фредеріка Бантінга. І на вшанування цього науковця його день народження став пам'ятною датою для всіх ендокринологів — Всесвітнім днем боротьби із цукровим діабетом. ■



По вопросам приобретения книги «Неврология: атлас-справочник» обращайтесь по тел.: (067) 675 71 04, (044) 223 27 42, (099) 095 24 94, (067) 325 10 26

У ПРОДАЖУ!
WWW.BOOKVAMED.COM.UA

Предлагаемый атлас-справочник содержит краткие и вместе с тем исчерпывающие сведения об основных нозологических формах неврологических расстройств, симптомах и синдромах, представленных в лаконичном текстовом и ярком иллюстративном формате, включающем уникальные рисунки, фотографии, схемы и инфографику, что облегчает восприятие материала.

Используя современные диагностические и лечебные протоколы, специалист сможет выбрать наиболее оптимальную тактику индивидуальной терапии с учетом требований доказательной медицины.

Особое внимание уделено анатомо-физиологическим особенностям нервной системы, алгоритму проведения первичного осмотра неврологического больного и интерпретации полученных результатов.

Значительное место занимает описание прионных заболеваний нервной системы, психосоматических расстройств, синдрома хронической усталости, поражения нервной системы при нарушениях обмена веществ и воздействии физических факторов, а также экзогенных интоксикаций и неотложных состояний в неврологии.

Раскрыты основы хрономедицины в неврологии и методы современной нейрореабилитации.

В приложениях специалист может найти часто используемые в практической деятельности диагностические шкалы, показатели общеклинических исследований, терминологический словарь и краткий русско-английский медицинский разговорник.

Атлас-справочник будет полезен неврологам, нейрохирургам, психиатрам, врачам общей практики — семейным врачам, терапевтам, студентам старших курсов высших медицинских учебных заведений, а также врачам в процессе последипломного образования.

АНКЕТА ПЕРЕДПЛАТНИКА

Одержувач (П.І.Б.) _____

Спеціальність _____

Місце роботи _____

Посада _____

Телефон: робочий _____ домашній _____

ДОМАШНЯ АДРЕСА:

Індекс _____ Область _____

Район _____ Місто _____

Вулиця _____

Будинок (корпус) № _____ Кв. _____

ОФОРМИТИ ПЕРЕДПЛАТУ НА ГАЗЕТУ «НОВИНИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ» ВИ МОЖЕТЕ:

- У будь-якому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти». Передплатний індекс 21742.
- За безготівковим розрахунком (за рахунком-фактурою) (юридичні особи).
- На сайті mif-ua.com.

Усіх, хто оформив передплату на наше видання у поштовому відділенні, просимо надіслати заповнену анкету передплатника на адресу: Україна, 04107, м. Київ, а/с 74.

Професійне спеціалізоване видання для лікарів

МЕДИЦИНА ТА ФАРМАЦІЯ
НОВИНИ

Газета
«НОВИНИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ»
«НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ»
«NEWS OF MEDICINE AND PHARMACY»

Заснована у 1997 році
ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС 21742

Включена в наукометричні й спеціалізовані бази даних
Google Scholar, Science Index

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 23005-12845ПР.
Видано Міністерством юстиції України 11.12.2017.

ЗАСЛАВСЬКИЙ
Издательский дом

Засновник і видавець: **О. ЗАСЛАВСЬКИЙ**
Головний редактор: **Т. БРАНДИС**
Заступник головного редактора: **Н. КУПРІНЕНКО**
Заступник головного редактора: **Т. ТЛУСТОВА**

www.mif-ua.com
Адреса редакції: а/с 74, м. Київ, 04107
Газета «Новини медицини та фармації»
+38 (044) 223-27-42

З питань публікації статей: redactor@mif-ua.com
З питань передплати: info@mif-ua.com, +38 (044) 223-27-42, +38 (067) 325-10-26
З питань розміщення реклами й інформації про лікарські засоби: reclama@mif-ua.com, office@zaslavsky.kiev.ua, pavel89karpinskiy@gmail.com, v_iliyna@ukr.net

Видавець **Заславський О.Ю.**
Адреса для кореспонденції: а/с 74, м. Київ, 04107
Свідоцтво суб'єкта видавничої діяльності
ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: **ТОВ «Ландпресс»**
Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002.
Наклад 50 000 прим.

Редакція не завжди поділяє точку зору авторів публікації. Відповідальність за зміст, вірогідність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в будь-якій формі в цілому або частково статей, ілюстрацій, рекламних або інших матеріалів дозволені тільки за попередньої письмової згоди редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© **ЗАСЛАВСЬКИЙ О.Ю., 2020**

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

АБАТУРОВ О.Є.
Д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії 1 та медичної генетики Дніпропетровської медичної академії МОЗ України

БЕРСЕНЕВ В.А.
Лінар-невролог вищої категорії, заслужений лікар України

БОБРОВ О.Є.
Академік УАН, д.м.н., професор

БОГАДЕЛЬНИКОВ І.В.
Д.м.н., професор, завідувач курсу дитячих інфекційних хвороб, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

ВОЛОШИН П.В.
Д.м.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії, Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України

ГОРЧАКОВА Н.О.
Д.м.н., професор, кафедра фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

ГЛУЗМАН С.Ф.
Президент Асоціації психіатрів України

ГУБЕРГІЦ Н.Б.
Д.м.н., професор, член правління Асоціації гастроентерологів України, кафедра внутрішніх хвороб № 2 ДОННМУ (м. Лиман)

ДОЛЖЕНКО М.М.
Д.м.н., професор, завідувач кафедри кардіології та функціональної діагностики НМАПО ім. П.Л. Шупика

ДОРОФЄЄВ А.Є.
Д.м.н., професор, кафедра внутрішньої медицини № 1, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ЄВТУШЕНКО С.К.
Д.м.н., професор, лауреат Державної премії, заслужений діяч науки і техніки України, кафедра неврології і дитячої неврології ХМАПО

ЗВЯГІНЦЕВА Т.Д.
Д.м.н., професор, завідувач кафедри гастроентерології ХМАПО

ЗУПАНЕЦЬ І.А.
Д.м.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри клінічної фармакології з фармацевтичною опікою Національного фармацевтичного університету

ІВАНОВ Д.Д.
Д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирково-замісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика

МАВРОДІЙ В.М.
Д.м.н., професор, голова Асоціації сімейних лікарів Одеського регіону

МІЩЕНКО Т.С.
Д.м.н., професор, завідувач кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

НАЙШТЕК В.Я.
Академік УАН, директор НВП «НІР»

НІКБЕРГ І.І.
Д.м.н., професор, член-кореспондент Російської академії природознавства, Сідней, Австралія

НІКОНОВ В.В.
Д.м.н., професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф ХМАПО

ПАНЧЕНКО О.А.
Д.м.н., доктор філософії, професор, заслужений лікар України, директор ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», президент ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»

ПАНЬКІВ В.І.
Д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

ПОВОРОЗНОК В.В.
Д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу

ПУХЛИК Б.М.
Д.м.н., професор, Ізраїль

СІРЕНКО Ю.М.
Д.м.н., професор, завідувач відділу симптоматичних гіпертензій ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

СТЕПАНОВ Ю.М.
Д.м.н., професор, головний спеціаліст НАМН України з гастроентерології та дієтології, директор Інституту гастроентерології НАМН України

ТРАХТЕНБЕРГ І.М.
Академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, заслужений діяч науки і техніки, д.м.н., професор

ФЕСЬКОВ О.Є.
К.м.н., доцент, кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф ХМАПО

ЮЛІШ Є.І.
Д.м.н., професор, Ізраїль

Новини медицини та фармації • № 13, 14 (734, 737) • 2020

МЕДИЦИНА ТА ФАРМАЦІЯ

№ 13, 14 (734, 737) • 2020

ЗМІСТ

Проект Постанови ВРУ
«Про звернення до Кабінету Міністрів України щодо вжиття невідкладних заходів для забезпечення цільового використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками» **1**

Проект Закону України
«Про внесення змін до статті 5 Закону України
«Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» **4**

ПРОЄКТ ПОСТАНОВИ ВРУ «ПРО ЗВЕРНЕННЯ ДО КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ЩОДО ВЖИТТЯ НЕВІДКЛАДНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦІЛЬОВОГО ВИКОРИСТАННЯ КОШТІВ ФОНДУ БОРЬБИ З ГОСТРОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ ХВОРОБОЮ COVID-19, СПРИЧИНЕНОЮ КОРОНАВІРУСОМ SARS-CoV-2, ТА ЇЇ НАСЛІДКАМИ»

ВЕРХОВНА РАДА УКРАЇНИ

ПОДАННЯ

Відповідно до статті 93 Конституції України, статті 12 Закону України «Про статус народного депутата України» та статті 89 Регламенту Верховної Ради України в порядку законодавчої ініціативи подається на розгляд Верховної Ради України проект Постанови Верховної Ради України «Про звернення до Кабінету Міністрів України щодо вжиття невідкладних заходів для

забезпечення цільового використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками».

Доповідати проєкт Постанови на пленарному засіданні Верховної Ради України буде народний депутат України Герашенко Ірина Володимирівна. ■

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА до проєкту Постанови Верховної Ради України «Про звернення до Кабінету Міністрів України щодо вжиття невідкладних заходів для забезпечення цільового використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками»

1. ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПРИЙНЯТТЯ ПРОЄКТУ ПОСТАНОВИ

Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» від 13.04.2020 року № 553-ІХ передбачено створення у складі Державного бюджету України фонду боротьби з гострою

респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками на період дії карантину, установленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України значеної хвороби, та протягом 30 днів з дня відміни цього карантину (далі — Фонд).

лінія згину

Дещо пізніше, 18.06.2020 року, до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» Законом № 726-IX були внесені зміни, якими напрями спрямування коштів Фонду були розширені, зокрема на «покращення транспортного сполучення, будівництво, реконструкцію, ремонт та утримання автомобільних доріг загального користування державного, місцевого значення».

Проте будівництво, реконструкція, ремонт та утримання автомобільних доріг не має безпосереднього відношення до боротьби з коронавірусною хворобою та її наслідками, а відтак спрямування коштів Фонду на такі заходи не відповідає його первинному цільовому призначенню.

До того ж поняття «покращення транспортного сполучення» носить оціночний характер, тож не несе юридичного навантаження, що не відповідає принципу юридичної визначеності щодо чіткості, зрозумілості, однозначності норм права.

Крім того, відповідно до статті 24² Бюджетного кодексу України передбачено створення Державного дорожнього фонду, кошти якого спрямовуються на: фінансове забезпечення будівництва, реконструкції, ремонту і утримання автомобільних доріг загального користування державного значення та інших заходів, визначених пунктом 1 частини четвертої статті 3 Закону України «Про джерела фінансування дорожнього господарства України» (з них не менше 5 відсотків коштів — на будівництво, реконструкцію, ремонт та утримання штучних споруд). Перелік об'єктів будівництва, реконструкції, капітального та поточного середнього ремонту автомобільних доріг загального користування державного значення із зазначенням обсягів бюджетних коштів для фінансового забезпечення таких об'єктів затверджується Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до прийнятих законодавчих актів Постановою Кабінету Міністрів України від 22.04.2020 р. № 302 був затверджений Порядок використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками. Згідно з цією Постановою Урядові належить ключова роль у перерозподілі коштів Фонду згідно з установленим порядком.

Водночас Постановою Кабінету Міністрів України «Про виділення коштів для здійснення будівництва, реконструкції, ремонту та утримання автомобільних доріг загального користування державного значення» від 01.07.2020 р. № 539 Укравтодору були перерозподілені 35 млрд грн з Фонду.

При цьому з Фонду на лікарні та медиків пішло лише 4,5 % — 1,5 млрд, 6,6 млрд — використано для виплати допомоги з безробіття, ще 1,7 млрд — на виплати Фонду соцстрахування, 2,4 млрд пішло на доплату військовикам і поліцейським.

Міністерство охорони здоров'я України загалом отримало при цьому лише 14,3 млрд грн. За ці кошти мали бути закуплені апарати штучної вентиляції легень (ШВЛ), засоби індивідуального захисту, обладнані лабораторії та приймальні відділення опорних лікарень, підвищені надбавки медпрацівникам. Проте, за інформацією очільника Рахункової палати В. Пацкана, до початку жовтня 2020 року кошти, зокрема на придбання ШВЛ, не були використані, а напрям «закупівля засобів захисту та забезпечення лабораторій МОЗ», на який було спрямовано майже 3 млрд грн, був виконаний лише на 13,5%.

Отже, внаслідок розширення сфери застосування коштів з Фонду відбулася поступова переорієнтація його функціонування на обслуговування проекту так званого «великого будівництва», що на практиці перетворюється на «закачування в асфальт» великого обсягу бюджетних коштів, які мали б піти на вирішення першочергових питань, пов'язаних із захистом людей від коронавірусної хвороби, протидією її поширенню та відшкодуванням державою шкоди, пов'язаної із цією хворобою та з її наслідками.

За таких умов пріоритетність вирішення завдань, пов'язаних з передумовами та причинами створення Фонду, відходить, по суті, на другий план, що нівелює роль та значення цього Фонду та зводиться нанівець зусилля держави щодо протидії поширенню пандемії.

Натомість в умовах стрімкого нарощування темпів пандемії коронавірусної хвороби та слабкої дієздатності вітчизняної системи охорони здоров'я існує гостра необхідність відновити первинне цільове призначення Фонду шляхом вжиття відповідних заходів Кабінетом Міністрів України.

2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ПРИЙНЯТТЯ АКТА

Метою прийняття цієї Постанови є відновлення первинного цільового призначення Фонду шляхом рекомендації Урядові відмовитися від використання коштів Фонду на фінансування заходів з покращення транспортного сполучення, будівництва, реконструкції, ремонту та утримання автомобільних доріг загального користування державного, місцевого значення, а також забезпечити проведення відповідного перерозподілу залишку коштів Фонду на потреби фінансування медичної галузі. Це дозволить акумулювати кошти Фонду для захисту права громадян на охорону їх здоров'я.

3. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА І ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРОЄКТУ ПОСТАНОВИ

Проектом Постанови передбачається:

— звернутися до Кабінету Міністрів України щодо проведення перерозподілу видатків Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками з метою спрямування коштів зазначеного Фонду виключно на фінансування заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та на боротьбу з її наслідками, зокрема на закупівлю товарів, робіт і послуг, необхідних для здійснення зазначених заходів, включаючи закупівлю медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я в госпітальних округах, для відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, що входять до багатопрофільних лікарень, для медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів у сільській місцевості та проведення капітального ремонту, реконструкції цих приміщень, на забезпечення необхідної кількості ліжок киснем та реанімаційним обладнанням, державне страхування медичних працівників, доплати медичним працівникам і залученому до боротьби з коронавірусною інфекцією персоналу, закупівлю тестів, закупівлю ліків;

Проект оприлюднений на сайті МОЗ України
29.10.2020 р.

ЗАКОН УКРАЇНИ «Про внесення змін до статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності»

Верховна Рада України **постановляє:**

I. У статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» (Відомості Верховної Ради України, 2007 р., № 29, ст. 389; 2014 р., № 36, ст. 1189; 2017 р., № 4, ст. 36; 2019 р., № 51, ст. 377):

1) абзац дванадцятий частини першої доповнити реченням такого змісту:

«Оприлюдненню на офіційному вебсайті та внесенню відомостей до інтегрованої автоматизованої системи державного нагляду (контролю) не підлягають річні плани здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів»;

2) частину четверту доповнити новим абзацом такого змісту:

«Дія цієї частини не поширюється на здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів».

II. Прикінцеві положення:

1) цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.

2) Кабінету Міністрів України протягом трьох місяців з дня опублікування цього Закону:

привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;

забезпечити приведення міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів у відповідність із цим Законом.

Голова Верховної Ради України Дмитро Разумков ■

ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ ДО ПРОЄКТУ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО СТАТТІ 5 ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ОСНОВНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО НАГЛЯДУ (КОНТРОЛЮ) У СФЕРІ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ»

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта	Пояснення змін
Стаття 5. Планові заходи зі здійснення державного нагляду (контролю) 1. Планові заходи здійснюються відповідно до річних планів, що затверджуються органом державного нагляду (контролю) не пізніше 1 грудня року, що передує плановому. Внесення змін до річних планів здійснення заходів державного нагляду (контролю) не допускається, крім випадків зміни найменування суб'єкта господарювання та виправлення технічних помилок. ... Річні плани здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) на відповідний плановий період з урахуванням узгоджених дат початку та строків здійснення визначених у плані здійснення комплексних заходів державного нагляду (контролю) затверджують органи державного нагляду (контролю), оприлюднюють на своїх офіційних вебсайтах та вносять відомості до інтегрованої автоматизованої системи державного нагляду (контролю) до 1 грудня року, що передує плановому.	Стаття 5. Планові заходи зі здійснення державного нагляду (контролю) 1. Планові заходи здійснюються відповідно до річних планів, що затверджуються органом державного нагляду (контролю) не пізніше 1 грудня року, що передує плановому. Внесення змін до річних планів здійснення заходів державного нагляду (контролю) не допускається, крім випадків зміни найменування суб'єкта господарювання та виправлення технічних помилок. ... Річні плани здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) на відповідний плановий період з урахуванням узгоджених дат початку та строків здійснення визначених у плані здійснення комплексних заходів державного нагляду (контролю), оприлюднюють на своїх офіційних вебсайтах та вносять відомості до інтегрованої автоматизованої системи державного нагляду (контролю) до 1 грудня року, що передує плановому. Оприлюдненню на офіційному вебсайті та внесенню відомостей до інтегрованої автоматизованої системи державного нагляду (контролю) не підлягають річні плани здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів.	Забезпечення одержання об'єктивних результатів при здійсненні планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів
... 4. Органи державного нагляду (контролю) здійснюють планові заходи з державного нагляду (контролю) за умови письмового повідомлення суб'єкта господарювання про проведення планового заходу не пізніш як за десять днів до дня здійснення цього заходу.	... 4. Органи державного нагляду (контролю) здійснюють планові заходи з державного нагляду (контролю) за умови письмового повідомлення суб'єкта господарювання про проведення планового заходу не пізніш як за десять днів до дня здійснення цього заходу.	
... ВІДСУТНЄ	... Дія цієї частини не поширюється на здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів	

**Генеральний директор Директорату фармацевтичного забезпечення
Олександр Комаріда** ■

Після впровадження проекту акта очікується забезпечення здійснення належного державного контролю у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів; створення відповідних умов, які забезпечуватимуть надходження на ринок України виключно якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів;

недопущення розповсюдження на національному ринку фальсифікованих лікарських засобів недоброчесними суб'єктами господарювання.

Реалізація проекту акта не матиме впливу на розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад; ринок праці, рівень зайнятості населення; громадське здоров'я, покращення чи погіршення стану здоров'я населення або його окремих груп; екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного повітря, води, земель, зокрема забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

7. ПОЗИЦІЯ ЗАІНТЕРЕСОВАНИХ ОРГАНІВ

Проект акта потребує погодження з Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, Міністерством фінансів України, Державною регуляторною службою України, Державною службою України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини.

Проект акта потребує проведення правової експертизи в Міністерстві юстиції України.

8. РИЗИКИ ТА ОБМЕЖЕННЯ

У проекті акта відсутні положення, які порушують принцип забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Проект акта направлений на мінімізацію ризиків вчинення корупційних правопорушень.

Положення проекту акта не містять ознаки дискримінації. Проект акта не потребує проведення громадської антидискримінаційної експертизи.

Проект акта не є документом державного планування у розумінні Закону України «Про стратегічну екологічну оцінку» та не матиме наслідків для довкілля, в тому числі для здоров'я населення.

Проект акта не потребує проведення цифрової експертизи та отримання висновку Міністерства цифрової трансформації України про проведення цифрової експертизи у зв'язку з тим, що проект акта не стосується питань інформатизації, електронного урядування, формування та використання національних електронних інформаційних ресурсів, розвитку інформаційного суспільства, електронної демократії, надання адміністративних послуг або цифрового розвитку.

9. ПІДСТАВА РОЗРОБЛЕННЯ ПРОЄКТУ АКТА

Проект акта розроблений з власної ініціативи. Підставами для розробки проекту акта є:

- Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я;
- Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності»;
- Закон України «Про лікарські засоби»;

Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90).

Міністр охорони здоров'я України
Максим Степанов

Додаток
до Пояснювальної записки

ПРОГНОЗ ВПЛИВУ РЕАЛІЗАЦІЇ АКТА НА КЛЮЧОВІ ІНТЕРЕСИ ЗАІНТЕРЕСОВАНИХ СТОРІН

1. Суть проекту акта: проектом Закону пропонується забезпечити отримання об'єктивних результатів перевірок при здійсненні планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів шляхом виведення таких заходів з-під дії статті 5 Закону України

«Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» в частині оприлюднення на офіційному вебсайті річних планів та повідомлення суб'єктів господарювання про такі заходи.

2. Вплив на ключові інтереси усіх заінтересованих сторін:

Заінтересована сторона	Ключовий інтерес	Очікуваний (позитивний чи негативний) вплив на ключовий інтерес із зазначенням передбачуваної динаміки змін основних показників (у числовому або якісному вимірі)		Пояснення (чому саме реалізація акта призведе до очікуваного впливу)
		Короткостроковий вплив (до року)	Середньостроковий вплив (більше року)	
Громадяни	Забезпечення прав громадян	+	+	Створення умов, що гарантують надходження на національний ринок України тільки якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, що вироблені відповідно до вимог стандартів і є запорукою захисту здоров'я і життя громадян та безпеки держави в цілому
Суб'єкти господарювання	Забезпечення прав та інтересів суб'єктів господарювання	+	+	Недопущення розповсюдження на національному ринку України неякісних, фальсифікованих лікарських засобів недоброчесними суб'єктами господарювання

— рекомендувати Кабінету Міністрів України при перерозподілі видатків Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками утриматися від використання коштів зазначеного Фонду на фінансування заходів з покращення транспортного сполучення, будівництва, реконструкції, ремонту та утримання автомобільних доріг загального користування державного, місцевого значення;

— рекомендувати Кабінету Міністрів України забезпечити **відкрите інформування** в режимі реального часу про використання коштів Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками (в тому числі про здійснені публічні закупівлі, їх обсяги, призначення тощо);

— рекомендувати Національному антикорупційному бюро України, Державному бюро розслідувань, Національній поліції України у межах встановленої компетенції вжити заходів з виявлення та досудового розслідування фактів нецільового витрачання бюджетних коштів, акумульованих у Фонді боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками, та забезпечити притягнення винних осіб до встановленої законом відповідальності.

4. НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА У ДАНІЙ СФЕРІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

У даній сфері правового регулювання діють такі нормативно-правові акти: Бюджетний кодекс України, Закон України «Про Державний бюджет України на 2020 рік», інші нормативно-правові акти.

5. ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОЄКТУ ПОСТАНОВИ

Прийняття проекту Постанови не вимагає додаткового фінансування з Державного бюджету України.

6. ПРОГНОЗ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ТА ІНШИХ НАСЛІДКІВ ПРИЙНЯТТЯ ПРОЄКТУ ПОСТАНОВИ

Проект Постанови забезпечить можливість спрямування коштів Фонду на вирішення першочергових питань, які й обумовили його створення, а саме: фінансування у повному обсязі заходів із запобігання поширенню пандемії COVID-19; повна та своєчасна виплата додаткових доплат до заробітної плати медичним та іншим працівникам, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації хвороби; фінансування надання грошової допомоги громадянам, зокрема особам похилого віку, у зв'язку з негативними наслідками поширення коронавірусної хвороби тощо.

Народні депутати України

Проект
zareєстровано у Верховній Раді України 30.10.2020
№ 4299

ПОСТАНОВА

ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ

«Про звернення до Кабінету Міністрів України щодо вжиття невідкладних заходів для забезпечення цільового використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками»

З метою підвищення рівня забезпечення конституційних прав людини і громадянина на охорону здоров'я і медичну допомогу, а також задля гарантування ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування в умовах протидії поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2,

Верховна Рада України **постановляє**:

1. Звернутися до Кабінету Міністрів України щодо проведення перерозподілу видатків Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками з метою спрямування коштів зазначеного Фонду виключно на фінансування заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемії

гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиною коронавірусом SARS-CoV-2, та на боротьбу з її наслідками, зокрема на закупівлю товарів, робіт і послуг, необхідних для здійснення зазначених заходів, включаючи закупівлю медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я в госпітальних округах, для відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, що входять до багатопрофільних лікарень, для медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських і фельдшерських пунктів у сільській місцевості та проведення капітального ремонту, реконструкції цих приміщень, на забезпечення необхідної кількості ліжок киснем та реанімаційним обладнанням, державне страхування ме-

дичних працівників, доплати медичним працівникам і залученому до боротьби з коронавірусною інфекцією персоналу, закупівлю тестів, закупівлю ліків.

2. Кабінету Міністрів України при перерозподілі видатків Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками утриматися від використання коштів зазначеного Фонду на фінансування заходів з покращення транспортного сполучення, будівництва, реконструкції, ремонту та утримання автомобільних доріг загального користування державного, місцевого значення.

3. Кабінету Міністрів України забезпечити відкрите інформування в режимі реального часу про використання коштів Фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою

COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками (в тому числі про здійснені публічні закупівлі, їх обсяги, призначення тощо).

4. Національному антикорупційному бюро України, Державному бюро розслідувань, Національній поліції України у межах встановленої компетенції вжити заходів з виявлення та досудового розслідування фактів нецільового витрачання бюджетних коштів, акумульованих у Фонді боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками, та забезпечити притягнення винних осіб до встановленої законом відповідальності.

5. Ця Постанова набирає чинності з дня її опублікування.

Голова Верховної Ради України Д. Разумков ■

ПРОЄКТ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО СТАТТІ 5 ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ОСНОВНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО НАГЛЯДУ (КОНТРОЛЮ) У СФЕРІ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ»

ПОВІДОМЛЕННЯ

ПРО ОПРИЛЮДНЕННЯ ПРОЄКТУ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО СТАТТІ 5 ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ОСНОВНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО НАГЛЯДУ (КОНТРОЛЮ) У СФЕРІ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ»

Проект Закону України «Про внесення змін до статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» (далі — проект акта) розроблено з метою одержання об'єктивних результатів при здійсненні планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів, відповідно до Конвенції Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», Закону України «Про лікарські засоби», Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015

року № 267 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90).

З метою забезпечення вивчення та врахування думки громадськості, на виконання статті 9 Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності», проект акта оприлюднено для громадського обговорення на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України (www.moz.gov.ua). За уваження та пропозиції просимо надсилати до 30 листопада до Міністерства охорони здоров'я України за адресою: м. Київ, 01601, вул. Грушевського 7, e-mail: moz@moz.gov.ua; Директорат фармацевтичного забезпечення — e-mail: propositions.pharma.moz@gmail.com. ■

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА до проєкту Закону України «Про внесення змін до статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності»

1. РЕЗЮМЕ

Проект Закону України «Про внесення змін до статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» (далі — проект акта) розроблено з метою одержання об'єктивних результатів при здійсненні планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів.

2. ПРОБЛЕМА, ЯКА ПОТРЕБУЄ РОЗВ'ЯЗАННЯ

З 01 січня 2016 року вступила в силу Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, яка ратифікована Законом України від 07 червня 2012 року № 4908-VI (далі — Конвенція «Medicrime»).

Згідно зі статтею 1 Конвенції «Medicrime», метою цієї Конвенції є запобігання загрози охороні здоров'я та боротьба з підробленням медичної продукції. Статтею 18 Конвенції «Medicrime» передбачено, що кожна сторона має вживати необхідних законодавчих та інших заходів для встановлення вимог якості та безпеки, в тому числі безпечного розповсюдження медичної продукції шляхом запобігання незаконному постачанню підробленої медичної продукції, активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів.

Відповідно до статті 3 Конституції України, людина, її життя і здоров'я визнаються найвищою соціальною цінністю, а згідно з положеннями частини першої статті 49 Конституції України, кожен громадянин має право на охорону здоров'я. Крім цього, згідно з вимогами частини третьої статті 22 Конституції України, при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод громадян України.

Законом України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» встановлено певний порядок проведення перевірок суб'єктів господарювання або їх відокремлених підрозділів, який ускладнює здійснення державного контролю якості лікарських засобів та знижує їх ефективність у зв'язку з необхідністю обов'язкового попередження суб'єктів господарювання або їх відокремлених підрозділів про дату і час проведення перевірки. Таким чином, діюча редакція статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» звужує зміст та обсяг конституційних прав і свобод громадян України у частині забезпечення належного рівня їх захисту від шкідливого впливу на них факторів навколишнього середовища та безпечності спожитих лікарських засобів у зв'язку з можливістю недодержання суб'єктами господарювання вимог законодавства щодо забезпечення якості лікарських засобів.

Розроблений проєкт акта спрямований на дотримання вимог статті 3 та частини першої статті 49 Конституції України, а також одержання об'єктивних результатів перевірок при здійсненні планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів.

3. СУТЬ ПРОЄКТУ АКТА

Проектом акта пропонується забезпечити одержання об'єктивних результатів перевірок при здійсненні планових заходів державного нагляду (контролю) у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів шляхом виведення таких заходів з-під дії статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» в частині оприлюднення на офіційному вебсайті річних планів та повідомлення суб'єктів господарювання про такі заходи.

4. ВПЛИВ НА БЮДЖЕТ

Реалізація проєкту акта не потребує виділення додаткових коштів з державного чи місцевих бюджетів.

5. ПОЗИЦІЯ ЗАІНТЕРЕСОВАНИХ СТОРІН

Проект акта не стосується питань функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, соціально-трудової сфери, прав осіб з інвалідністю, тому не потребує погодження з уповноваженими представниками всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування, відповідних органів місцевого самоврядування, уповноважених представників всеукраїнських профспілок, їх об'єднань та всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців, всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю, їх спілок.

Проект акта не стосується сфери наукової та науково-технічної діяльності, тому не потребує погодження з науковим комітетом Національної ради з питань розвитку науки і технологій.

Реалізація проєкту акта не впливає на ринок праці.

Проект акта не потребує погодження з регіонами, оскільки не стосується питань розвитку адміністративно-територіальних одиниць.

Проект акта потребує проведення процедури консультацій з громадськістю шляхом розміщення проєкту акта на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України.

Прогноз впливу реалізації акта на ключові інтереси заінтересованих сторін додається.

6. ПРОГНОЗ ВПЛИВУ

Проект акта впливає на ринкове середовище, забезпечення прав та інтересів суб'єктів господарювання, громадян та держави.