





**Галич Світлана Родіонівна** — доктор медичних наук, професор, головний лікар з акушерства і гінекології медичної компанії Into-Sana. Автор понад 160 наукових і науково-публіцистичних статей, двох монографій.

Лейтмотив цієї книги — любов і вдячність. Любов автора до своєї професії акушера. І вдячність колегам-анестезіологам за нелегкі спільні будні, віддані надзвичайно важливій місії — порятунку життя матері й дитини. Автор книги — практикуючий лікар із понад тридцятирічним стажем роботи, а впродовж 25 років — викладач акушерства і гінекології в медичному виші. Тому в книзі і товариський погляд лікаря-акушера на лікаря-анестезіолога, і розповіді про спільні будні, про перемоги й поразки, про непрості, але важливі комунікації. У книзі ви знайдете спогади про анестезіологічних учителів, добрі й розумні книги, про гідні вчинки. Автор ділиться своїм баченням медицини взагалі й спеціальностей анестезіолога й акушера зокрема. Аналізує формування вітчизняної акушерської анестезіології. Знайомить нас із робочими буднями лікарів, їх проблемами й навіть курйозами. Реальні події переплітаються із казковими алегоріями, в основі яких — служіння медицині й пацієнтам.

# АНЕСТЕЗИОЛОГИ ГЛАЗАМИ АКУШЩЕРА

Спеціальність анестезіолога вимагає максимально глибокої теоретичної і практичної підготовки, надзвичайно важливі вони і в акушерській практиці, де не тільки від знань, але й від людських якостей лікаря залежать життя матері й дитини. Книга занурює читача в нелегкі будні лікарів акушерів й анестезіологів, знайомить із складними клінічними ситуаціями, наслідок яких напряму залежить від злагодженої роботи команди медиків. Але в першу чергу це розповідь про відданих своїй справі людей, із якими автору пощастило працювати, про мудрих наставників, про честь і гідність у професії й у житті.

Залучення автора до описуваних подій, жива й емоційна манера викладу роблять книгу цікавою не тільки для професіоналів, а й для широкого кола читачів.

Замовити книгу можна на сайті [www.bookvamed.com.ua](http://www.bookvamed.com.ua)

Тел.: +38(044) 223 27 42, +38(099) 095 24 94, +38(067) 325 10 26

ЗМІСТ



ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Практичне керівництво ESPEN (Європейської асоціації клінічного харчування та метаболізму) «Клінічне харчування при запальних захворюваннях кишечника» ..... 3, 12



ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Влияние мелиттина — компонента пчелиного яда — на экспрессию факторов регенерации мышц ..... 5  
АПИЗАРТРОН® — эффективное и безопасное решение проблемы боли и воспаления ..... 5



НОВИНИ

ВОЗ предложила изменить требования GMP для экспериментальных лекарств ..... 6  
Samsung приступила к строительству крупнейшего биофармацевтического предприятия в мире ..... 6  
AstraZeneca проведет дополнительные клинические исследования вакцины против коронавируса ..... 6  
Опрос: от чего и как пострадали аптеки во время эпидемии COVID-19 ..... 6  
Непереносимость статинов объяснили эффектом ноцебо ..... 6  
Цифровую терапию гипертонии испытают в условиях эпидемии COVID-19 ..... 6



МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ

Иммунотромботическая дисрегуляция при COVID-19-пневмонии связана с дыхательной недостаточностью и коагулопатией ..... 7  
Унікальні переваги препарату ЦИСТО-АУРИН® у лікуванні інфекцій сечовивідних шляхів ..... 11  
Чи можуть симптоми нижніх сечових шляхів бути ранніми симптомами COVID-19? ..... 11



АКТУАЛЬНА ТЕМА

К барьеру! ..... 8



ДАЙДЖЕСТ

Зв'язок між бактерією *Brachyspira* і проявами синдрому подразненого кишечника ..... 10  
Кишкові бактерії при розсіяному склерозі: пробіотик чи коменсал, корисно чи шкідливо? ..... 10  
Вік не є перешкодою для успішного схуднення ..... 10



ПИТАННЯ ОСВІТИ

Чи доцільний гумор у навчанні лікарів-інтернів? ..... 16



СЛОВО ВЕТЕРАНУ

Експеримент ..... 18



УЛЮБЛЕНА СТОРІНКА

Новый, 2021 год: как он пройдет и как его правильно встретить ..... 20

# ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ESPEN (ЄВРОПЕЙСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ КЛІНІЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА МЕТАБОЛІЗМУ)

## «КЛІНІЧНЕ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКА»

Stephan C. Bischoff<sup>a</sup>, Johanna Escher<sup>b</sup>, Xavier Hébuterne<sup>c</sup>, Stanisław Kłęk<sup>d</sup>, Zeljko Krznaric<sup>e</sup>, Stéphane Schneider<sup>c</sup>, Raanan Shamir<sup>f</sup>, Kalina Stardelova<sup>g</sup>, Nicolette Wierdsma<sup>h</sup>, Anthony E. Wiskin<sup>i</sup>, Alastair Forbes<sup>k</sup>, Igor Skrypnik<sup>l</sup>, Oleg Shvets<sup>m</sup>

<sup>a</sup>Університет Гогенхайма, Інститут харчової медицини, Штутгарт, Німеччина  
<sup>b</sup>Медичний центр Університету Еразма Роттердамського, Дитяча лікарня Св. Софії, Роттердам, Нідерланди  
<sup>c</sup>Відділення гастроентерології та клінічного харчування, Університетська лікарня в Ніцці, Університет Кот-д'Азур, Ніцца, Франція  
<sup>d</sup>Відділення загальної та онкохірургічної допомоги, Меморіальна лікарня Стенлі Дадріка, Краків, Польща  
<sup>e</sup>Клінічний госпітальний центр Загреб, Загребський університет, Загреб, Хорватія  
<sup>f</sup>Тель-Авівський університет, Ізраїльський дитячий медичний центр Шнайдер, Петах-Тиква, Ізраїль  
<sup>g</sup>Університетська клініка гастроентерогепатології, клінічний центр «Мати Тереза», Скоп'є, Республіка Північна Македонія  
<sup>h</sup>Амстердамські університетські медичні центри, Амстердам, Нідерланди  
<sup>i</sup>Відділення дитячої гастроентерології та харчування, Брістольська королівська дитяча лікарня, Брістоль, Сполучене Королівство  
<sup>k</sup>Медична школа Норвіч, Університет Східної Англії, Норвіч, Сполучене Королівство  
<sup>l</sup>Українська гастроентерологічна асоціація, Полтава, Україна  
<sup>m</sup>Асоціація дієтологів України, Київ, Україна

ВСТУП

Сьогодні запальні захворювання кишечника (ЗЗК), переважно виразковий коліт (ВК) і хвороба Крона (ХК), поширені у всіх розвинених країнах. Мальнутриція може виникати як при ВК, так і при ХК, але є значно більшою проблемою при ХК з огляду на здатність хвороби вражати будь-яку частину шлунково-кишкового тракту, на відміну від ВК, який обмежується товстою кишкою і має небагато прямих ефектів, що спричиняють мальабсорбцію. Як і в дорослих, мальнутриція є частою проблемою при ЗЗК у дітей, головним чином у фазі загострення захворювання, причому частіше при ХК, ніж при ВК. Оскільки пацієнти із ЗЗК піддаються високому ризику мальнутриції, вони потребують оцінки нутритивного статусу з подальшим оглядом і лікуванням. Нутритивна підтримка особливо важлива в лікуванні пацієнтів із ЗЗК і включає профілактику мальнутриції і дефіциту мікроелементів, запобігання остеопорозу й сприяння оптимальному зростанню й розвитку дітей.

МЕТОДОЛОГІЯ

Чинне практичне керівництво складається із 40 рекомендацій і базується на керівництві ESPEN «Клінічне харчування при запальних захворюваннях кишечника» — практична версія (1a) і наукова версія (1b). Оригінальне керівництво було скорочене шляхом обмеження коментарів до зібраних доказів і літературних джерел, на яких базуються рекомендації. Рекомендації не були змінені (крім того, що термін «штучне харчування» було замінено на термін «лікувальне харчування», а мова була адаптована до американської англійської), але вигляд змісту був перетворений на графічне подання алгоритму прийняття рішень (у відповідних випадках). Оригінальне керівництво було розроблене відповідно до стандартної операційної процедури (СОП) для підготовки керівництв ESPEN [2]. Ця СОП базується на методології Шотландської міжуніверситетської мережі з розробки клінічних керівництв (SIGN). Був



Рисунок 1

виконаний пошук літературних джерел, класифікованих за рівнем доказовості (від 1 до 4), після чого були створені рекомендації, розподілені на чотири класи (A/B/0/GPP). Усі рекомендації не тільки ґрунтувалися на доказах, а й пройшли процедуру досягнення консенсусу, внаслідок чого був досягнутий певний відсоток згоди (%). За можливості було залучено представників різних дисциплін (лікарів, дієтологів, медсестер тощо), а також представників пацієнтів. Процес розробки керівництва фінансувався виключно ESPEN. Оновлення керівництва і його подальше поширення частково фінансувалося Об'єднаною європейською гастроентерологічною асоціацією (UEG), а також ESPEN. Детальніша інформація щодо методології наведена в повній версії керівництва ESPEN [1] і СОП ESPEN [2]. Практичне керівництво ESPEN «Клінічне харчування при запальних захворюваннях кишечника» було структуроване відповідно до схеми, що охоплює всі аспекти харчування при ЗЗК (рис. 1).

РЕЗУЛЬТАТИ

I. Профілактика розвитку ЗЗК (рис. 2)

■ Рекомендація 1

Дієта, багата на фрукти й овочі, n-3 жирні кислоти, з низьким вмістом n-6 жирних кислот асоціюється зі зниженням ризику розвитку ХК і ВК, тому рекомендується.

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (90% згода)

Коментар

Куріння, застосування антибіотиків і дієта потенційно є оборотними факторами ризику виникнення ЗЗК. Численні дослідження оцінювали вплив дієти на ризик розвитку ЗЗК. Однак більшість із них є ретроспективними дослідженнями типу «випадок — контроль». У 2011 році Ноу і співавтори опублікували перший систематичний огляд під назвою «Дієта і ризик розвитку ЗЗК» [3]. Вони використовували методологію, рекомендовану

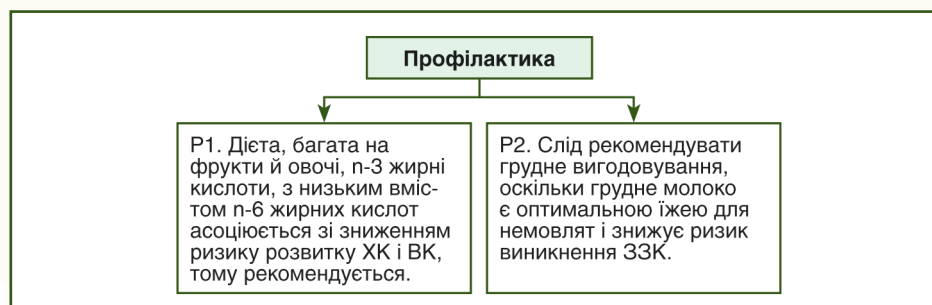


Рисунок 2

керівництвом, щоб оцінити зв'язок між отриманням перед розвитком захворювання поживних речовин (жирів, вуглеводів, білків) і груп харчових продуктів (фруктів, овочів, м'яса) і ризиком подальшого виявлення ЗЗК. Було включено 19 досліджень, які охопили 2609 пацієнтів із ЗЗК (1269 із ХК і 1340 із ВК) і понад 4000 контрольних пацієнтів. Основні результати: (i) підвищення ризику розвитку ВК і ХК при значному споживанні поліненасичених жирних кислот (ПНЖК), n-6 жирних кислот і м'яса; (ii) зниження ризику виникнення ХК, але не ВК при значному споживанні харчових волокон (> 22 г/д) і фруктів.

**Харчові волокна, фрукти й овочі [4].** Порівняно з мінімальним споживанням харчових волокон із коригуванням на енергію в групі жінок споживання харчових волокон у найвищому квінтілі (медіана 24 г/д) асоціювалось зі значним зниженням ризику виникнення ХК (ВР 0,59; 95% ДІ 0,39–0,90), але не ВК.

У метааналізі, що охоплював 14 досліджень типу «випадок — контроль» [5], був визначений негативний зв'язок між споживанням овочів і ризиком ВК (ВР 0,71), але не ризиком ХК (ВР 0,66). Був визначений негативний зв'язок між споживанням фруктів і ризиком розвитку ВК (ВР 0,69) і ХК (ВР 0,57).

**Жир у раціоні харчування [6].** Сукупне споживання загального жиру, насичених жирів, ненасичених жирів, n-6 і n-3 ПНЖК із коригуванням на енергію не асоціювалось із ризиком виникнення ХК чи ВК. Однак збільшення споживання довголанцюгових n-3 ПНЖК асоціювалось зі зниженням ризику ВК (ВР 0,72). І навпаки, значне тривале споживання трансненасичених жирних кислот було пов'язане зі збільшенням частоти виникнення ВК (ВР 1,34).

У дослідженні EPIC 229 702 учасники були набрані з дев'яти європейських центрів у період між 1991 і 1998 роками [7]. При наборі пацієнтів дієтичне споживання докозагексаєнових і жирних кислот вимірювали за допомогою валідованих опитувальників частоти споживання різних харчових продуктів. У когортному дослідженні типу «випадок — контроль» на кожного учасника, у якого виник інцидентний ВК (n = 126), припадало чотири контрольних учасники. Найвищий квінтіль споживання лінолевої кислоти був пов'язаний із підвищенням ризиком ВК (ВР 2,49) зі значною тенденцією в усіх квінтілях (ВР 1,32 на квінтільний приріст).

#### ■ Рекомендація 2

**Можна рекомендувати грудне вигодовування, оскільки грудне молоко є оптимально їжею для немовлят і знижує ризик виникнення ЗЗК.**

**Клас рекомендацій В — високий консенсус (93% згода)**

#### Коментар

У систематичних оглядах від 2004 і 2009 рр. наголошувалося на користі грудного вигодовування [8, 9], а наступні дослідження підтвердили цей висновок. У новозеландському дослідженні типу «випадок — контроль» було зазначено, що годування груддю захищає від ЗЗК (для ХК ВР 0,55; 95% ДІ 0,41–0,74; для ВК ВР 0,71; 95% ДІ 0,52–0,96) з ефектом «тривалість — відповідь» [10]. Порівнянні дані були отримані в датському когортному дослідженні, у якому грудне вигодовування понад шість місяців зменшило шанс виникнення ЗЗК (ВР 0,50; 95% ДІ 0,23–1,11) [11]. Дві додаткові публікації, одна — із США, а друга — з Азіатсько-Тихоокеанського регіону, підтвердили наявність такого зв'язку [12, 13]. Грудне вигодовування протягом приблизно півроку або довше бажане для всіх немовлят [14].

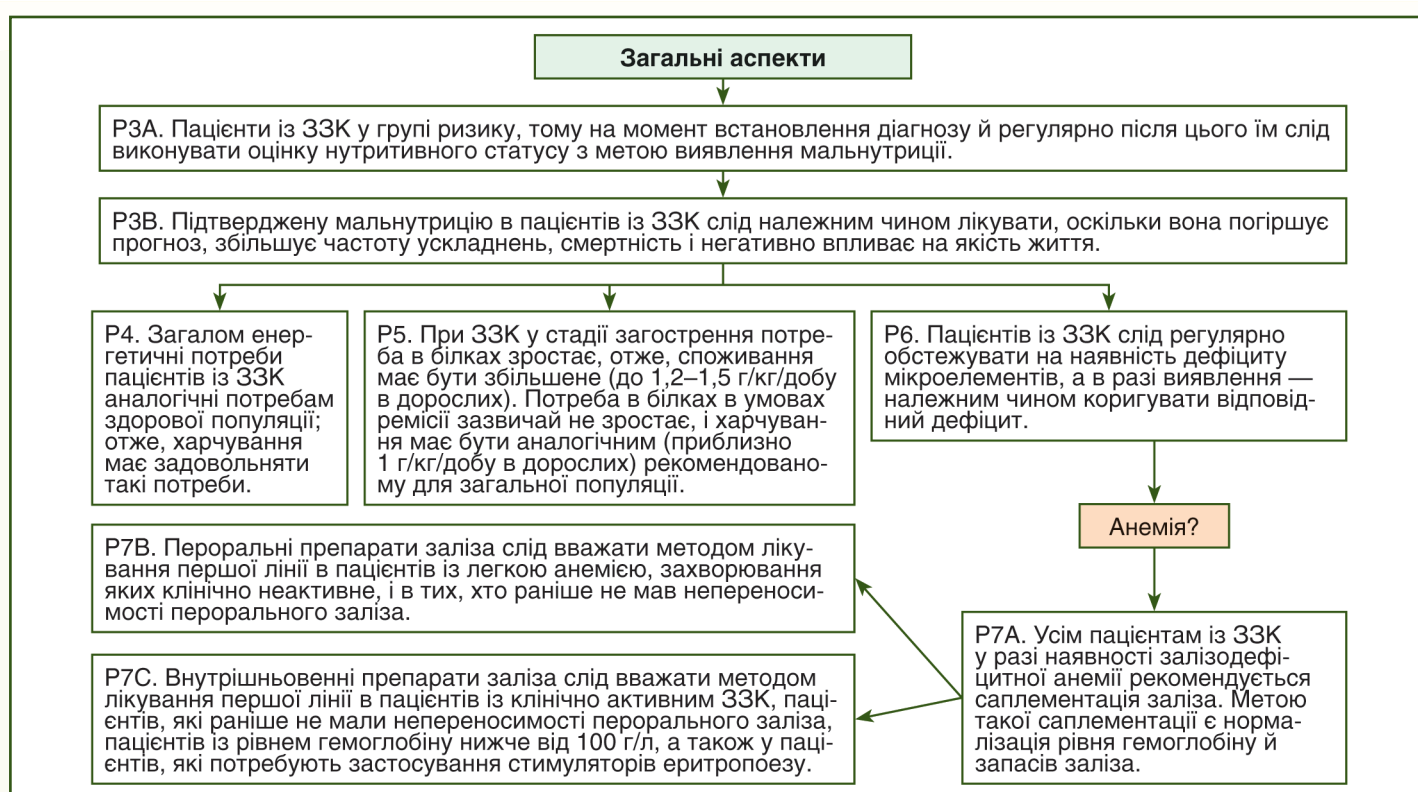


Рисунок 3

## II. Загальні аспекти (рис. 3)

### ■ Рекомендація 3А

**Пацієнти із ЗЗК знаходяться у групі ризику, тому на момент встановлення діагнозу й регулярно після цього їм слід виконувати оцінку харчового статусу з метою виявлення мальнутриції.**

**Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (96% згода)**

### ■ Рекомендація 3В

**Підтверджену мальнутрицію в пацієнтів із ЗЗК слід належним чином лікувати, оскільки вона погіршує прогноз, збільшує частоту ускладнень, смертність і негативно впливає на якість життя.**

**Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (96% згода)**

#### Коментар стосовно А/В

**Дорослі із ЗЗК** перебувають у групі високого ризику мальнутриції, причому в пацієнтів із ХК дефіцит зустрічається частіше, ніж у пацієнтів із ВК [15]. Пацієнти з ожирінням можуть мати прихований дефіцит безжирової маси, який може бути виявлений за допомогою таких інструментів, як вимірювання товщини шкірної складки. Пацієнти із ЗЗК у стадії загострення, особливо ті, захворювання яких погано реагує на медикаментозну терапію, піддаються найвищому ризику неповноцінного харчування. У дорослих ризик мальнутриції можна оцінити за допомогою валідованих інструментів скринінгу [16].

Пацієнти із ЗЗК з мальнутрицією піддаються більшому ризику госпіталізації після відвідування відділення екстреної допомоги [17] і госпіталізації через інфекцію [18]. У госпіталізованих пацієнтів мальнутриція є незалежним фактором ризику венозної тромбоемболії [19], непланової хірургічної операції [20], подовження терміну госпіталізації [15, 20] і збільшення смертності [15].

**Мальнутриція в дітей.** У дітей із ЗЗК мальнутриція є частою проблемою на момент встановлення діагнозу й може зберігатися, незважаючи на лікування основного захворювання [21]. Діти з ВК також піддаються ризику неповноцінного харчування, але дефіцит поживних речовин може не бути очевидним після вимірювання лише зросту й маси тіла [22]. Незважаючи на те, що існують різноманітні інструменти скринінгу, вони мають слабку здатність виявляти різні рівні нутритивного ризику в дітей із ЗЗК [23]. Неповноцінне харчування в дітей із ЗЗК сприяє порушенню розвитку в період статевого дозрівання й зниженню швидкості зростання, що може

обумовити низький зріст у дорослому віці. Особливо важливим у дітей із ЗЗК є порушення зростання, що є результатом поєднання запалення й хронічної мальнутриції [24].

### ■ Рекомендація 4

**Загалом енергетичні потреби пацієнтів із ЗЗК аналогічні здоровій популяції; отже, харчування має задовольняти такі потреби.**

**Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (93% згода)**

#### Коментар

Для наочності це питання можна сформулювати у два способи: по-перше, чи змінюється в пацієнтів із ЗЗК потреба в енергії порівняно зі здоровими людьми, по-друге, чи залежить потреба в енергії від активності захворювання?

Було проведено порівняно мало досліджень, що вивчали витрати енергії в пацієнтів із ВК, крім того, усі дослідження залучали лише невелику кількість пацієнтів. У періоди гострого тяжкого ВК може спостерігатись підвищення метаболічної активності порівняно з ремісією в дорослих [25, 26], це зрозуміло, якщо враховувати, що системні порушення (гарячка й тахікардія) є загальними. Однак збільшення витрат енергії в стані спокою, ймовірно, компенсується зменшенням фізичного навантаження. Значне зменшення обсягу харчування часто спостерігається при гострому ВК і може зумовити негативний енергетичний баланс [27].

В одному дослідженні, у якому вимірювали загальні витрати енергії в дорослих із ХК, були зареєстровані нормальні значення [28]. Було встановлено, що вимірювані витрати енергії в стані спокою на кілограм у дорослих пацієнтів перевищують показники в контрольних групах здорових добровольців [29] або є такими самими [30]. Водночас це може бути пов'язане з недостатнім врахуванням розмірів тіла й відносних пропорцій тканин різної метаболічної активності. Між активністю ХК і витратами енергії в стані спокою у дорослих не було відзначено послідовного зв'язку. У дітей із ХК виміряні витрати енергії в стані спокою відрізнялись незначною мірою. У проблемних випадках можна вимірювати витрати енергії в стані спокою за допомогою непрямой калориметрії.

### ■ Рекомендація 5А

**При ЗЗК у стадії загострення потреба в білках зростає, тому споживання має**

**бути збільшене (до 1,2–1,5 г/кг/добу в дорослих) порівняно з рекомендованим для загальної популяції.**

**Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (96% згода)**

### ■ Рекомендація 5В

**Потреба в білках в умовах ремісії зазвичай не зростає, і харчування має бути аналогічним (приблизно 1 г/кг/добу у дорослих) рекомендованому для загальної популяції.**

**Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (96% згода)**

#### Коментар стосовно А/В

Пацієнти із ЗЗК зазнають відносного зменшення безжирової маси й збільшення ожиріння з часом. Це може статися через постійний дефіцит поживних речовин, зростання швидкості обміну білків і втрату поживних речовин у кишечнику під час загострення захворювання або внаслідок лікування. Кортикостероїди збільшують чисту втрату білка в дітей [31] і дорослих [32] із ХК. І навпаки, застосування елементарних або полімерних сумішей для лікування ХК або як засобу нутритивної підтримки призводить до зниження протеолізу й збільшення об'єму нежирової тканини в дітей і дорослих [33–35].

Моніторинг антропометричних показників дає зрозуміти, у яких пацієнтів розвивається відносний дефіцит нежирової маси і які отримують користь від нутритивної підтримки. Немає переконливих доказів того, що добова потреба в білках у пацієнтів із ЗЗК відрізняється від потреби в здорових осіб контрольної групи, але, як зазначено в інших документах, поганий апетит та обмежене харчування є звичайним явищем. У пацієнтів, які отримують стероїди і яким рекомендований голод для забезпечення спокою шлунково-кишкового тракту (ШКТ), ентральне харчування (ЕХ) може мати сприятливий вплив на обмін білків у разі відсутності негативного впливу на перебіг захворювання.

Немає переконливих доказів того, що добова потреба в білках у пацієнтів із ЗЗК відрізняється від потреби здорових осіб контрольної групи. Отже, споживання 1 г білка на кожен кілограм маси тіла є доцільним. Однак при активному запаленні протеолітична катаболічна реакція обґрунтовує збільшення необхідного споживання до 1,2–1,5 г/кг маси тіла [36, 37].

Продовження на с. 12

## ВЛИЯНИЕ МЕЛИТТИНА — КОМПОНЕНТА ПЧЕЛИНОГО ЯДА — НА ЭКСПРЕССИЮ ФАКТОРОВ РЕГЕНЕРАЦИИ МЫШЦ

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1347861319310503?via%3Dihub#!>

Пчелиный яд широко используется в качестве терапевтического средства при артрите и ревматических заболеваниях. В недавних исследованиях сообщалось о различных эффектах пчелиного яда при невралгии, боли в спине и артрите. Более того, в систематических обзорах сообщается об эффективности пчелиного яда при скелетно-мышечных болях и ревматоидном артрите.

Мелиттин является одним из основных компонентов пчелиного яда, состоит из 26 аминокислот и имеет свойство образовывать каналы на плазматических мембранах. Мелиттин обладает противовоспалительными, противоревматическими и нейропротекторными свойствами. Однако благотворное влияние мелиттина на регенерацию мышц изучено недостаточно.

Скелетная мышца служит резервуаром питательных веществ и минералов. Поскольку повреждение мышц вызывает функциональные проблемы для нашего тела, правильное лечение очень важно. Нестероидные противовоспалительные препараты, такие как напроксен, ибупрофен и диклофенак, уменьшают боль и воспаление в поврежденных мышцах, однако неясно, оказывают ли они воздействие на регенерацию скелетных мышц. Кроме того, они имеют ряд побочных эффектов, что ограничивает их применение.

Ученые из Южной Кореи (Jae Eun Lee et al., 2019) исследовали терапевтические эффекты мелиттина на мышечное повреждение на мышинной модели. Оценивали функциональное восстановление поврежденной мышцы и уровни экспрессии генов, связанных с регенерацией мышц. Был проведен поведенческий и молекуляр-

но-биологический анализ, чтобы выяснить, ускоряет ли введение мелиттина восстановление мышечной функции и выработку факторов регенерирования мышечных волокон после физической травмы.

После травматизации двуглавой мышцы бедра животных лечили мелиттином (4, 20 или 100 мкг/кг) в течение 7 дней, в контрольной группе использовался диклофенак (30 мг/кг). Мелиттин значительно увеличил двигательную активность в тесте «открытое поле» и активность бега на беговой дорожке. Обработка мелиттином ослабляла провоспалительный цитокин MCP-1, TNF- $\alpha$  и IL-6. Было обнаружено, что мелиттин эффективно воздействовал на место повреждения и заметно увеличивал спонтанную двигательную и беговую активность у мышей. Это указывает на то, что мелиттин может улучшить восстановление мышечной функции после травмы.

Воспаление является важным этапом восстановления мышц после повреждения. Однако хроническое или гиперактивное воспаление может замедлить процесс заживления или привести к вторичному повреждению скелетных мышц. Следовательно, борьба с воспалением может способствовать восстановлению после повреждения мышц. MCP-1, TNF- $\alpha$  и IL-6 являются провоспалительными цитокинами, секретлируемыми при мышечной дегенерации. Повышенный уровень MCP-1 вызывает мышечную боль. В этом исследовании был измерен плазменный уровень провоспалительных цитокинов MCP-1, TNF- $\alpha$  и IL-6. Контрольные мыши, получавшие физраствор, показали более чем двукратное увеличение уровня MCP-1 по сравнению с мышами, получавшими мелиттин после

травмы. Лечение мелиттином подавляло секрецию MCP-1 в плазме. Мелиттин, возможно, ослаблял секрецию MCP-1, вызванную повреждением мышц, за счет ослабления воспалительных реакций, что приводило к обезболивающему эффекту.

Мелиттин также увеличивал экспрессию MyoD, миогенина и  $\alpha$ -SMA как на транскрипционном, так и на трансляционном уровне. Регенерация поврежденных скелетных мышц вызывается транскрипционной экспрессией миогенных факторов, таких как MyoD. MyoD накапливается в клетках-сателлитах, вызывая выработку тяжелой цепи миозина. Миогенин и  $\alpha$ -SMA также являются важными миогенными факторами для регенерации скелетных мышц. Важно отметить, что мелиттин заметно индуцировал экспрессию ассоциированных генов, по оценке с помощью qRT-PCR, предполагалось, что факторы транскрипции генерировались при травме у мышей. Примечательно, что все биомаркеры регенерации мышц были высоко экспрессированы в двуглавой мышце бедра у мышей, получавших мелиттин, по сравнению с таковыми у контрольных мышей после травмы. Образование новых миофибрилл во время регенерации мышц могло привести к процессу заживления после мышечной травмы. Гистологические исследования подтвердили восстановление травмированной мышцы в неопытной и других группах. Из-за более низкой продукции миофибрилл у контрольных мышей замедлялась регенерация мышц. Напротив, лечение мелиттином активно способствовало восстановлению поврежденных мышц за счет образования новых миофибрилл. Эти результаты показывают, что мелиттин может способствовать

восстановлению после ушиба мышц за счет активации факторов регенерации.

Было показано, что мелиттин не только продемонстрировал лучшие функциональные характеристики, но и подавил экспрессию воспалительных цитокинов. Эти данные свидетельствуют о благотворном влиянии мелиттина на регенерацию мышц после повреждения тканей. В заключение ученые заявляют о том, что мелиттин обладает потенциалом, способным регулировать факторы регенерации скелетных мышц.

В настоящем исследовании не наблюдалось какого-либо токсикологического воздействия мелиттина на животных во время эксперимента даже при самой высокой концентрации — 0,1 мг/кг. Принимая во внимание эти результаты, очевидно, что клиническое использование мелиттина относительно безопасно по сравнению с неочищенным пчелиным ядом или пчелиным укусом. Очищенный мелиттин имеет еще одно преимущество, заключающееся в том, что терапевтическую дозу легко контролировать на практике.

Безопасность — одна из основных проблем при клиническом применении пчелиного яда, который может вызывать аллергические реакции. Однако исследования показывают, что использование мелиттина является безопасным. В токсикологических исследованиях LD50 мелиттина у крыс Sprague — Dawley (SD) была выше 30,0 мг/кг. В другом токсикологическом исследовании (X. Kang et al. Pharmacopuncture. 2014) продолжительностью 13 недель повторная внутримышечная инъекция мелиттина не показала какой-либо значительной токсичности в дозе до 0,28 мг/кг, что намного выше, чем клинически используемая доза. ■

### АПИЗАРТРОН® — ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛИ И ВОСПАЛЕНИЯ

АПИЗАРТРОН — лекарственный препарат с комбинированным составом, который включает три активных компонента: стандартизированный пчелиный яд, метилсалицилат и аллилизотиоцианат, взаимно дополняющие и потенцирующие действие друг друга.

Основой мази АПИЗАРТРОН является пчелиный яд, оказывающий противовоспалительное, обезболивающее и биостимулирующее действие, осуществляемое за счет биологически активных веществ — пептидов и ферментов. К ним относятся мелиттин, гистамин, МСД-пептид, апамин, ферменты гиалуронидаза и фосфолипаза.

Мелиттин обеспечивает выраженный анальгетический, противовоспалительный эффект. Апамин влияет на иммунологические и аутоиммунные процессы, угнетает активность сывороточного комплемента, воздействуя на патогенез заболеваний опорно-двигательного аппарата. МСД-пептид повышает устойчивость эндотелия кровеносных сосудов и уменьшает их чувствительность к действию воспалительных агентов. Гиалуронидаза катализирует процесс расщепления гиалуроновой кислоты, способствует нормализации нервно-мышечной проводимости. Такой богатый состав пчелиного яда обеспечивает многонаправленный лечебный эффект мази АПИЗАРТРОН.

Вторым компонентом препарата АПИЗАРТРОН является метилсалицилат, принадлежащий к группе нестероидных противовоспалительных средств. Метил-

салицилат ингибирует циклооксигеназу и подавляет синтез простагландинов, оказывая противовоспалительное и анальгетическое действие, усиливающееся благодаря синергическому действию с ингредиентами пчелиного яда, прежде всего пептидом МСД. Обладая высоким абсорбционным потенциалом, метилсалицилат обеспечивает быстрое и глубокое проникновение пчелиного яда и аллилизотиоцианата в очаг воспаления, создавая в нем высокую концентрацию и ускоряя наступление терапевтического эффекта. Таким образом, АПИЗАРТРОН действует быстро и непосредственно на место воспаления, где генерируется боль.

Третий компонент — аллилизотиоцианат. При нанесении на кожу аллилизотиоцианат оказывает местнораздражающее действие, улучшает кровообращение в месте нанесения и вызывает разогревающий эффект.

АПИЗАРТРОН (esparma GmbH) успешно применяется для местного лечения боли в суставах, мышцах и спине уже более 40 лет, что свидетельствует о высокой степени доверия к препарату. Он производится в Германии по строгим европейским стандартам, гарантирующим надлежащие условия производства, высокий уровень качества сырья и стабильный состав действующих веществ, что обеспечивает неизменно высокую эффективность и безопасность терапии. ■

Подготовила Татьяна Брандис ■



# Знову з вами



## 3 НОВОЮ СИЛОЮ! В новій упаковці!

- **Багатосторонній цілющий вплив**  
біологічно активних складових бджолоїної отрути
- **Глибоке прогрівання тканин**  
завдяки алілізотіоціанату гірчичної олії
- **Протизапальна дія**  
нестероїдного протизапального метилсалицилату




## ВОЗ ПРЕДЛОЖИЛА ИЗМЕНИТЬ ТРЕБОВАНИЯ GMP ДЛЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВ

Всемирная организация здравоохранения решила пересмотреть руководство по требованиям надлежащей производственной практики (GMP) касательно препаратов, которые проходят исследования.



В новый перечень требований ВОЗ вошли обновленные рекомендации по управлению рисками для качества лекарственных средств (ЛС).

Новая версия руководства ВОЗ по требованиям GMP — это первое с 1996 года обновление рекомендаций. Такую информацию передает RAPS.

Производство препаратов от коронавируса и требование экспертов ВОЗ по перекалфикации послужили причиной для обновления данного документа. На данный момент проект документа открыт для публичного обсуждения, а также будет проходить вторую стадию пересмотра. Итоговый вариант представят в 2021 году.

В проекте руководства урегулированы вопросы управления качеством, рисками для качества, все, касающееся сотрудников, документации, помещений и оборудования, материалов, производства, квалификации и валидации, претензий, контроля качества, отзывов и возврата продукции, ликвидации препаратов.

Руководство ВОЗ призвало фармпроизводителей установить систему управления рисками для качества. По мнению организации, она должна использоваться предупредительно и ретроспективно, а ее итоговой миссией должна быть защита испытуемого продукта и патента. Отмечается, что оценка риска должна показывать масштабы квалификации и валидации, которые нужны для экспериментальных ЛС.

Фармкомпаниям также рекомендуют обновить письменные процедуры по работе с претензиями и отзывами, которые необходимо зафиксировать и провести анализ. ■

## ОПРОС: ОТ ЧЕГО И КАК ПОСТРАДАЛИ АПТЕКИ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19

В Британии изучили проблемы, с которыми столкнулись аптеки в ходе пандемии, обнаружив глобальные проблемы в работе аптечных учреждений. Выяснилось, что аптечный бизнес оказался совершенно неготовым к первой волне эпидемии и остался без поддержки.

Нехватка персонала в аптеках — глобальная универсальная проблема, которая экстремально обострилась в результате кризиса COVID-19. Согласно данным опроса, 95 % аптек в Кенте (Великобритания) столкнулись с кадровыми проблемами в период пандемии коронавируса, при этом большинство из них описали данные проблемы как «значительные».

Опрос, проведенный организацией по защите интересов пациентов Healthwatch, показал, что острая нехватка кадрового состава в аптеках отмечалась еще при первой волне эпидемии COVID-19: некоторые из аптек сообщили, что в то время не смогли прийти на работу около половины их сотрудников. «Персоналу пришлось самоизолироваться, и рабочая нагрузка выросла буквально вдвое. Остальные сотрудники оказались под невыносимым давлением; некоторые тогда ушли с работы, не выдержав напряжения», — заявил один из респондентов.

Опрос Healthwatch также показывает, что:

➔ 92 % аптек «не получали информацию, поддержку и оборудование, необходимые для реагирования на первую волну пандемии»;

➔ четыре пятых аптек пострадали от «трудного и медленного» взаимодействия с врачами общей практики.

В документе, опубликованном Healthwatch, также подробно описывается повсеместное отсутствие средств индивидуальной защиты и доступа к тестированию на коронавирус в первые месяцы кризиса.

Что касается предложений по улучшению ситуации, то респонденты ожидают более ощутимого государственного финансирования. По мнению большинства, только поддержка со стороны правительства поможет независимым аптекам пережить следующую волну эпидемии. Кроме того, предлагается улучшить взаимодействие с другими здравоохранительными структурами службы и расширить возможности фармацевтов. Например, участники опроса предложили разрешить фармацевтам вносить незначительные изменения в рецепты. ■

## SAMSUNG ПРИСТУПИЛА К СТРОИТЕЛЬСТВУ КРУПНЕЙШЕГО БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ В МИРЕ

Samsung Biologics объявила о начале строительства своего крупнейшего фармзавода в Инчхоне. «Суперзавод» станет крупнейшим в мире биофармацевтическим предприятием.

Проектная мощность нового завода компании составит более 256 000 литров биопрепаратов в год, предприятие станет крупнейшим и мощнейшим в мире в своем классе. Площадь «суперзавода» составит 238 тыс. кв.м., площадка расположится в Южной Корее, вблизи города Инчхон.

Предприятие строится в рамках совместного проекта Samsung Biologics и правительства Кореи. На днях стороны провели виртуальную церемонию закладки первого камня в фундамент предприятия.

По завершении строительства завод в Инчхоне должен обеспечивать до трети всех мировых производственных мощностей в области биофармацевтического контрактного производства. Кроме того, площадка будет модульной, что позволит запустить первые производственные линии уже в 2022 году, а на полную мощность завод выйдет уже к 2023 году.

Много внимания уделили и мерам безопасности и конфиденциальности данных клиентов: завод будет защищен от кибератак.

Предприятие будет обеспечено собственной лабораторией для контроля качества, а модульное устройство предприятия позволит быстро переключаться на различные режимы производства. Завод сможет предоставлять полный спектр процессов CDO, CMO, CRO, предлагая комплексные услуги, включая возможность разработки на ранних стадиях и крупномасштабное коммерческое производство.

«Мы стремимся вывести удовлетворенность клиентов на новый уровень. Завод № 4 добавит непревзойденную ценность нашим возможностям по разработке и производству биопрепаратов с высочайшим качеством и инновационными технологиями, — сказал д-р Ким (Dr. Kim). — Мы будем продолжать инвестировать, создавать рабочие места и обслуживать наших уважаемых клиентов в качестве CMO-, CDO- и CRO-лидеров в деле повышения доступности жизненно важных лекарств для всех». ■

## НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ СТАТИНОВ ОБЪЯСНИЛИ ЭФФЕКТОМ НОЦЕБО

Согласно результатам масштабного клинического исследования SAMSON, пациенты, жаловавшиеся на неприятные симптомы в течение 2 недель после начала приема аторвастатина, сообщали о подобных побочных эффектах также и при приеме плацебо.

Исследователи обнаружили, что различие в тяжести симптомов, о которых сообщалось в группе плацебо и в группе аторвастатина, не было клинически значимым. Когда эффект ноцебо был обнаружен у пациентов, которые первоначально прекратили терапию статинами из-за побочных эффектов, половина из них была готова возобновить лечение. Так, через 6 месяцев после завершения испытания половина всех участников возобновила терапию статинами.

По мнению авторов, эти данные свидетельствуют о большем бремени, обусловленном эффектом ноцебо, чем можно было бы предположить по суще-

ствующим оценкам. «Нам часто приходится вести пациентов, которые перестали принимать статины, ссылаясь на побочные эффекты. Тем не менее в плацебо-контролируемых испытаниях не больше участников интервенционных групп прекращали прием статинов по этой причине, чем пациентов из контрольных групп, которые получали только плацебо», — заявили они во время последней встречи Американской кардиологической ассоциации.

Впрочем, на практике у многих пациентов нежелательные побочные эффекты развиваются позже чем через две недели применения статинов. Например, в исследовании SEARCH было показано, что миалгии развиваются у 85–90 % больных после первого месяца терапии статинами. Поэтому, конечно же, результаты SAMSON ни в коем случае не следует экстраполировать на всех пациентов. ■

## ASTRAZENECA ПРОВЕДЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСА

Британская фармацевтическая компания AstraZeneca проведет дополнительные исследования вакцины AZD122 от коронавируса — такое решение было принято из-за допущенной ошибки в дозировке во время клинического исследования (КИ) III фазы. В компании заявили, что эта оплошность не повлияла на результаты КИ в целом, однако внесла путаницу в данные об эффективности препарата. Чтобы прояснить ситуацию и развеять сомнения экспертов, в компании решили провести еще одно КИ.

Отмечается, что решение о дополнительных исследованиях было принято из-за необходимости понять реальную эффективность препарата, поскольку его разработчики выяснили, что для повышения действенности вакцины объемы ее первой и второй дозы должны отличаться.

«Возможно, это будет еще одно международное исследование, но оно пройдет быстрее, потому что мы знаем о высокой эффективности вакцины и нам нужно меньшее количество пациентов», — заявил исполнительный директор компании Паскаль Сорио.

Он добавил, что в ходе разработки вакцины и ее массового испытания разработчики выяснили, что при введении двух полных доз препарата его эффективность составляет 62 %, а при введении первой малой дозы и второй большей эффективность повышается до 90 %.

Также Сорио отметил, что проведение дополнительного испытания не повлияет на сроки сертификации вакцины в Европе и США. ■

## ЦИФРОВУЮ ТЕРАПИЮ ГИПЕРТОНИИ ИСПЫТАЮТ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ COVID-19

Британская биотехнологическая компания Closed Loop Medicine (CLM) начала набор пациентов для участия в испытании, которое покажет, поможет ли ее приложение для смартфона CLM-HT01 улучшить контроль артериального давления у пациентов с гипертензией. Программа CLM-HT01 сочетает в себе новые рецептуры уже зарегистрированных лекарств, назначаемых для снижения артериального давления, с приложением класса цифровой терапии, которое должно отслеживать опасные симптомы и предупреждать осложнения, в том числе связанные с фармакотерапией.

Новое исследование специально разработано для включения пациентов, защищающихся от COVID-19: специалисты оценят, насколько хорошо такие пациенты могут контролировать давление в до-

машних условиях, а также выяснят, повышает ли гипертензия риск более тяжелого инфекционного заболевания. Авторы изменили дизайн исследования таким образом, чтобы участникам не потребовалось посещений больницы и все взаимодействия между пациентами и клиническим персоналом осуществлялись в удаленном режиме.

В общей сложности перестроенное исследование под названием Personal COVID BP будет включать до 1000 пациентов. По заявлению Closed Loop Medicine, основной целью исследования является разработка комбинированного продукта, который может спасти тысячи жизней за счет снижения количества инфарктов и инсультов. В то же время цифровое приложение будет отслеживать и симптомы COVID-19 у большей группы людей с гипертензией. ■

## ИММУНОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ COVID-19-ПНЕВМОНИИ СВЯЗНА С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И КОАГУЛОПАТИЕЙ

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048488>

L. Nicolai и соавт. в статье, опубликованной в журнале «Circulation», продемонстрировали, что при COVID-19 присутствуют воспалительные микрососудистые тромбы в легких, почках и сердце, поддерживающие нейтрофильные внеклеточные ловушки (NET), связанные с тромбоцитами и фибрином. Кроме того, у этих пациентов присутствуют нейтрофильно-тромбоцитарные агрегаты и в крови наблюдается явный паттерн активации нейтрофилов и тромбоцитов. Если в случаях средней тяжести демонстрируется фенотип истощения тромбоцитов и гипореактивных нейтрофилов, то у пациентов с тяжелым течением отмечается избыточная активация тромбоцитов и нейтрофилов по сравнению со здоровыми контролями и нековидной пневмонией. Дисрегулируемый иммунотромбоз при SARS-CoV-2-пневмонии связан как с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), так и с системной гиперкоагуляцией.

Дисрегулируемые тромбоциты и нейтрофилы вместе запускают системное протромботическое состояние с воспалением в качестве триггера тромботических осложнений.

Микрососудистые тромбы состоят из нейтрофилов, тромбоцитов и нейтрофильных внеклеточных ловушек и являются главным признаком тяжелой инфекции, связанной с мультиорганной недостаточностью и системной гиперкоагуляцией.

Обнаружена выраженная активация нейтрофилов и тромбоцитов и повышенная коагуляция, все это коррелирует с прогрессированием заболевания. Поэтому иммунотромбоз — центральный патогенетический фактор, связывающий дыхательную недостаточность и системную гиперкоагуляцию, пишут авторы. И иммунотромботическая дисрегуляция — ключевой маркер тяжести заболевания при COVID-19, заключают они.

### Н-АЦЕТИЛЦИСТЕИН В БОРЬБЕ С COVID-19

Обзорная статья с таким названием была недавно опубликована в журнале «Therapeutics and Clinical Risk Management». Американские ученые Zhongcheng Shi и Carlos A. Puyo отмечают, что в результате изучения новых применений уже существующих лекарств можно выявить их ценные потенциальные возможности при лечении COVID-19. Таким препаратом стал N-ацетилцистеин (NAC). Был представлен тщательный анализ проведенных исследований N-ацетилцистеина. Краткий перевод статьи представляем вашему вниманию.

Вирус SARS-CoV-2 вызывает серьезные заболевания у людей с ослабленным иммунитетом, пожилых пациентов и у людей с ранее существовавшими заболеваниями. ОРДС является основной причиной смерти пациентов с COVID-19, что связано с нарушением регуляции иммунных ответов хозяина после вирусной инфекции. Одним из ранних иммунных ответов при вирусной инфекции является выработка цитокинов из иммунных клеток. Высокий уровень интерлейкина-8 (IL-8), сильного хемоаттрактанта для нейтрофилов, был обнаружен на ранней стадии при инфицировании SARS. После активации в результате инфекции нейтрофилы быстро проникают в участки воспаления в легких, где они производят и секретируют цитокины, ферменты, включая нейтрофильную эластазу (NE), активные формы кислорода (ROS) за счет оксидативного стресса и, наконец, высвобождают ДНК с образованием внеклеточных ловушек нейтрофилов. В тяжелых случаях у пациентов с COVID-19 повышенное количество нейтрофилов было связано с тяжестью заболевания, главным образом из-за производства большого количества провоспалительных цитокинов, создающих цитокиновый шторм. В нейтрофилах может разлагаться большое количество функционально важных молекул, таких как факторы свертывания крови и белки компонента. Активность NE может частично объяснить значительное увеличение D-димера, наблюдаемое при COVID-19. Кроме того, NE, связанная с NET, может разрушать плазминоген без образования плазмина на фибрине, что приводит к нарушению фибринолиза. Это говорит о том,

что NET могут служить платформой для активации и формирования внутрисосудистой коагуляции. Любая мера, которая может подавить активацию нейтрофилов, может улучшить исходы пациентов с COVID-19.

N-ацетилцистеин, предшественник антиоксиданта глутатиона, используется для разжижения густой слизи в легких. Он обладает антиоксидантным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Это те характеристики, которые могут оказаться полезными в лечении и профилактике COVID-19.

### АНТИВИРУСНЫЕ ЭФФЕКТЫ Н-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА

РНК-вирусы нуждаются в активной поддержке пути NF-κB в пределах клетки-хозяина для репликации. Для коронавирусов человека подавление NF-κB значительно снижает скорость репликации. Следовательно, препараты, ингибирующие NF-κB, потенциально могут снизить репликацию вируса. Было продемонстрировано, что NAC также ингибирует NF-κB. N-ацетилцистеин также снижает выработку провоспалительных цитокинов (IL-8, CXCL10, CCL5 и IL-6), тем самым снижая хемотаксическую миграцию моноцитов. Кроме того, NAC, как было показано в исследованиях, ингибирует репликацию других вирусов, таких как вирус иммунодефицита человека и респираторный синцитиальный вирус. Это означает, что теоретически NAC также может подавлять SARS-CoV-2 из-за его способности ингибировать NF-κB.

NAC также может быть прямым ингибитором SARS-CoV-2. В SARS-CoV-2 основная протеаза (Mpro) необходима для репликации вирусов. Многие исследователи стремились разработать ингибиторы, специфически направленные на Mpro. Zhang et al. представили кристаллическую структуру Mpro и разработали соединение 13b, которое может эффективно ингибировать SARS-CoV-2-репликацию в клетках легких человека. Однако потребуется время, чтобы этот многообещающий ингибитор Mpro мог применяться клинически.

R. Guthappa предположил, что NAC может связываться с Cys145, основной протеазой Mpro, и ингибировать активность протеазы, а затем подавлять репликацию вируса. Таким образом, NAC может применяться в терапии SARS-CoV-2 с учетом его структурных характеристик.

### ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА Н-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА

Клеточный иммунитет также необходим хозяину для борьбы с вирусной инфекцией, которая регулируется антиоксидантным балансом. Этот баланс поддерживается антиоксидантами, включая глутатион. В иммунных клетках пожилых людей или людей с ослабленным иммунитетом количество активных форм кислорода увеличивается из-за снижения глутатиона, что вызывает нарушение регуляции иммунных ответов, особенно функций, опосредованных T-клетками. Это может объяснить подавленный клеточный иммунитет и повышенную летальность у пожилых людей в результате инфекционных заболеваний. Снижение количества T-клеток в результате апоптоза также наблюдалось

у критических пациентов с COVID-19. Было продемонстрировано, что NAC может изменять окислительно-восстановительный потенциал за счет восполнения восстановленного глутатиона (GSH), который подавляет активацию NF-κB при концентрациях 10 mM и более, приводя к модуляции продукции цитокинов и хемотаксических сигналов (Sadowska A.M. et al.). Более того, нейтрофилы от здоровых добровольцев, принимавших NAC (600 мг в день) в течение 14 дней, показали более низкую скорость окислительного стресса и хемотаксиса. NAC также подавлял высвобождение эластазы из нейтрофилов, индуцированное формил-метионин-лейцил-фенилаланином (fMLP).

Учитывая, что пероральный прием NAC (600 мг два раза в день) значительно снижал частоту и тяжесть гриппа, он также может снизить заболеваемость пневмонией. Таким образом, N-ацетилцистеин — недорогой, одобренный FDA, с очень низким уровнем токсичности препарат, в течение многих лет применявшийся в клинической практике, имеет потенциал для улучшения терапевтических стратегий при COVID-19. NAC может подавлять репликацию SARS-CoV-2, тем самым улучшая исход заболева-

### СПРАВКА

На фармацевтическом рынке Украины ацетилцистеин представлен несколькими препаратами. Стоит обратить внимание на препарат ЭВКАБАЛ® САШЕ немецкого производителя «esparma GmbH». ЭВКАБАЛ® САШЕ представлен в двух дозировках: 200 мг (для детей старше 6 лет и взрослых) и 600 мг (для детей старше 14 лет и взрослых). Преимуществом препарата ЭВКАБАЛ® САШЕ является высокое качество субстанции, которое подтверждает сертификат GMP европейского образца.

[https://www.dovepress.com/front\\_end/cr\\_data/cache/pdf/download\\_1605635391\\_5fb40d3f2800e/tcrn-273700-n-acetylcysteine-to-combat-covid-19-an-evidence-review.pdf](https://www.dovepress.com/front_end/cr_data/cache/pdf/download_1605635391_5fb40d3f2800e/tcrn-273700-n-acetylcysteine-to-combat-covid-19-an-evidence-review.pdf)

# ЕВКАБАЛ® САШЕ ацетилцистеїн

РОЗЧИНЯЄ КАШЕЛЬ

- САШЕ 200 з 6 років
- САШЕ 600 з 14 років



Інформація про лікарські засоби для медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація про лікарські засоби міститься в інструкції про медичне застосування. РП, МОЗ України UA/16272/01/01 від 04.09.2018; РП, МОЗ України UA/16272/01/02 від 05.09.2018.



## К БАРЬЕРУ!



*Я ему сказал, что вы никаких, ни устных, ни письменных, извинений от него принимать не намерены, а требуете его всенепременно к барьеру.*  
**Болеслав Маркевич. Бездна**

В Украине введены новые штрафы за нарушение масочного режима, поэтому обобщенная информация о классификации, эффективности и порядке применения этих защитных средств будет полезна потребителям.

В ответ на запрос в Интернете «купить защитную маску» при огромном выборе предложений ассортимент сводится всего к нескольким позициям: одноразовые медицинские маски и маски немедицинские многоразовые тканевые.

Одноразовые изделия продают по цене от 1 грн 13 коп. до 5 грн, и за эти деньги можно приобрести следующие виды защитных медицинских масок:

- ➔ трехслойную;
- ➔ четырехслойную;
- ➔ с зажимом или фиксатором переносицы.

Наиболее популярные цвета — голубой и черный.

Ценовой диапазон тканевых масок всех цветов радуги — от 33 до 126 грн, включая двухслойные маски с логотипом, трикотажные с карманом, тканевые графитовые и даже шестислойные.

Произведены изделия в Украине, Китае, Турции, Испании, Италии, Индии, Польше, Болгарии.

Кого и от чего защищает маска? Из каких материалов она должна быть изготовлена? Какова ее эффективность, кто и как это определяет? Ответы на эти вопросы должен дать нормативный документ, в соответствии с которым произведена отечественная продукция, или инструкция по использованию, в случае если изделие импортного производства.

Министерство здравоохранения Украины с учетом сложившейся ситуации с распространением коронавирусной инфекции COVID-2019 и с целью информирования медицинского сообщества, субъектов хозяйствования и населения Украины на своем сайте предоставило обобщенную информацию о государственных стандартах Украины, нормативно-правовых документах, которые регулируют требования к средствам индивидуальной защиты (МОЗ України. Інформаційна довідка щодо Державних стандартів України, які регулюють вимоги до засобів індивідуального захисту. <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/%D0%97%D0%86%D0%97%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8.pdf>).

КУЗЬМИНОВ Б.П., доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ эпидемиологии и гигиены Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина



В Украине можно изготовить маску в соответствии с требованиями ДСТУ EN 14683: 2014 «Маски хирургические. Требования и методы испытаний», но в этом стандарте установлены конструкционные и эксплуатационные требования, а также методы испытаний хирургических масок, предназначенных для ограничения передачи инфекции от персонала к пациентам во время хирургических операций в операционных и других медицинских учреждениях с аналогичными требованиями, и они не распространяются на маски, предназначенные только для индивидуальной защиты персонала.

Учитывая возможности организации производства масок медицинских марлевых на местах, требования к этой продукции изложены в Приказе Министерства здравоохранения Украины от 31.10.2009 № 790 «Об утверждении примерной технологической инструкции по изготовлению масок медицинских марлевых и согласовании типовых технических условий «Маски медицинские марлевые».

Анализ реестра («Перелік висновків державної санітарно-епідеміологічної експертизи, виданих Держпродспоживслужбою»), размещенного в открытом доступе на официальном сайте, свидетельствует, что за период с января по декабрь 2020 года рассмотрен и выдан 26 601 разрешительный документ, из них 98 — на технические условия, касающиеся защитных масок.

Некоторые производители масок свои технические условия не разрабатывают и декларируют, что выпускают изделия в соответствии с ДСТУ EN 136: 2003 «Засоби індивідуального захисту органів дихання. Маски. Вимоги, випробовування, маркування» (EN 136: 1998, IDT) — стандартом, распространяющимся на средства индивидуальной защиты лиц, работающих в разных отраслях промышленности; ДСТУ EN ISO 13688: 2016 «Одяг захисний. Загальні вимоги» (EN ISO 13688: 2013, IDT; ISO 13688: 2013, IDT) — стандартом, устанавливающим общие требования к характеристикам по эргономике, безопасности, износу, совместимости и маркировке защитной одежды, предназначенным для использования только

в сочетании с другими стандартами, которые содержат требования к конкретным защитным характеристикам, а не в качестве самостоятельного документа.

Также широко применяются ДСТУ EN 149: 2017 «Засоби індивідуального захисту органів дихання. Фільтрувальні півмаски для захисту від аерозолів. Вимоги, випробовування, маркування» (EN 149: 2001 + A1: 2009, IDT) и ДСТУ EN 14126: 2008 «Одяг захисний. Захист від інфекційних агентів. Вимоги до експлуатаційних характеристик і методи випробовування», которые даже исходя из названия, а тем более при детальном рассмотрении никакого отношения к защитным маскам не имеют.

Среди импортной продукции, на которую выдано 87 разрешительных документов, доминируют китайские производители.

Инструкции к импортным маскам, продублированные на государственном языке, лаконично сообщают, что изделия предназначены для безопасности и предупреждения инфицирования, обеспечивают барьер и минимизируют распространение инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.

Для понимания того, что передается воздушно-капельным путем, целесообразно подробно рассказать о биологических аэрозолях, частицы которых несут в себе жизнеспособные микроорганизмы. Они возникают в помещениях во время разговора, кашля и чихания, осуществления различных технологических процессов, в результате испарения и высыхания жидкостей, а также при попадании с пылью в воздух экскрементов больных животных и человека.

В зависимости от размера частиц различаются 4 фазы биологического аэрозоля: крупнокапельная (диаметр частиц > 100 мкм), мелкокапельная (диаметр частиц < 100 мкм), капельно-ядерная (диаметр частиц < 1 мкм) и так называемая бактериальная пыль (частицы размером в десятки и сотни нанометров).

Частицы крупнокапельной фазы находятся во взвешенном состоянии в течение нескольких секунд и быстро оседают. Дальность их рассеивания не превышает 2–3 метра. В плане распро-

странения возбудителей заболеваний крупные капли представляют наибольшую опасность только в момент образования и в непосредственной близости от больного. Оседая на различные поверхности, они смешиваются с пылью и, подсыхая, образуют бактериальную пыль, которая при движении воздуха в помещениях многократно поднимается и оседает на поверхности, что делает ее источником постоянного повторного заражения воздушной среды.

Частицы пылевой фазы аэрозоля размером более 50 мкм, оседаясь на поверхностях под действием конвекционных потоков воздуха, вновь оказываются во взвешенном состоянии и способны многократно реинфицировать воздух помещения, создавая в нем предельно высокие концентрации микроорганизмов.

Мелкокапельная фракция частиц размером 30 мкм и более медленно оседает, формируя вместе с частицами крупнокапельной фазы бактериальную пыль. Мелкие частицы (до 10 мкм) подсыхают и превращаются в ядрышки размером 1 мкм и менее, формируя капельно-ядерную фракцию. Частицам мелкокапельной фракции присуща высокая способность переноситься с потоками воздуха на значительные расстояния. Частицы размером менее 10 мкм из-за своего малого размера (1–10 мкм) способны проникать в наиболее глубокие отделы дыхательных путей и являются одним из ключевых движущих факторов в распространении воздушно-капельных инфекций.

Величина частиц биологического аэрозоля определяет глубину их проникновения в дыхательные пути человека и, соответственно, локализацию и тяжесть течения заболевания.

Частицы размером более 30 мкм оседают в основном на слизистой оболочке носа, гортани и трахеи, частицы размером 3–10 мкм проникают в более глубокие отделы респираторного тракта — бронхиолы, а частицы размером 0,3–1 мкм могут достигать альвеол.

Наибольшую опасность представляют высокодисперсные аэрозоли, частицы которых имеют размер до 2 мкм. Именно такие частицы проникают в глубокие отделы легких, вызывая их первичные поражения в виде пневмоний.

Количество и величина частиц биологического аэрозоля, создаваемого инфекционным больным в воздухе помещения, зависит от силы и частоты физиологических актов чихания, кашля, разговора, а также интенсивности образования мокроты (Бесараб С. Задержать COVID-19. Все про фильтрацию воздуха на случай пандемии. <https://habr.com/ru/post/487176/>).

**?** Что же противопоставлено биологическому аэрозолю, передающемуся воздушно-капельным путем?

Маски защитные медицинские трехслойные — наиболее распространенный тип масок, по цене они доступны всем, продаются повсеместно (в аптеках, продуктовых и хозяйственных магазинах). Состоят из трех слоев: наружные изготов-



лени из нетканого материала (например, спанбонда), а внутренний — из фильтробумаги либо другого синтетического материала (например, мельбланда), фильтрующего крупные частицы. Наличие гибкой алюминиевой вставки обеспечивает прилегание маски по форме носа. Маски крепятся на лице при помощи резинок, закрывают область носа и рта, но при этом прилегают к лицу неплотно. Эффективны против пыли и бактерий, быстро набирают влагу и становятся рассадником микрофлоры через 20–40 минут.

Маски защитные медицинские четырехслойные аналогичны трехслойным и внешне неотличимы от них, но содержат дополнительный внешний слой из водонепроницаемого материала. За счет слоя, адсорбирующего влагу, служат полноценно до 2 часов.

Тканевые маски не содержат фильтр и изготавливаются из одного или двух слоев цветной синтетической ткани. Хорошо фильтруют частицы диаметром более 4 микрон. Качество фильтрации зависит от типа ткани, близости в ней нитей, а также конструкции маски, которая должна плотно прилегать к лицу.

При наличии в маске кармана его можно использовать как место под дополнительную фильтрующую вставку. В качестве вставки используются синтепон, флизелин либо другие материалы, причем производитель рекомендует пропитать их дезинфицирующим средством.

Тканевые графитовые маски сделаны отнюдь не из минерала, а просто выпускаются черного цвета. Производитель утверждает, что сшиты они из прочного спортивного трикотажа, снижают возможность попадания загрязненного воздуха через дыхательные пути, при этом не

препятствуют поступлению кислорода, а также не вызывают аллергическую реакцию.

Информация о шестислойных тканевых масках ограничивается тем, что они сшиты из бязи и возможно их многократное использование.

Декларация о многократном использовании тканевых масок обуславливает их ежедневную стирку, стерилизацию кипячением, парогенератором, ультрафиолетом или замачиванием в хлорке. После таких манипуляций маска мгновенно теряет свой вид, а накапливаемая влага и статическое электричество почти мгновенно станут благодатной почвой для бактерий и вирусов. Тканевые маски создают ложное чувство безопасности и могут в основном использоваться для самоуспокоения.

Отдельно следует сказать о неопределенных многоразовых масках. Неопрен — это синтетический хлоропреновый каучук (вспененная резина). Его применяют в разных сферах жизни человека: промышленности, водолазном деле, потребительских товарах (чехлы для телефонов и ноутбуков), спорте, медицине. В последнее время этот материал становится модным для пошива трендовой одежды. В медицине неопрен, причем определенного типа (W), отличающийся белым цветом, используют для изготовления биндажей. Также из неопрена изготавливают медицинские перчатки.

На этикетке неопреновой маски отечественного производства нет информации о нормативном документе, в соответствии с которым она изготовлена, и о разрешительном документе, позволяющем использовать изделие на территории Украины в качестве индивидуального средства

защиты. В инструкции по применению производитель указывает, что изделие не подлежит сертификации, и в то же время утверждает, что маска задерживает 99 % мельчайших частичек пыли и водных суспензий. Кроме того, приведена информация, что тесты (неизвестно кем, когда и где проведенные) показали отсутствие аллергической реакции (неизвестно у кого) на этот материал. Кстати, мыть и стерилизовать (как — неизвестно) неопреновую маску нужно также ежедневно.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, применение медицинских масок входит в состав комплекса мер для профилактики инфекций и инфекционного контроля и может способствовать ограничению распространения ряда вирусных инфекций, в том числе COVID-19. Маски могут применяться здоровыми людьми в качестве средства индивидуальной защиты (для защиты при контакте с заболевшим) либо для контроля за источником инфекции (то есть применяются заболевшими для профилактики дальнейшей передачи инфекции) ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC\\_Masks-2020.4-rus.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-rus.pdf)).

Знать, как правильно носить медицинскую маску, очень важно, в противном случае защитный эффект изделия будет сведен к минимуму.

Одноразовую медицинскую маску применяют всего 1 раз и размещают на лице так, чтобы она закрывала нос, рот и подбородок. Если маска оснащена завязками, их нужно крепко завязать. Если в маску вшито пластичное крепление в области носа, его плотно подгоняют пальцами к спинке носа. Специальные складки на маске разворачивают, чтобы придать изделию более

функциональную форму для основательного прилегания к лицу. Намокшую от кашля, чихания или дыхания маску меняют немедленно, утилизируют и надевают другую — сухую и чистую. В среднем медицинскую маску меняют каждые 2 часа. Снимать использованную маску следует, ухватившись за ушные петли или завязки.

Как врач-гигиенист, хочу обратить внимание на цвет маски. В культуре многих стран белый цвет — это символ чистоты. Не случайно врачей называют людьми в белых халатах. Трудно себе представить визит к врачу, облаченному в черный, синий или серый халат подсобного рабочего. На нем не видна грязь — рассадник микроорганизмов.

Также следует сказать, что у каждого человека свой уровень чувствительности кожи, и при длительном контакте маски с кожей возможно развитие аллергической реакции. Зависит это не от качества материала, а от индивидуальной чувствительности кожи человека к различным, в том числе и синтетическим, материалам.

Мужчинам — любителям растительности на лице хочу сообщить, что борода и усы будут снижать защитную функцию маски и увеличивать их шансы на получение инфекции.

«К барьеру!» — так в старину звучал вызов на поединок. Участники дуэли выбирали оружие и в случае необходимости согласовывали барьерную дистанцию.

Поединок с коронавирусной инфекцией в нашей стране длится уже девятый месяц, и вирус, как герой известного произведения Болеслава Маркевича «Бездна», никаких извинений, ни устных, ни письменных, принимать не намерен.

Вызов сделан, а выбор средств защиты — за каждым из нас. ■

ГОЛОВНІ ПОДІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

XII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

**За підтримки:**

Комітету ВР України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування

Міністерства охорони здоров'я України

Київської міської державної адміністрації

**Генеральний партнер:**

**Офіційний партнер:**

УВАГА! НОВЕ МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ

20–22 квітня 2021 року

**Організатори:**

**ВЦ «КиївЕкспоПлаза», Київська область, с. Березівка, вул. Амстердамська, 1**

X ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

ВІПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

II МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС З ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

ВЕСЬ СПЕКТР МЕДИЧНОГО ТА ЛАБОРАТОРНОГО ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ І ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ

КРАЇН	25	50	НАУКОВИХ ЗАХОДІВ
ЕКСПОНЕНТІВ	250	500	ДОПОВІДАЧІВ
ВІДВІДУВАЧІВ	10 000	100	ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

**З питань участі у виставках:**  
 ☎ +38 (099) 532-40-35  
 @ med@lmt.kiev.ua

**З питань участі у конгресах:**  
 ☎ +38 (067) 427-38-86  
 @ marketing@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA

## ЗВ'ЯЗОК МІЖ БАКТЕРІЄЮ BRACHYSPIRA І ПРОЯВАМИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Дослідники з Університету Гетеборга виявили зв'язок між наявністю *Brachyspira* та синдромом подразненого кишечника (СПК), особливо його варіантом, що супроводжується діареєю. Хоча відкриття потребує підтвердження в більш масштабних дослідженнях, є надія, що воно може привести до появи нових напрямків лікування багатьох людей із синдромом подразненого кишечника.

Патогенний рід бактерій *Brachyspira* зазвичай не виявляється на рівні мікробіому кишечника людини. Нове дослідження пов'язує цю бактерію із СПК, особливо з його діарейним варіантом, і демонструє, що вона здатна ховатись під шаром слизу, захищаючи поверхню кишечника від фекальних бактерій.

### ПРИКРІПЛЮЄТЬСЯ ДО КЛІТИН КИШЕЧНИКА

Звичайного аналізу зразків калу, що використовують для вивчення мікрофлори кишечника, для виявлення *Brachyspira* недостатньо. Натомість вчені проаналізували бактеріальні білки в слизі з біопсії, узятих з кишечника.

«На відміну від більшості інших кишкових бактерій *Brachyspira* безпосередньо контактує з клітинами й вкриває їх поверхню. Я була надзвичайно здивована, коли ми продовжували знаходити *Brachyspira* в дедалі більшій кількості хворих на СПК, а в здорових людей — ні», — говорить Кароліна Сьоберг Джаббар із Салгрєнської академії Університету Гетеборга, яка є першим автором статті.

### РЕЗУЛЬТАТИ ВСЕЛЯЮТЬ НАДІЮ

У всьому світі від 5 до 10 % дорослого населення мають симптоми, що відповідають СПК. Зокрема, йдеться про біль у животі й діарею, запор або чергування нападів діареї і запору. Люди з легкими формами СПК часто можуть жити цілком нормальним життям, але якщо симптоми виявляються більш вираженими, це може спричинити серйозне погіршення якості життя.

### БАКТЕРІЇ ВИЯВЛЕНІ В 19 ІЗ 62 ХВОРИХ

Дослідження базувалося на зразках тканин товстої кишки (біопсії) 62 пацієнтів із СПК і 31 здорового добровольця (контроль). У 19 із 62 хворих на СПК

(31 %) виявили *Brachyspira* в кишечнику, але бактерія не була виявлена в жодному зразку здорових добровольців. *Brachyspira* була особливо поширеною в пацієнтів з діарейним варіантом СПК.

«Дослідження припускає, що бактерія може бути виявлена приблизно в третини осіб із СПК. Ми хочемо дізнатись, чи можна це підтвердити в більш масштабному дослідженні, чи насправді і як саме *Brachyspira* викликає симптоми. Наші висновки можуть відкрити абсолютно нові можливості для лікування деяких пацієнтів із СПК, особливо тих, хто страждає від діареї», — говорить Магнус Сірен, професор гастроентерології Салгрєнської академії Університету Гетеборга і старший консультант університетської Салгрєнської лікарні.

### КІЛЬКА МОЖЛИВИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

У пілотному дослідженні, що передбачало лікування антибіотиками хворих на СПК із наявністю *Brachyspira*, дослідникам не вдалося викоринити бактерію.

«Схоже, що *Brachyspira* знаходить притулок у кишкових келихоподібних клітинах, які виділяють слиз. Здається, що це раніше невідомий спосіб виживання бактерій на фоні лікування антибіотиками, проте ми сподіваємось, що така особливість може покращити наше розуміння інших інфекцій, які важко піддаються лікуванню», — говорить К.С. Джаббар.

Однак якщо зв'язок між симптомами СПК і наявністю *Brachyspira* буде підтверджений у більш масштабних дослідженнях, використання інших схем із залученням антибіотиків, а також пробіотиків може стати можливим методом лікування в майбутньому. Оскільки дослідження показує, що в пацієнтів з бактерією запалення кишечника нагадує алергічну реакцію, інші протиалергічні ліки або відповідні дієтичні втручання можуть стати ще одним напрямком лікувальної тактики. Дослідники з Університету Гетеборга планують вивчити це найближчим часом.

*Jabbar K.S. et al. Association between Brachyspira and irritable bowel syndrome with diarrhoea. Gut. 2020. doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321466. ■*

## КИШКОВІ БАКТЕРІЇ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ: ПРОБІОТИК ЧИ КОМЕНСАЛ, КОРИСНО ЧИ ШКІДЛИВО?

Вчені з Університету Вермонта, проводячи дослідження на мишачій моделі розсіяного склерозу (РС), встановили, що *Lactobacillus reuteri*, які зазвичай використовуються як пробіотик, можуть збільшити ступінь тяжкості цього аутоімунного захворювання, яке є основною причиною нетравматичної неврологічної інвалідності в молодих людей.

Нещодавно отримані дані свідчать про те, що мікробіом кишечника модулює ризик розвитку РС, проте незрозумілим залишається питання щодо конкретних видів бактерій і ролі генетики хазяїна. Стан мікробіому кишечника змінюється при багатьох хронічних захворюваннях, що створює необхідність відновлення балансу на цьому рівні з лікувальною або навіть профілактичною метою. Наявність такої потенційної можливості стимулює популярність пробіотичних продуктів, які, як правило, містять бактерії з передбачуваною користю для здоров'я.

Результати, опубліковані в журналі *Proceedings of the National Academy of Sciences*, підкреслюють, що складна взаємодія між генетикою хазяїна і факторами навколишнього середовища зумовлює сприйнятливості до розсіяного склерозу, і припускають, що антибіотичні й пробіотичні стратегії для профілактики або лікування розсіяного склерозу повинні враховувати генетику хазяїна, уже існуючий мікробіом кишечника, а також час або режим втручання.

«Наші кишкові бактерії є частиною складної екосистеми, яка має великий потенціал для профілактики, лікування і/або діагностики хронічних захворювань. Незважаючи на те, що більшість вчених дотримуються цього єдиного підходу, наше дослідження показує, що це навряд чи вийде», — сказав Дмитро Кременцов, який керував дослідженням. — Натомість потрібен більш персоналізований підхід».

Дослідники модулювали мікробіом кишечника генетично різноманітних ми-

шей з високою або низькою сприйнятливостю до експериментального аутоімунного енцефаломієліту — поширеної тваринної моделі розсіяного склерозу. Для того щоб визначити, які особливості мікробіому дають вищу сприйнятливості до РС-подібних захворювань, дослідники виділяли різні види бактерій зі складної суміші й передавали їх новим мишам по черзі.

Висновки були несподіваними: один з них полягав у тому, що потенційно негативні наслідки може мати *Lactobacillus reuteri*, звичайний комменсальний мешканець кишечника людини й миші, який також є значно поширеним пробіотиком. Здавалося б, це означає, що даний мікроорганізм може стати прикладом «поганого хлопця», але дослідники зазначили, що ця бактерія походила від генетично відмінного хазяїна (миші), який сам по собі був стійким до РС-подібних захворювань. Отже, це свідчить про те, що генетика хазяїна визначає, чи є певний різновид мікробіому «добрим» або «поганим». Результати дослідження ставлять критичне питання: пробіотики, як правило, хороші чи погані? Результати свідчать, що відповідь, швидше за все, залежить від контексту, особливо від людини, яка отримує пробіотик.

Автори дослідження вказують на застереження: вони вивчали не пробіотики як такі, а навпаки, те, як нормальні комменсальні бактерії взаємодіють з хазяїном. Пробиотичні бактерії, як правило, вирощують у лабораторії або на виробництві харчових продуктів і приймають всередину у великих добових дозах. Ці пробіотичні бактерії генетично сильно відрізняються від своїх аналогів-комменсалів, і в даний час автори вивчають це питання. Крім того, те, що є «поганим» для аутоімунного захворювання, такого як РС, насправді може бути «хорошим» в інших контекстах, таких як посилення імунної відповіді проти інфекції. Існує безліч прикладів генів, що сприяють «хорошій» імунній реакції проти інфекції або вакцинації, але які, в свою чергу, також призводять до більшого ризику аутоімунного захворювання.

Отже, відповідь полягає в тому, що пробіотики можуть бути хорошими чи поганими залежно від контексту. Наступним кроком буде з'ясування того, чим насправді є цей контекст.

*Montgomery T.L. et al. Interactions between host genetics and gut microbiota determine susceptibility to CNS autoimmunity. PNAS. 2020. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.2002817117. ■*

## ВІК НЕ Є ПЕРЕШКОДОЮ ДЛЯ УСПІШНОГО СХУДНЕННЯ

Згідно з новим дослідженням Ворицького університету й університетських лікарень Ковентрі й Ворики, пацієнти з ожирінням віком понад 60 років можуть схуднути так само, як і молоді, завдяки зміні свого способу життя.

Дослідники сподіваються, що результати допоможуть виправити поширені в суспільстві помилкові уявлення про ефективність програм схуднення в людей похилого віку, а також розвіяти міфи про потенційні переваги людей похилого віку, які намагаються зменшити свою вагу.

Результати, опубліковані в журналі «Клінічна ендокринологія», базуються на аналізі записів пацієнтів з лікарняного сервісу з питань ожиріння.

Це ретроспективне дослідження було проведене у Ворицькому інституті діабету, ендокринології і метаболізму (WISDEM). Дослідники відібрали 242 пацієнти шляхом випадкової вибірки серед тих, хто відвідував сервіс з питань ожиріння на базі WISDEM у період між 2005 і 2016 роками, і порівняли дві групи (віком до 60 років і від 60 до 78 років) щодо ваги, яку вони втратили за цей час.

Усім пацієнтам вимірювали вагу до і після змін способу життя, які поступово вводили й координували в рамках сервісу з питань ожиріння на базі WISDEM. Дослідники розрахували відсоток зменшення ваги для обох груп. Дві групи були статистично еквівалентними: особи віком від 60 років і старші в середньому зменшували свою вагу на 7,3 % порівняно із 6,9 % в осіб віком до 60 років. Обидві групи отримували допомогу сервісу з питань ожиріння приблизно однакової тривалості: в середньому 33,6 місяця для людей віком понад 60 років і 41,5 місяця — для людей, молодших за 60 років.

У лікарняній програмі використовували лише зміни, спрямовані на корекцію способу життя, індивідуально для кожного пацієнта, зосереджуючи увагу на зміні дієти, психологічній підтримці й фізичній активності. Більшість пацієнтів, які звернулися до сервісу з питань ожиріння, мали індекс маси тіла, як правило, понад 40 кг/м<sup>2</sup>.

Існує понад 50 супутніх щодо ожиріння захворювань, яких можна уникнути за допомогою схуднення, включно з діабетом, психічними захворюваннями, такими як депресія і тривожність, остеоартрозом та ін. Ожиріння також пов'язане зі збільшенням смертності й поганим самопочуттям.

Провідний автор дослідження доктор Томас Барбер з Ворицької медичної школи Університету Ворики зазначив, що втрата ваги важлива в будь-якому віці, але в похилому віці частіше розвиваються пов'язані з ожирінням супутні захворювання. Отже, можна стверджувати, що актуальність схуднення посилюється в міру того, як ми старіємо, і це те, що нам необхідно прийняти.

Існує гіпотеза, згідно з якою людям похилого віку не можна втрачати вагу, а також помилкові уявлення про знижену здатність людей похилого віку схуднути за рахунок дієти та змін у харчуванні. Люди похилого віку можуть подумати, що сервіси з питань ожиріння в госпітальях не для них. Постачальники послуг повинні оцінити важливість зниження ваги в людей похилого віку для підтримки їх здоров'я і здорового старіння.

Вік не повинен бути перешкодою для запобігання ожирінню і його лікуванню. Замість того, щоб створювати обмеження для людей похилого віку, які отримують доступ до програм схуднення, ми повинні активно сприяти цьому процесу. В іншому випадку посилюється ризик розвитку супутніх щодо ожиріння захворювань у людей похилого віку через помилкове суспільне бачення.

*Leyden E., Hanson P., Halder L., Rout L., Cherry I., Shuttlewood E., Poole D., Loveder M., Abraham J., Kyrou I., Randeva H.S., Lam F.T., Menon V., Barber T.M. Older age does not influence the success of weight loss through the implementation of lifestyle modification. Clinical Endocrinology. 2020. DOI: 10.1111/cen.14354. ■*

Асоціація дієтологів України ■

## УНІКАЛЬНІ ПЕРЕВАГИ ПРЕПАРАТУ ЦИСТО-АУРИН® У ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Проблема формування численних антибіотикорезистентних штамів збудників інфекцій сечовивідних шляхів стала причиною пошуку альтернативних методів лікування. Крім того, застосування антибіотиків для лікування інфекцій сечовивідних шляхів пов'язане з ризиком розвитку побічних реакцій, таких як нефротоксичність, реакції фотосенсибілізації, токсичний вплив на хрящову тканину, порушення нормальної мікрофлори, що підвищують ризик рецидиву захворювання. Саме тому Європейська асоціація урологів рекомендує більш раціональне призначення антибактеріальних засобів, обмеження їх застосування при рецидивуючій інфекції нижніх сечовивідних шляхів, а також використання альтернативної терапії.

Таким засобом, що успішно застосовується в медицині протягом багатьох років, є препарат ЦИСТО-АУРИН® (екстракт золотарника — *Solidago virgaurea* L.) компанії «esparma GmbH» (Aristo group). Унікальні можливості золотарника все більше привертають увагу наукової і клінічної спільноти. Тому за останні роки проведено багато досліджень екстракту золотарника для вивчення його основних терапевтичних ефектів при лікуванні інфекцій сечовивідних шляхів.

Препарат має доведену мультимодальну дію: антибактеріальну, протизапальну, спазмолітичну, знеболювальну, діуретичну й імуномодулюючу. Отже, це максимально ефективний рослинний препарат для лікування циститу.

**Антибактеріальний ефект ЦИСТО-АУРИНУ®** дозволяє ефективно боротися

з інфекціями сечовивідних шляхів, викликаними грамнегативними й грампозитивними збудниками й грибковою флорою.

У дослідженнях A. Brantner (1999), B. Thiem (2000), B. Kołodziej (2011) були отримані дані про його активність не тільки щодо головного збудника інфекції сечовивідних шляхів — *Escherichia coli*, але й щодо *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Micrococcus luteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus subtilis*, *Bacillus pumilis* і *Aspergillus niger*.

Протигрибкова активність екстракту золотарника щодо *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida guilliermondii*, *Candida glabrata* і *Cryptococcus neoformans* була встановлена ще в дослідженні A. Bader (1987).

**Протизапальні властивості ЦИСТО-АУРИНУ®** були продемонстровані в дослідницькій роботі H. Wagener (1996). Автором було виявлено, що застосування екстракту золотарника істотно зменшує запалення. M. Melzig (2000) довів, що компоненти, які входять до складу екстракту золотарника, інгібують лейкоцитарну еластазу, залучену у розвиток запалення, уповільнюють перекисне окислення ліпідів, а також стимулюють вироблення в надниркових залозах глюкокортикоїдів — гормонів, що пригнічують запалення. Усі перераховані властивості забезпечують гальмування запального процесу в тканинах нирок і на слизових оболонках сечовивідних шляхів, прискорюють процес одужання, призводять до нормалізації функції ураженого органа.

Наявність **знеболювальної дії ЦИСТО-АУРИНУ®** значно полегшує стан пацієнтів і покращує якість їх життя. J. Metzner (1984) встановив, що даний ефект забезпечує один із компонентів екстракту золотарника — лейокарпозид. Дещо пізніше J. Sampson (2000) було уточнено механізм аналгетичної дії, який виникає завдяки гальмуванню зв'язування брадикініну з брадикініновими рецепторами, що уповільнює передачу ноцицептивних больових імпульсів.

**Спазмолітичний ефект ЦИСТО-АУРИНУ®** забезпечує усунення спазму сечового міхура й сечовивідних шляхів, що покращує відтік сечі й зменшує вираженість больового синдрому при інфекціях сечовивідних шляхів.

В експериментах *in vitro*, виконаних J. Westendorf (1981), було продемонстровано, що екстракт золотарника має папавериноподібну дію. V. Borchert (2004) у своєму дослідженні з'ясував, що ця властивість препарату пов'язана з неконкурентною блокадою M2- і M3-мускаринових рецепторів.

**Діуретичний ефект ЦИСТО-АУРИНУ®** сприяє санації верхніх і нижніх сечовивідних шляхів за рахунок вимивання бактерій, які знаходяться там. Екстракт золотарника збільшує обсяг виділеної сечі на 30%. У той же час збільшення виділення із сечею калію, натрію і хлору не відбувається (акваретичний ефект). Отже, при збереженні електrolітного обміну в організмі здійснюється додаткова санація сечовивідних шляхів.

**Імуномодулююча дія ЦИСТО-АУРИНУ®** дає додаткові переваги при

лікуванні інфекційних захворювань сечовивідних шляхів (Vogel S., 2014), запобігаючи переходу гострих інфекцій сечовивідних шляхів у хронічні й значно скорочуючи кількість рецидивів хвороби. Компоненти екстракту золотарника стимулюють функцію макрофагів і викликають активацію натуральних кілерів (NK-клітини), тим самим забезпечуючи імуномодулюючий ефект.

ЦИСТО-АУРИН® містить екстракт золотарника у найвищій концентрації (300 мг). Однієї упаковки достатньо для лікування гострого неускладненого циститу у більшості випадків, а для закріплення результату краще продовжити прийом препарату до 10–15 днів. Різномісні клінічні ефекти ЦИСТО-АУРИНУ® дозволяють не застосовувати одночасно багато препаратів, що значно заощаджує гроші пацієнтів.

Усі перераховані вище переваги ЦИСТО-АУРИНУ® дозволили Європейській медичній асоціації рекомендувати даний препарат як для моно-, так і для комбінованої терапії запальних захворювань сечовивідних шляхів. Включення його в схеми протирецидивного лікування дозволяє зменшити частоту прийому антибіотиків і значно скоротити кількість загострень захворювання. Препарат має високу антирецидивну активність навіть після закінчення лікування (дуже довга післядія).

Отже, ЦИСТО-АУРИН® є першочерговим засобом при запальних та інфекційних захворюваннях сечовивідних шляхів, а також застосовується для їх профілактики. ■

### ЧИ МОЖУТЬ СИМПТОМИ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ БУТИ РАННІМИ СИМПТОМАМИ COVID-19?

Симптоми наповнення можуть бути початковими симптомами коронавірусної інфекції (COVID-19). Учені вважають, що клініцистам слід оцінювати симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ) нарівні з іншими відомими симптомами вірусу при підозрі на COVID-19.

Нова коронавірусна інфекція усе стрімкіше передається від людини до людини і з кінця 2019 року викликає захворювання, що поширюється по всьому світі. Спектр проявів варіює від безсимптомних випадків до смертельної пневмонії. До типових симптомів COVID-19 стали відносити втому, підвищення температури тіла, міалгію, втрату смаку й запаху.

На жаль, вплив даної інфекції на сечовидільну систему повністю ще не описаний. Попередні дослідження показали наявність частого сечовипускання як симптому COVID-19. Крім того, було виявлено, що наявність глюкозурії і протеїнурії може мати значення для диференціювання ступеня тяжкості вірусного захворювання. Однак ці дослідження проводилися без урахування стандартизованих анкет. Саме тому вчені вирішили виявити за допомогою затверджених опитувальників, чи можуть симптоми нижніх сечовивідних шляхів бути ранніми симптомами коронавірусної інфекції.

У дослідженні взяли участь 27 жінок (58,6%) і 19 чоловіків (41,4%) з COVID-19, госпіталізованих у спеціалізований центр. Усі пацієнти відповіли на соціодемографічні питання, потім

чоловікам було запропоновано Міжнародну шкалу оцінки простатичних симптомів (IPSS), а жінкам — Профіль сечових симптомів (USP). Опитування проводилося тричі залежно від їх стану: до COVID-19, під час госпіталізації і після виписки зі стаціонару. За допомогою суми балів IPSS можна оцінити як СНСШ у цілому, так і симптоми сечовипускання й наповнення окремо. USP використовувався для всіх пацієнтів, які страждають від нетримання сечі, гіперактивного сечового міхура (ГАСМ) і симптомів обструкції.

У результаті дослідження виявилось, що в чоловіків не було статистично значущих відмінностей щодо загального бала IPSS, бала IPSS при сечовипусканні і якості життя за час хвороби. Однак бали за симптомами наповнення мали значну різницю між трьома періодами. У жінок показники сечовипускання були однаково низькими при кожному опитуванні, у той час як оцінки стресового нетримання сечі й ГАСМ суттєво різнилися.

Отже, СНСШ, особливо симптоми наповнення, можуть бути одними з ранніх симптомів коронавірусної інфекції. Це потрібно мати на увазі при підозрі у пацієнта COVID-19.

Kaya Y., Kaya C., Kartal T., Tahta T., Tokgöz V.Y. Could LUTS be Early Symptoms of COVID-19. *Int. J. Clin. Pract.* 2020 Nov. P. e13850. doi: 10.1111/ijcp.13850 ■

# ЦИСТО-АУРИН®

екстракт ЗОЛОТАРНИКА 300 мг

## Натуральна АЛЬТЕРНАТИВА в лікуванні інфекцій сечової системи

**ХРОНІЧНИЙ  
ЦИСТИТ**

**ГОСТРИЙ ЦИСТИТ**

ПОКРАЩУЄ  
стан протягом  
перших днів лікування

ЗМЕНШУЄ  
- частоту рецидивів  
- рівень бактеріурії

ОЧИЩУЄ  
сечу від епітелію  
та лейкоцитів

**САНАЦІЯ  
сечових шляхів**

**ПІЛОНЕФРИТ**

1 табл. 4 р/добу

5 днів при гострому циститі    або    8 тиж. і довше при піелонефриті та хронічних станах

- БІЛЬ тамує
- СПАЗМ знімає
- ЗАПАЛЕННЯ усуває
- АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ дію чинить E. coli, St. faecalis, Staph. aureus та ін.



**esparma** esparma.com.ua

© 2020 esparma GmbH. Все права захищено. Цей документ є власністю компанії esparma GmbH. Будь-яке копіювання, розповсюдження або використання без письмового дозволу компанії esparma GmbH суворо заборонено. Цей документ є інформаційним матеріалом і не є медичною рекомендацією. Будь-яке лікування повинно проводитися за рекомендацією лікаря. Цей документ не є гарантією результату лікування. Будь-яке лікування повинно проводитися за рекомендацією лікаря. Цей документ не є гарантією результату лікування. Будь-яке лікування повинно проводитися за рекомендацією лікаря.

# ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ESPEN (ЄВРОПЕЙСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ КЛІНІЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА МЕТАБОЛІЗМУ) «КЛІНІЧНЕ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШЕЧНИКА»

Продовження. Початок на с. 3

## ■ Рекомендація 6

Пацієнтів із ЗЗК слід регулярно обстежувати на наявність дефіциту мікроелементів, а в разі його виявлення — належним чином коригувати відповідний дефіцит.

Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (100% згода)

### Коментар

Пацієнти із ЗЗК вразливі до дефіциту мікроелементів через втрату кишкової флори внаслідок діареї і недостатнє споживання їжі внаслідок анорексії, що супроводжують загострення захворювання. Для забезпечення належного збалансованого харчування разом із нутритивною підтримкою також слід пропонувати добавки з полівітамінами й мікроелементами.

При інтерпретації результатів аналізу крові на вміст мікроелементів і мікроелементів необхідно враховувати, що багато сироваткових показників або маркерів статусу є позитивними чи негативними реагентами гострої фази. Сироваткові рівні підвищуються або знижуються в межах запальної реакції, наприклад, при запаленні рівні феритину й міді збільшуються, а рівні фолату, селену й цинку зменшуються [38]. У світлі цього деякі автори дослідили споживання мікроелементів у пацієнтів, які перебувають у стадії клінічної ремісії захворювання, і виявили дефіцит різноманітних мікроелементів [39, 40]. Крім того, дефіцит може бути присутнім навіть у людей, які харчуються належним чином [41]. Ці спостереження підкреслюють необхідність рутинного моніторингу (можливо, щорічного) для виявлення дефіциту. Щоденне застосування дієтичних добавок із полівітамінами може виправити більшість видів дефіциту, але не є гарантією достатності навіть у разі тривалого застосування; залізо, цинк і вітамін D потребують спеціальних замісних схем [42]. Для призначення дієтичних добавок із полівітамінами характерне погане дотримання схеми лікування, особливо в підлітків, тому важливе значення має просвіта пацієнтів з обґрунтуванням застосування таких дієтичних добавок [43].

Наслідки порушення споживання мікроелементів включають анемію, порушення лінійного зростання й порушення стану кісткової тканини. Останні дослідження були присвячені вітаміну D; він і його рецептор можуть мати деякі імуномодулюючі властивості, що додатково підкреслює необхідність приділяти особливу увагу споживанню мікроелементів пацієнтами із ЗЗК (рекомендація 11).

## ■ Рекомендація 7A

Усім пацієнтам із ЗЗК у разі наявності залізодефіцитної анемії рекомендується додаткове вживання заліза з метою нормалізації рівня гемоглобіну й запасів заліза.

Клас рекомендацій A — високий консенсус (100% згода)

## ■ Рекомендація 7B

Пероральні препарати заліза слід вважати методом лікування першої лінії в пацієнтів із легкою анемією, захворювання яких клінічно неактивне, і в тих, хто раніше не мав непереносимості перорального заліза.

Клас рекомендацій A — високий консенсус (100% згода)

## ■ Рекомендація 7C

Внутрішньовенні препарати заліза слід вважати методом лікування першої лінії в пацієнтів із клінічно активним ЗЗК, пацієнтів, які раніше мали непереносимість перорального заліза, пацієнтів із рівнем гемоглобіну нижче від 100 г/л, а також у пацієнтів, які потребують застосування стимуляторів еритропоезу.

Клас рекомендацій A — високий консенсус (93% згода)

### Коментар стосовно A/B/C

Анемія, яка вважається найчастішим позакишковим проявом ЗЗК, зазвичай ускладнює перебіг як ВК, так і ХК. Усіх пацієнтів із ЗЗК незалежно від віку слід обстежувати на наявність анемії [44]. Основними формами анемії при ЗЗК є залізодефіцитна анемія, анемія хронічного захворювання й анемія змішаного походження [заява ЕССО стосовно анемії 1A] [44]. Діагностичні критерії дефіциту заліза залежать від ступеня запалення. Для лабораторного обстеження слід використовувати загальний аналіз крові, аналіз на сироватковий феритин та аналіз на С-реактивний білок [заява ЕССО стосовно анемії 1B]. У пацієнтів у стані ремісії або з легким захворюванням аналізи слід виконувати кожні шість-дванадцять місяців. В амбулаторних пацієнтів із захворюванням у стадії загострення такі аналізи слід виконувати не рідше ніж кожні три місяці [заява ЕССО стосовно анемії 1B]. У пацієнтів, які не мають клінічних, ендоскопічних або біохімічних ознак загострення захворювання, сироватковий рівень феритину < 30 мкг/л є надійним показником залізодефіцитної анемії. За наявності запалення рівень феритину в сироватці до 100 мкг/л все ще може вказувати на дефіцит заліза [заява ЕССО стосовно анемії 1D]. У разі наявності біохімічних або клінічних ознак запалення діагностичними критеріями анемії хронічного захворювання є сироватковий рівень феритину > 100 мкг/л і насиченість трансферином < 20 %. Якщо сироватковий рівень феритину становить від 30 до 100 мкг/л, можлива комбінація справжнього дефіциту заліза й анемії хронічного захворювання [заява ЕССО стосовно анемії 1E].

Незалежно від віку вживання препаратів заліза рекомендується всім пацієнтам із ЗЗК у разі наявності залізодефіцитної анемії [заява ЕССО стосовно анемії 2A]. При коригуванні анемії якість життя покращується, і таке покращення не залежить від клінічної активності захворювання [45]. У керівництві Європейської організації з вивчення хвороби Крона та

Таблиця 1. Проста схема оцінки загальної потреби в залізі (46)

Гемоглобін, г/л	Маса тіла < 70 кг	Маса тіла ≥ 70 кг
100–120 (жінки)	1000 мг	1500 мг
100–130 (чоловіки)	1000 мг	1500 мг
70–100	1500 мг	2000 мг

виразкового коліту (ЕССО) [44] робиться висновок, що «в/в залізо є ефективнішим, забезпечує швидшу відповідь і краще переноситься, ніж пероральне залізо», і заявлено, що в/в залізо слід вважати препаратом першої лінії в пацієнтів із клінічно активним ЗЗК з рівнем гемоглобіну нижче за 100 г/л, у яких спостерігається непереносимість перорального заліза, і в пацієнтів, які потребують стимуляторів еритропоезу; тим часом як пероральне залізо може застосовуватися пацієнтами з легкою анемією, захворювання яких не є клінічно активним і які раніше не мали непереносимості перорального заліза [44]. Оцінка потреби в залізі зазвичай ґрунтується на вихідних значеннях гемоглобіну й маси тіла (табл. 1) [46].

Після успішного лікування залізодефіцитної анемії внутрішньовенними препаратами заліза необхідність у повторному лікуванні внутрішньовенним залізом виникає, як тільки сироватковий рівень феритину зменшиться нижче за 100 мкг/л або кількість гемоглобіну — нижче за 12 або 13 г/дл відповідно до статі [заява ЕССО стосовно анемії 3E].

### III. Рекомендації щодо харчування при загостренні захворювання (рис. 4, 5)

## ■ Рекомендація 8

Не існує «особливої дієти при ЗЗК», яку можна рекомендувати для сприяння ремісії пацієнтам із ЗЗК у стадії загострення.

Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (96% згода)

### Коментар

На цей час все ще бракує даних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) стосовно впливу експериментальних дієт, таких як вуглеводні, палеолітичні, безглютенні, дієти з низьким вмістом ферментованих оліго-, ди- і моносахаридів і поліолів (FODMAP), або дієт, збагачених ω-3 ПНЖК, на кишкове запалення або індукцію ремісії. РКД із належною потужністю, яке оцінювало фруктоолігосахариди, не показало клінічної користі в пацієнтів із ХК у стадії загострення [47]. Див. також рекомендацію 31. Отже, не існує «особливої перорального раціону харчування при ЗЗК», який можна рекомендувати для сприяння ремісії пацієнтам із ЗЗК у стадії загострення. Ця рекомендація не заважає застосовувати до пацієнтів із ЗЗК індивідуальний підхід у складанні дієтичних рекомендацій, виходячи з особистої ситуації, бажано за умови активної участі спеціаліста-дієтолога або спеціаліста з питань харчування в умовах багатопрофільного підходу.

## ■ Рекомендація 9A

У пацієнтів із ЗЗК з вираженою діареєю або єностомією чи ілеостомією необхідно контролювати втрату рідини та рівень натрію в сечі й організувати належне надходження рідини (зменшити об'єм гіпотонічних розчинів і збільшити об'єм фізіологічних розчинів) з урахуванням харчової непереносимості, яка може посилити втрату рідини.

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (93% згода)

## ■ Рекомендація 9B

У разі постійних стом зі значною втраченою рідиною можуть знадобитися парентеральні інфузійні розчини (для поповнення рідини й електролітів).

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (96% згода)

### Коментар стосовно A/B

Постійна чи тяжка діарея або стома з високим відтоком може призвести до кишкової недостатності [48] з порушенням всмоктування, незрозумілим зниженням маси тіла, мальнутрицією, дефіцитом поживних речовин і/або зневодненням. Порушення всмоктування є важливим фактором, що сприяє недоїданню при ЗЗК [49]. Ретроспективне дослідження Бейкера за участю 687 пацієнтів зі стомаю [50] показало, що ранній високий відтік (протягом трьох тижнів) з ілеостоми є поширеним явищем, і хоча в 49 % випадків відбувається спонтанне реверсування, 51 % пацієнтів потребують постійного медикаментозного лікування, зазвичай через короткий залишок тонкої кишки. 71 % пацієнтів обмежено отримували пероральний гіпотонічний розчин, фізіологічний розчин із глюкозою і протидіарейний препарат, щоб відлучитись від парентеральних інфузій, а 8 % мусли продовжувати парентеральне або підшкірне застосування фізіологічного розчину в домашніх умовах. Певна користь домашнього лікування з обмеженням застосування пероральних розчинів і моніторингом вмісту натрію в сечі була підтверджена понад 35 років тому [51]. Під час дослідження за участю 13 дорослих пацієнтів з (ілеальною) стомаю з високим відтоком застосування пероральних розчинів для регідратації, що містили ривосів мальтодекстрини, мало сприятливий вплив на баланс натрію і калію. Зв'язок між збільшенням маси тіла й зниженням сироваткової концентрації реніну також свідчить про відновлення водного балансу [52]. В іншому дослідженні вивчали використання трьох різних фізіологічних розчинів і/або розчинів глюкози в шести пацієнтів з єностомією. На підставі даних, отриманих від цієї невеликої групи,

розчин електролітів і глюкози був визнаний оптимальною схемою заміщення натрію в пацієнтів зі стомою з високим викидом [53]. РКД, які б вивчали дієтотерапію в лікуванні діареї, пов'язаної із ЗЗК або стомою з високим викидом, не проводились. На сьогодні опубліковані лише дослідження конкретних випадків лікування ХК у пацієнтів зі стомою з високим викидом, у яких було відзначено ефективність лікування з обмеженням гіпотонічних розчинів, застосування дієт, збагачених натрієм, виключного ентерального харчування і/або парентеральних інфузійних розчинів, що містили натрій.

**Рекомендація 10**

Пацієнтам із ХК із кишковими стриктурами або стенозом у поєднанні з обструктивними симптомами може бути рекомендована дієта з модифікованою текстурою або дистальне (постстенотозне) ЕХ.

Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (95% згода)

**Коментар**

Залежно від ступеня тяжкості (ступеня непрохідності) і місця кишкової стриктури пацієнти потребують нутритивної підтримки, поки очікуються ефекти лікування. Таке лікування може бути медикаментозним (із використанням лікарських засобів) у ситуаціях, коли звуження здебільшого є наслідком запалення, або механічним (шляхом балонної дилатації або хірургічного втручання), якщо присутні фіброзні рубці. Пацієнтам із безсимптомним стенозом кишечника, виявленим за допомогою рентгенографії, прийнято рекомендувати модифіковану дієту з низьким вмістом нерозчинної клітковини, але немає надійних даних, які підтверджують цей очевидно логічний підхід. У разі наявності симптомів може знадобитися вживання їжі м'якої консистенції, можливо, застосування розчинів поживних речовин.

Кишковий фіброз є загальною ознакою ХК і може проявлятися як стриктура, стеноз або кишкова непрохідність. Стенозуюча ХК призводить до значного погіршення якості життя уражених пацієнтів і зумовлює складнощі в лікуванні. Нещодавно проведене китайське проспективне спостережене дослідження за участю 59 дорослих пацієнтів із ХК із запальними стриктурами кишечника показало, що застосування виключного ЕХ протягом 12 тижнів може ефективно зняти запальні стриктури кишечника, причому 81,4 % досягли симптоматичної ремісії, 35 пацієнтів (53,8 %) — рентгенологічної ремісії, а 42 пацієнти (64,6 %) — клінічної ремісії [54]. Хоча зазвичай рекомендується модифікований раціон харчування зі зміненою консистенцією, переважно розчини поживних речовин, принаймні в пацієнтів зі стенозом (проксимального) відділу кишечника й обструктивними симптомами, виявленими за допомогою рентгенографії, або, у відповідних випадках, дистальне ЕХ, немає надійних даних, що підтверджують цей очевидно логічний підхід.

**Рекомендація 11**

У пацієнтів із ЗЗК (дорослих і дітей) у стадії загострення і тих, хто отримує стероїди, слід контролювати рівні сироваткового кальцію і 25(ОН)-вітаміну D і в разі потреби призначати відповідне додаткове споживання вітаміну D, щоб запобігти зниженню мінеральної щільності кісткової тканини. Остеопенію та остеопороз слід коригувати відповідно до чинних керівництв з остеопорозу.

Клас рекомендацій B — високий консенсус (96% згода)

**Коментар**

Значними факторами ризику зниження мінеральної щільності кісткової тка-

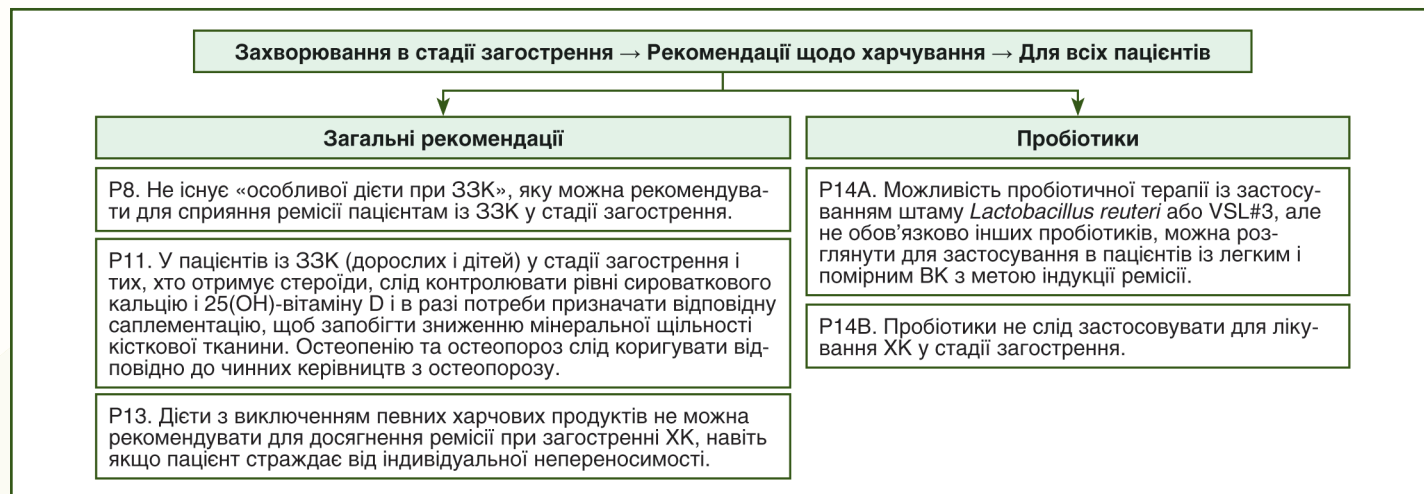


Рисунок 4

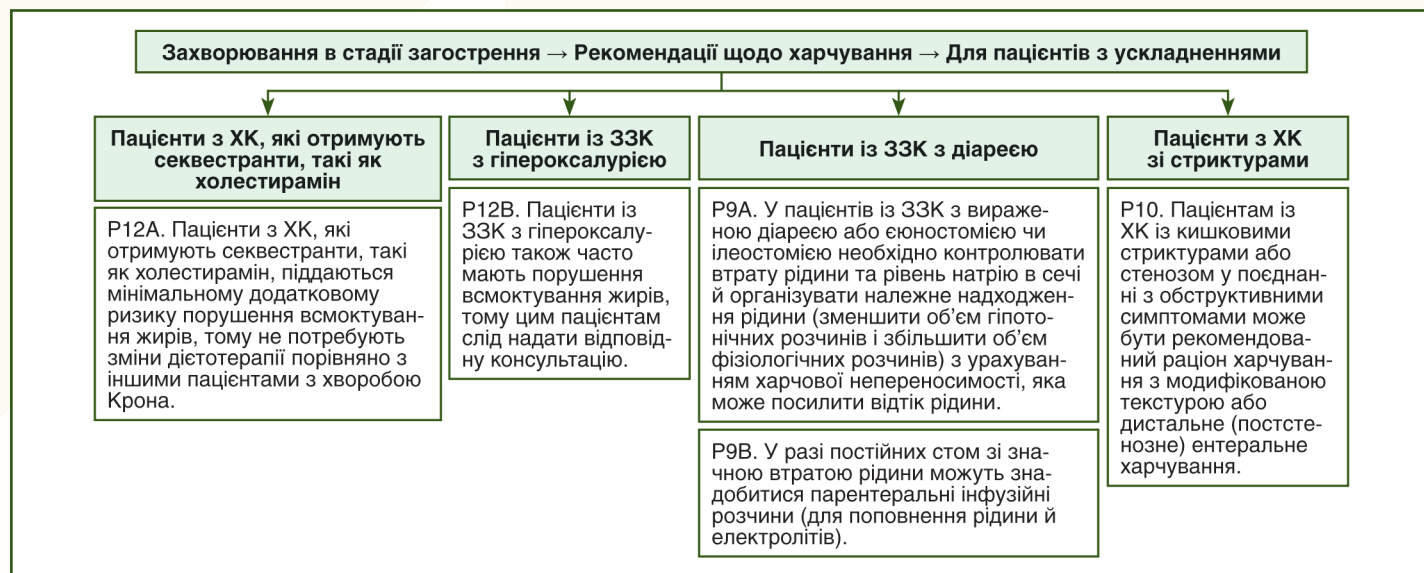


Рисунок 5

нини, дослідженими в дорослих із ЗЗК (n = 116 і n = 205), є низький сироватковий вміст вітаміну D, чоловіча стать, монголоїдна раса, ХК, низький індекс маси тіла (ІМТ) і використання кортикостероїдів, тим часом як консенсус щодо впливу віку, у тому числі при встановленні діагнозу, не був досягнутий [55, 56]. У дітей і підлітків факторами ризику ЗЗК, пов'язаними зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини, є кумулятивна доза кортикостероїдів, індекс Z (співвідношення зросту/віку) та індекс Z ІМТ [57].

Загальний консенсус щодо статусу вітаміну D і необхідних заходів для дітей і підлітків із ЗЗК відсутній. У РКД за участю 132 дорослих пацієнтів з остеопенією ХК спостерігалось збільшення мінеральної щільності кісткової тканини в поперековому відділі хребта після двох років застосування ризедронату 35 мг двічі на тиждень разом із добавками з кальцієм і вітаміном D [58]. У попередньому РКД при застосуванні лише дієтичних добавок із кальцієм (1 г на добу) не було відзначено суттєвого корисного впливу на мінеральну щільність кісткової тканини через один рік у пацієнтів із ЗЗК та остеопорозом, які отримували кортикостероїди [59]. При ЗЗК рекомендується оцінка дефіциту вітаміну D і забезпечення отримання належної кількості кальцію і вітаміну D, особливо в пацієнтів із ЗЗК, які отримують стероїди. Обмеження використання кортикостероїдів допомагає запобігти зниженню мінеральної щільності кісткової тканини.

**Рекомендація 12A**

Пацієнти із ХК, які отримують секвестранти, такі як холестирамін, піддаються мінімальному додатковому ризику порушення всмоктування жирів, тому не потребують зміни дієтотерапії порівняно з іншими пацієнтами з ХК.

Клас рекомендацій GPP — консенсус (86% згода)

**Рекомендація 12B**

Пацієнти із ЗЗК з гіпероксалурією також часто мають порушення всмоктуван-

ня жирів, тому цим пацієнтам слід надати відповідну консультацію.

Клас рекомендацій GPP — консенсус (88% згода)

**Коментар стосовно A/B**

Поширеними причинами порушення всмоктування жовчних кислот при ХК є резекція клубової кишки й запалення термінального відділу клубової кишки. Зменшення повторного всмоктування кон'югованих жовчних кислот призводить до надлишкового їх надходження до товстої кишки, де відбувається декон'югація під впливом бактерій. Унаслідок цього можуть виникнути осмотична діарея і (при тяжкому порушенні всмоктування жовчних кислот) порушення всмоктування жирів [60]. Хологенну діарею можна контролювати за допомогою секвестрантів жовчних кислот, наприклад холестираміну [61, 62]. У подвійному сліпому перехресному дослідженні за участю 14 пацієнтів із ХК, які перенесли резекцію клубової кишки, не спостерігалось негативного впливу холестираміну на всмоктування жирів у порожній кишці. Однак у тяжких випадках порушення всмоктування жовчних кислот наявна стеаторея, яка може погіршуватися внаслідок лікування холестираміном [63].

Ентеральна (вторинна) гіпероксалурія (із підвищенням ризиком виникнення каменів у нирках) виникає при тяжкій ХК тонкої кишки, пов'язаній із порушенням всмоктування жирів і послідовним збільшенням всмоктування оксалатів у кишечнику. Після резекції клубової кишки може виникнути ентеральна гіпероксалурія. Наявність товстої кишки є важливим фактором, оскільки оксалат залишається доступним для всмоктування в товстій кишці внаслідок супутнього порушення всмоктування жирів і зв'язування кальцію [64]. Екскреція оксалатів із сечею корелює з екскрецією жирів, що спостерігалось в одному дослідженні в пацієнтів із ХК, які перенесли кишкову резекцію. Збільшення дієтичного споживання жирів у таких пацієнтів ще більше посилює сечову екскрецію оксалатів [65]. Значно ниж-

чі середні значення екскреції оксалатів із сечею частіше спостерігались у дітей, ніж у дорослих із ХК [66]. Причиною цього може бути коротша тривалість ХК, що зазвичай також передбачає меншу кількість процедур кишкової резекції. Це означає, що пацієнтам із гіпероксалурією слід рекомендувати раціон харчування з низьким вмістом жирів та оксалатів і високим вмістом кальцію. Обмеження дієтичного споживання оксалатів (переважно чаїв і фруктів) видається обґрунтованим лише для пацієнтів із рецидивом утворення каменів у сечовивідних шляхах.

**Рекомендація 13**

Дієти з виключенням певних харчових продуктів не можна рекомендувати для досягнення ремісії при загостренні ХК, навіть якщо пацієнт страждає від індивідуальної непереносимості.

Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (96% згода)

**Коментар**

Систематичне опитування не надало достатньо доказів, щоб сформулювати чіткі рекомендації щодо застосування дієт із виключенням певних харчових продуктів як індукційної терапії. Іноді дієти з виключенням певних харчових продуктів використовуються для полегшення симптомів [67], але лише деякі неконтрольовані дослідження повідомляють про індукцію ремісії [68, 69].

У РКД спостерігалась триваліша підтримка ремісії (після успішної індукції ремісії за допомогою елементної суміші) у пацієнтів, яким була призначена ступінчаста програма харчування, що виключала харчові продукти, які погіршували симптоми, порівняно з пацієнтами, які отримували кортикостероїди за схемою з поступовим зниженням дози під час дотримання звичайного раціону харчування [70]. Подібні результати щодо підтримки ремісії були зареєстровані у відкритому дослідженні, проведеному тією самою групою, що застосовувала індивідуальну дієту з виключенням певних харчових продуктів [71]. В іншому дослідженні по-

відомлялось про підтримку клінічної ремісії з використанням дієти з виключенням певних харчових продуктів із контролем IgG4 у дорослих із ХК [72].

Дієти з виключенням певних харчових продуктів є трудомісткими для персоналу й складними, важкими й часто неприємними для пацієнтів. Систематичне опитування не виявило жодних доказів того, що дієти з виключенням певних харчових продуктів небезпечні при застосуванні під наглядом лікаря. Докази того, що вони сприяють дефіциту поживних речовин, відсутні. Проте рекомендується ретельно контролювати потенційні дефіцити, які можуть бути результатом будь-якого конкретного набору виключень.

#### Рекомендація 14А

Можливість пробіотичної терапії із застосуванням штаму *Lactobacillus reuteri* або VSL#3\*, але не обов'язково інших пробіотиків, можна розглянути для застосування в пацієнтів із легким і помірним ВК із метою індукції ремісії.

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (92% згода)

#### Рекомендація 14В

Пробіотики не слід застосовувати для лікування ХК у стадії загострення.

Клас рекомендацій В — високий консенсус (95% згода)

#### Коментар стосовно А/В

У двох клінічних випробуваннях за участю дітей із ВК спостерігався помірний ефект ректальної клізми, що містила *Lactobacillus reuteri*, при легкому дистальному ВК [73], і перорального препарату, раніше відомого під назвою VSL#3, при ВК у стадії загострення [74].

Систематичне опитування показало, що пробіотики зазвичай неефективні при ХК у стадії загострення.

### IV. Лікувальне харчування при ЗЗК у стадії загострення (рис. 6, 7)

#### Рекомендація 15А

Пероральне додаткове харчування (ПДХ) є першим вибором, коли пацієнтам із ЗЗК призначають лікувальне харчування, але загалом воно являє собою незначну підтримувальну терапію, що використовується додатково до звичайної їжі.

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (92% згода)

#### Рекомендація 15В

Якщо перорального харчування недостатньо, слід розглянути можливість призначення ЕХ як підтримувальної терапії. Зазвичай слід віддавати перевагу ЕХ з використанням сумішей або розчинів перед ПХ у разі відсутності очевидних протипоказань.

Клас рекомендацій А — високий консенсус (100% згода)

#### Рекомендація 15С

ПХ призначене для пацієнтів із ЗЗК, (i) коли пероральне харчування або ЕХ не зовсім можливе (наприклад, у разі дисфункції ШКТ або короткої кишки при ХК), (ii) коли присутня непрохідність кишечника, при якій немає можливості розміщення зонда для штучного годування поза межами непрохідності, або в разі, коли таке розміщення не було успішним, або (iii) коли виникають інші ускладнення, такі як неспроможність анастомозу або кишкова фістула з високим викидом.

Клас рекомендацій В — високий консенсус (96% згода)

#### Коментар стосовно А/В/С

Рішення щодо оптимального шляху лікувального харчування при ЗЗК може бути складним і охоплювати декілька аспектів, включно зі здатністю пацієнта їсти, всмоктувальною здатністю ШКТ, нутритивним

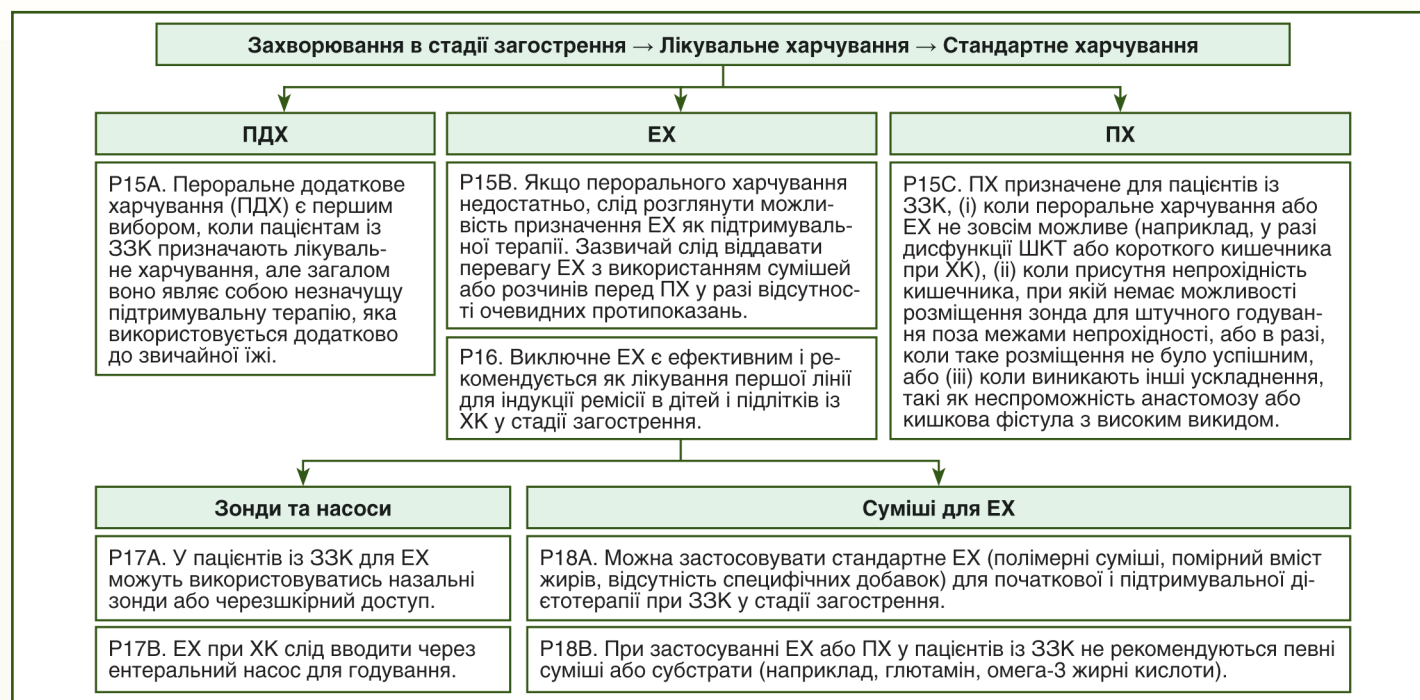


Рисунок 6



Рисунок 7

статусом пацієнта і цілями терапії. Пероральне додаткове харчування є першим вибором, але загалом воно являє собою незначну підтримувальну терапію, яка використовується додатково до звичайної їжі. За допомогою ПДХ можна досягти додаткового споживання до 600 ккал/добу без порушення нормального споживання їжі в дорослих. Якщо перорального харчування недостатньо, слід розглянути можливість годування пацієнта через назогастральний або назоентеральний зонд. Можливість ЕХ можна розглянути в пацієнтів із функціонуючим шлунково-кишковим трактом, які не здатні безпечно ковтати їжу [75, 76]. У ситуаціях, коли кишечник не може всмоктувати всі харчові продукти, слід намагатися застосовувати ЕХ із призначенням додаткового ПХ [41, 77, 78]. ПХ призначають у разі непрохідності кишечника, при якій немає можливості розмістити зонд для штучного годування поза межами непрохідності, або в разі, коли таке розміщення не було успішним. Воно необхідне пацієнтам із короткою петлею, що призводить до серйозного порушення всмоктування поживних речовин і/або втрати рідини й електролітів, які не вдається коригувати ентеральним шляхом. ПХ також показано у випадках хірургічного втручання, як зазначено вище, і в будь-якого пацієнта, у якого існує непереносимість ЕХ або харчування не може підтримуватися ентеральним шляхом [79]. Однак слід визнати, що такі пацієнти, які потребують ПХ, — це пацієнти з найскладнішим захворюванням [80].

#### Рекомендація 16

Виключне ЕХ є ефективним і рекомендується як лікування першої лінії для індукції ремісії в дітей і підлітків із ХК у стадії загострення.

Клас рекомендацій В — високий консенсус (92% згода)

#### Коментар

У всіх пацієнтів із ХК у стадії загострення слід зважити можливість призначення початкової дієтотерапії у формі виключного ЕХ. Це метод першого вибору в пацієнтів групи високого ризику, зумовленого альтернативною терапією, такою як стероїди. Попередні метааналізи показували перевагу кортикостероїдів перед виключним ЕХ в індукції ремісії в дорослих. Аргументи на користь виключного ЕХ є більш переконливими для пацієнтів дитячого віку, і зазвичай воно є першим вибором у багатьох центрах. По-перше, це зумовлене згубним впливом мальнутриції на зростання. По-друге, оскільки зростання настільки важливе для дітей, це збільшує можливість уникнути використання стероїдів або затримати їх призначення, що має першорядне значення. По-третє, і найголовніше, у педіатричних дослідженнях спостерігався вплив на індукцію ремісії, що свідчить про аналогічну ефективність стероїдів і виключного ЕХ [81], а також про те, що в дітей у деяких умовах (тобто при супутньому імунomodуючому лікуванні) виключне ЕХ може навіть бути ефективнішим за кортикостероїди [82]. Однак ці дослідження мають методологічні обмеження. Рекомендації для дітей складаються лише з виключного ЕХ, оскільки обмежені дані дозволяють припустити, що часткове ЕХ може бути менш ефективним [60], хоча одне РКД виявило схожу ефективність [83]. Для дорослих дані менш переконливі, тому більшість центрів продовжуватимуть використовувати стероїди (чи біологічні препарати) як терапію першої лінії в разі відсутності очевидних протипоказань. Однак характеристики пацієнта й особливості захворювання теж сприяють прийняттю терапевтичних рішень, що також робить ЕХ терапією першої лінії в деяких дорослих пацієнтів із гострою ХК

[84]. Слід віддавати перевагу ЕХ, оскільки не було встановлено, що ПХ забезпечує будь-яку перевагу при ХК, тому його слід використовувати лише для покращання нутритивного статусу перед хірургічним втручанням і в разі неможливості інших способів харчування [85].

#### Рекомендація 17А

У пацієнтів із ЗЗК для ЕХ можуть використовуватися назальні зонди або черешкірний доступ.

Клас рекомендацій В — високий консенсус (96% згода)

#### Рекомендація 17В

ЕХ при ХК слід вводити через ентеральний насос для годування.

Клас рекомендацій В — високий консенсус (92% згода)

#### Коментар стосовно А/В

ЕХ можна безпечно доставляти за допомогою назогастрального зонда або черешкірної ендоскопічної гастростоми [86–88]. Постійне ЕХ, яке вводиться через ентеральний насос для годування, і повільне збільшення до повного призначеного обсягу супроводжується нижчою частотою ускладнень, ніж болісне введення [86–89]. Найчастішими при ЕХ є механічні (пов'язані із зондом), метаболічні й інфекційні ускладнення, але вони суттєво не відрізняються від тих, що спостерігаються при інших хронічних станах [88, 89].

Мало хто з пацієнтів із ВК потребуватиме ЕХ або ПХ, окрім як у період найбільш тяжких загострень і в періоді асоціюється зі значно нижчою частотою ускладнень, ніж ПХ. Лікувальне голодування шляхом внутрішньовенного харчування не має впливу на результат, проте специфічні протипоказання до застосування ПХ при ВК відсутні.

\* Рекомендації, у яких йдеться про VSL#3, стосуються лише комбінації пробіотиків, яка згадується в цитованій літературі. Починаючи з січня 2016 року дана форма випуску не є доступною під тією ж самою назвою бренду VSL#3.

При ХК частіше потрібна нутритивна підтримка. Не існує протипоказань до застосування ПХ у пацієнтів із ХК порівняно з іншими захворюваннями, і відповідно до його очікуваної тривалості може бути обраний центральний або периферичний шлях. Немає достатньої кількості даних, щоб рекомендувати використання конкретних субстратів у складі ПХ при ХК. Однак необхідно пристосувати ПХ до потреб пацієнта. ПХ, особливо в домашніх умовах, слід розглядати як додаткове невиключне харчування, яке може бути скорочене до мінімального рівня після досягнення достатнього відновлення композиційного складу тіла.

**Рекомендація 18А**

Можна застосовувати стандартне ЕХ (полімерні суміші, помірний вміст жирів, відсутність специфічних добавок) для початкової і підтримувальної дієтотерапії при ЗЗК у стадії загострення.

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (96% згода)

**Рекомендація 18В**

При застосуванні ЕХ або ПХ у пацієнтів із ЗЗК не рекомендуються певні суміші або субстрати (наприклад, глютамін, n-3 жирні кислоти).

Клас рекомендацій В — високий консенсус (96% згода)

**Коментар стосовно А/В**

Кілька досліджень порівнювали ефективність різних типів ентеральних сумішей (елементних, напівелементних, олігомерних або полімерних) у веденні ХК у стадії загострення. Кокранівський метааналіз десяти випробувань не показав статистично значущої різниці між пацієнтами, які отримували елементну (n = 188) і неелементну суміш (напівелементну або полімерну; n = 146) [90]. Схоже, що білковий склад не впливає на терапевтичний потенціал ЕХ. Цей консенсус не виявив достатньо доказів, щоб надати чіткі реко-

мендації [90, 91]. Тому при призначенні початкової дієтотерапії рекомендується застосовувати стандартні харчові суміші.

Використання сумішей, доповнених факторами росту, із меншим рівнем емульгуючих речовин або олігомерних сумішей як альтернативи стандартним сумішам не обґрунтоване надійними даними. Водночас відсутні докази того, що будь-яка з цих альтернатив поступається за ефективністю стандартним полімерним сумішам [92].

Немає достатньої кількості даних, щоб рекомендувати використання конкретних субстратів у складі ПХ при ХК. Однак необхідно пристосувати ПХ до потреб пацієнта.

**Рекомендація 19**

З метою мінімізації ризику тромбоемболії в пацієнтів із ХК слід докласти всіх зусиль, щоб уникнути зневоднення.

Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (100% згода)

**Коментар**

Хоча даних для призначення рутинної антикоагуляції недостатньо, можливість її призначення слід розглянути для всіх пацієнтів із ЗЗК, особливо для тих, які застосовують ПХ, докладаючи всіх зусиль, щоб уникнути зневоднення [93–97].

**Рекомендація 20А**

Пацієнти з ХК із дистальною фістулою (у нижніх відділах клубової або товстої кишки) і низьким викидом можуть отримувати нутритивну підтримку за допомогою ентерального шляху (харчові продукти).

Клас рекомендацій 0 — високий консенсус (100% згода)

**Рекомендація 20В**

Пацієнти з ХК із проксимальною фістулою і/або дуже високим викидом мають отримувати нутритивну підтримку шляхом часткового або виключного ПХ.

**Клас рекомендацій В — високий консенсус (96% згода)**

**Коментар стосовно А/В**

Пацієнти з ХК схильні до утворення фістул між двома ділянками кишечника або в ділянці від кишечника до іншого органу (особливо шкіри, сечового міхура й піхви). Більшість фістул виникають після хірургічного втручання. Було встановлено, що в хірургічних пацієнтів рання нутритивна підтримка, незалежно від способу введення, зменшує частоту виникнення й ступінь тяжкості фістул [84, 98, 99]. Мальнутриція з ІМТ < 20 кг/м<sup>2</sup> виявляється незалежним фактором ризику [100].

Лікування кишкових фістул є досить складним, залежить від локалізації, масштабу й характеру симптомів і вимагає участі багатопрофільної групи, до якої входять гастроентеролог, хірург і дієтолог [99]. Пацієнти з дистальною фістулою (у нижніх відділах клубової або товстої кишки) можуть отримувати нутритивну підтримку за допомогою ентерального харчування [101–103]. У пацієнта з проксимальною фістулою і/або дуже високим викидом стан можна коригувати шляхом переведення на лікувальне голодування та повне ПХ [104, 105], але навіть тоді психологічна користь вживання їжі може бути підставою для його включення до складу дієтотерапії, незважаючи на мінімальні очікування щодо отримання поживних речовин [102]. У разі оптимізації нутритивного статусу перед операцією ймовірність успіху хірургічного втручання зростає [106].

**Рекомендація 21**

Якщо в пацієнтів із ХК харчова депривація триває протягом багатьох днів, застосування стандартних запобіжних заходів і заходів для уникнення розвитку синдрому відновленого годування є обов'язковим, особливо щодо рівнів фосфату й тіаміну.

Клас рекомендацій В — високий консенсус (100% згода)

**Коментар**

Синдром відновленого годування не має стати проблемою для пацієнта із ЗЗК, який отримує належний догляд, проте нерідко має місце ситуація, коли харчова депривація продовжується протягом тривалого часу, отже, ця проблема є актуальною. Стандартні заходи безпеки й втручання є обов'язковими для цих пацієнтів із високим ризиком, особливо стосовно фосфату й тіаміну [107–109].

**Рекомендація 22А**

ЕХ є безпечним і, згідно зі стандартним підходом до лікувального харчування, може бути рекомендоване пацієнтам із тяжким ВК як підтримувальна терапія.

Клас рекомендацій GPP — високий консенсус (100% згода)

**Рекомендація 22В**

У разі відсутності кишкової недостатності не слід призначати ПХ пацієнтам із ВК.

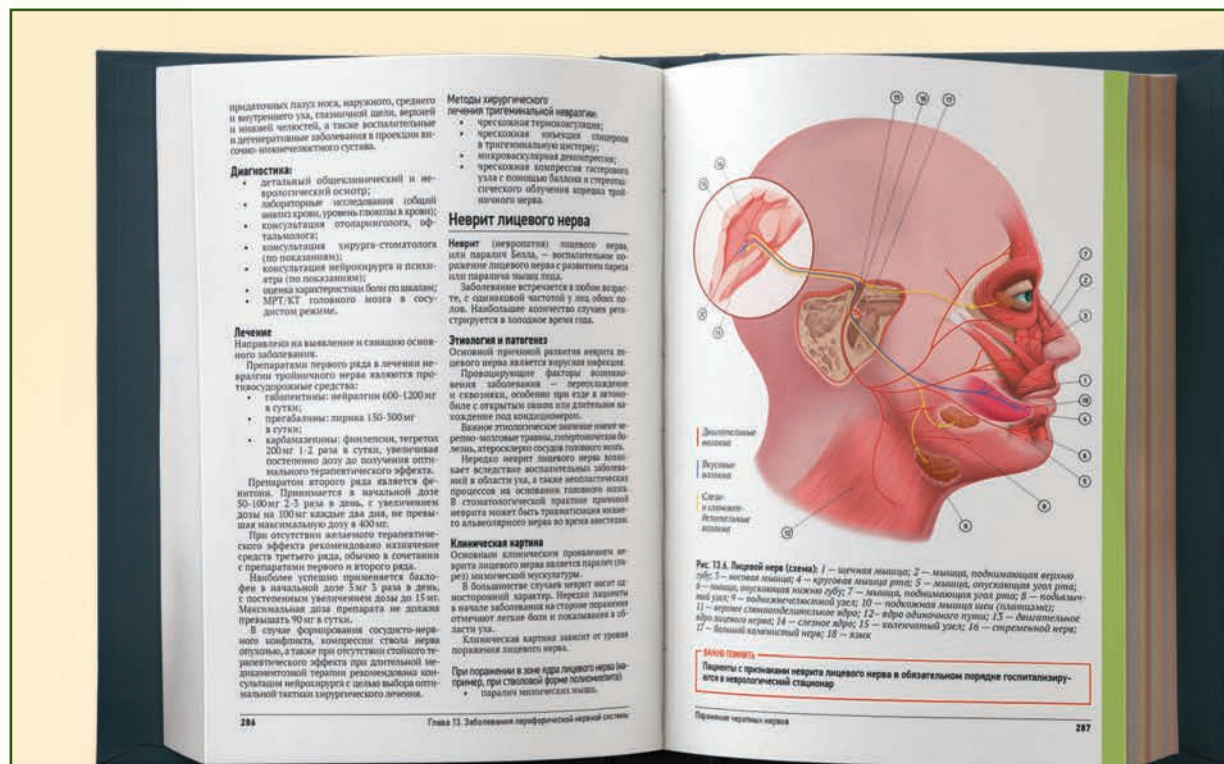
Клас рекомендацій 0 — консенсус (88% згода)

**Коментар стосовно А/В**

ЕХ не було належним чином досліджене в пацієнтів із гострим ВК. Однак у пацієнтів із тяжким перебігом захворювання його застосування видається безпечним і може забезпечити належне отримання поживних речовин [110]. Його ефективність потребує перевірки в додаткових дослідженнях за участю великих когорт пацієнтів.

ПХ рекомендується пацієнтам, які страждають від мальнутриції, і пацієнтам із тяжким захворюванням, лише коли вони не здатні переносити ЕХ або не можуть ефективно харчуватися ні перорально, ні через ентеральний зонд [110–112].

Закінчення у наступному номері



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.

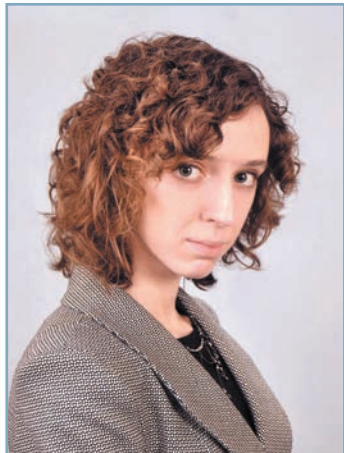
Особое внимание уделено анатомо-физиологическим особенностям нервной системы, алгоритму проведения первичного осмотра неврологического больного и интерпретации полученных результатов. Значительное место занимает описание основных заболеваний нервной системы, психосоматических расстройств, синдрома хронической 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.

# ЧИ ДОЦІЛЬНИЙ ГУМОР У НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ?



ЄХАЛОВ В.В., к.м.н.,  
доцент кафедри  
анестезіології,  
інтенсивної терапії  
та медицини  
невідкладних станів ФПО



КРИСТАФОР Д.А., к.м.н.,  
асистент кафедри  
анестезіології,  
інтенсивної терапії  
та медицини  
невідкладних станів ФПО



МІЗЯКІНА К.В., к.м.н.,  
доцент кафедри  
нервових хвороб  
та нейрохірургії ФПО

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

Прогресивне зростання ритму життя, сучасний інформаційний бум, реструктуризація колективних та міжособистісних відносин, переоцінка цінностей — ось досить невелика частка причин, що лежать в основі модифікації суб'єктивного та суспільного мислення (1). Цілеспрямований процес формування типу розумової діяльності сучасної людини, що включає компоненти кліпового мислення, можливий з опорою на загальні характеристики теоретичного та творчого мислення. Оскільки змінити інтенсивність девіації мислення у лікарів-інтернів всіх спеціальностей практично неможливо, треба розробляти нові (або поновити старі) освітні підходи до процесу навчання майбутніх фахівців в інтернатурі (2). Проведений нами аналіз достатньої кількості анонімних анкет дозволив дійти висновку, що щодо наданої інформації поняття «цікавий» або «корисний» для лікарів циклів підвищення кваліфікації практично ідентичні. У розумінні интерна означення «цікавий матеріал» більше відповідає якостям «приваблюючий», «захоплюючий». Визначення «корисний» становить для молодих колег щось неминуче необхідне, що вимагає витрат сил та часу.

Насамперед ми вирішили оптимізувати заняття з токсикології хоча б тому, що у програмах дисциплін вищих медичних навчальних закладів цій темі приділяється дуже мало уваги. Перша наша спроба, на жаль, виявилася невдалою. Наші наміри використати витяги з класичної літератури успіху не мали: не читає сьогодні молодь такі книги. Ніколи вони не дізнаються, у чому помилився Гі де Мопассан, змальовуючи кінець пані Боварі, якими вишуканими були злочини з отруєннями героїв В. Шекспіра, О. Дюма, М. Дрюона, М.С. Лескова тощо. Звідси походить і прогресуюча недорікуватість більшості сучасних політиків, фахівців, бізнесменів. Свою відмову від читання книг молодь пояснює досить прозоро: «Ми цього не любимо». А може, тому й не любите, що ніколи цього не робили?

Сьогоднішнє покоління майбутніх фахівців очікує, що навчання буде прийнятним. Час суворого професора як «мудреця на сцені» вже минув. Головна причина — спрощення та стандартизація оціночних процедур через систему тестів та комерціалізація освіти. Успішно продаватися може тільки те, що не обтяжливо, а весело (Льїнська С.Г., 2019). Гумор створює спокійні, захоплюючі та безпечні обставини. Висловлено припущення, що використання гумору може розпалити пожежу цікавості у наших студентів. Якщо перетворити тезу «я повинен» на «я бажую», тоді будь-яка справа стане значно легшою.

Позитивна атмосфера — ворог рутини. Томас Едісон казав: «Я не займався важкою працею жодного дня у своєму житті — це все було весело» [3].

Як стверджує М. Моррісон (колишня очільниця Асоціації прикладного та терапевтичного гумору), жарт — це справжній «агент змін». Він знижує рівень стресу; несподіваний гумор активує зону мозку, відповідальну за увагу. Американський психолог С. Шмідт ще чверть віку тому довів, що гумор покращує швидкість та тривалість запам'ятовування матеріалу, підвищує здатність ризикувати (виходити із зони комфорту), поліпшує швидкість мислення. Упровадження гумору до освітнього процесу сприяє утворенню збільшеної кількості словесних асоціацій, що вимагає креативного мислення (Мірошнікова А., 2019). Сміх — надзвичайно дохідлива форма емоційної критики, що передбачає свідомо-активне сприймання з боку аудиторії (Дудник Н.В., 2008).

Медичні працівники всього світу часто використовують гумор у лекціях та інших презентаціях. Вони вважають, що жарт зменшує стрес, підвищує мотивацію та розуміння, сприяє соціалізації у професії. Крім того, опитані лікарі не вважають, що це момент відволікаючий або непрофесійний чи що це тривіалізує навчальний процес [4].

Гумор допомагає молодим колегам долати різні рівні таксономії Блума (знання, розуміння та застосування відповідно).

Це вдячний інструмент допомоги викладачам, який сприяє навчанню інтернів, але тільки якщо використовувати його належним чином, конструктивно та помірковано [5].

Жарт, як педагогічний прийом, може бути схожим на кроки канатохідця. Якщо це зробити добре, це може покращити навчання або принаймні зробити його цікавішим. Існує шкала орієнтації на гумор, яка вимірює схильність особистості до передачі жартівливих повідомлень. О. Wanzel встановив, що сприйняття студентами викладачів з високою орієнтацією на гумор, як правило, призводить до кращого засвоєння ними елементів навчання [6, 7].

Але якщо не зробити все правильно, це може мати катастрофічні наслідки. Жарт — це родзинка у наданій інформації, що підкреслює гостроту та смак, але хліб не можна пекти з одних родзинок. Усе надмірне призводить до протилежного очікуваному ефекту, а інформація легко може втратити свій навчальний ефект. Почуття міри, такт, художній смак — все це умови ефективного використання гумору в навчанні. Примітивний або грубий жарт, висловлені ні до чого вульгаризми спростують авторитет викладача (Д.І. Писарев).

У наших роботах ми деякою мірою торкалися теми залучення гумору до навчального процесу [8, 9]. Питання його використання не тільки з метою дати аудиторії перепочити, але й щоб таким

шляхом передавати знання, залишається нерозв'язаним. До теми «Токсикологія» ми створили низку більш-менш жартівливих питань і побачили неабиякий інтерес в очах інтернів. Наведемо кілька прикладів:

1. О.С. Пушкін: «Зовсім ти, стара, здурила. Ти що, бабо, блекоти наїлася?!» Чому стара увечері нічого не бачила? (*Гемералопія внаслідок мідріазу*)

2. Якими препаратами можна повернути відьму з шабашу? (*Антидоти атропіноподібних речовин: аміностигмін, фізостигмін, галантамін*)

3. Чому Л. Керролл обрав для казки «Аліса у Задзеркаллі» образ навіженого капелюшника, а не чоботаря? (*Хронічна інтоксикація сполуками ртуті, тобто ртутний еретизм*)

4. Чому кардинали відмовилися цілувати руку померлому папі Олександру VI, що завжди було релігійним ритуалом? (*Отруєннямиш'яком: дуже сильний сморід гнилого часнику*)

5. Як розвернути оленів Діда Мороза назад? (*Антидотимухкарину та мусцимолу: атропін, реактиватор холінестерази*)

6. Чому (припустимо) спроби отруїти Наполеона, Распутіна та Гітлера ціанідами не досягали мети? (*Уроджена метемоглобінемія*)

7. Від якого гриба відкусила Аліса, коли раптово спершу збільшилася, а потім — зменшилася? (*Мухомор червоний: мікро- та макроспія*)

8. Чому в п'яниці червоний або сизий ніс? (*Павутиноподібне мангіоміта ін'єкція судин внаслідок алкогольного цирозу печінки*)

9. Чи можна (теоретично) вилікувати отруєного мухомором пантерним за допомогою іншого гриба? (*Мухомор червоний: містить мукарин, мусцимол*)

10. При якому отруєнні постраждалі потрапляють до Смарагового міста? (*Аконіт: отруєний бачить довкілля в зеленому кольорі*)

11. Чому шукачі мандрагори (скополії) «ледве не вмирали від страшного крику» цього кореня? (*Антихолінергічний, тобто скопааміновий, психоз*)

12. Чим можна було б врятувати героя О.С. Пушкіна князя Олега, якби він жив зараз? (*Сироватка кіньська очищена проти отрути змії «Антигюрза» або полівалентна*)

Одразу відпала необхідність до чогось примушувати інтернів, бо вони із зав'язанням заходилися розв'язувати ці завдання. Викладач у цьому разі може діяти за двома напрямками: а) з економією часу: розповісти молодим колегам те, що не прописано у підручнику; б) рекомендувати самотужки знайти відповіді у мережі Інтернет. Ми вважали, що інтерни покинуть цю тему, але помилилися: хотіння виявилася сильнішим за примушення.

Отже, запропоновані нами питання з родзинкою викликали справжній інтерес аудиторії, окрім цього, надали певну інформацію для консолідації отриманих знань у пам'яті молодих колег (виживання знань). Продуктивність запропонованої методики ми плануємо вивчити у більшій вибірці суб'єктів дослідження.

Список літератури  
знаходиться в редакції





*Від мрії до надії*

*Перша в Україні клініка сучасної діагностики та лікування нейроімунологічних захворювань*

## ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

- ✿ Хронічних нейроінфекцій
- ✿ Розсіяного склерозу
- ✿ Енцефалітів та енцефаломієлітів
- ✿ Міастеній
- ✿ Демієлінізуючих полінейропатій
- ✿ Епілепсій
- ✿ Панічних атак і депресій
- ✿ Невритів та невралгій
- ✿ Імунодефіцитів
- ✿ Аутистичного спектру у дітей

+38 067 689 88 33  
+38 066 689 88 33  
+38 063 689 88 33

 [www.vivereclinic.com](http://www.vivereclinic.com)

 м. Київ, вул. Ломоносова, 71-Б

# ЭКСПЕРИМЕНТ\*



Ион Деген, д.м.н.

Не хвастовство — констатация факта. Единственный раз в жизни мне удалось создать шедевр. Как? Не знаю. Выплеснулось. Возможно, Господь каждому предоставляет шанс раз в жизни создать нечто замечательное.

Фельетон вырвался из меня, как лава из кратера вулкана.

Не задумываясь, я крупными буквами написал: «Конвалария майялис — майские ландыши». Это заглавие. Дальше потекло, едва успевал записывать. Метафоры, сравнения, эпитеты вываливались на бумагу. Двусмысленная ирония извергалась из меня уже готовой и обкатанной. Не задумывался над нею. Не искал образы в глубинах сознания. Впечатление было такое, словно я давно знал наизусть этот фельетон. Только бы успеть записать...

В ординаторской царил необычная тишина. Больница спала. Редкие спокойные часы так называемого холодного дежурства. Без приема карет скорой помощи. Без срочных оперативных вмешательств.

Не знаю, сколько времени я писал. Вероятно, недолго. Поставил последнюю точку и начал читать. Смеялся после каждого абзаца. Здорово! Правильно было нечего. Как мне удалось написать такое чудо?

Тему фельетона подкинул молодой врач скорой помощи, один из группы курсантов-врачей, занимавшихся в нашем хирургическом отделении по линии военкомата. Гинекологи, окулисты, стоматологи, терапевты, даже психиатр натаскивались по военно-полевой хирургии. На случай, если завтра война. Кто-то относился к занятиям серьезно, иногда и с интересом. Кто-то просто коротал время, умудряясь и в операционной не появляться.

Молодой врач скорой помощи относился к умудрявшимся. Он производил впечатление человека, только что вышедшего из состояния анабиоза. Тихий голос. Минимум движений. Деликатность. Легкая услужливость. Никаких усилий. Передать ручку или историю болезни соседу по столу, подать полотенце. Если для этого не надо встать с дивана.

Врачом скорой помощи он стал года за два или за три до появления в нашем отделении. Сразу после окончания медицинского института. Как это еврей удалось остаться в Киеве? Говорили,

отец его был какой-то влиятельной фигурой в области искусства. Но достаточно ли этого для протекции? Не знаю.

В отличие от большинства врачей нашего отделения и курсантов он был с таким налетом состоятельности. Чувствовалось, что даже в эвакуации, будучи ребенком, не познакомился он с голодом. И сейчас, спустя тринадцать лет после окончания войны, он, безусловно, был обеспечен лучше меня, хотя я получал уже восемьсот пять рублей в месяц, а он — только шестьсот.

В группе курсантов было несколько специалистов в своих областях медицины. Как правило, их отношение к хирургии было положительным. А молодой врач скорой помощи к военно-полевой хирургии относился снисходительно. Он как будто оказывал нам честь, находясь вместе с нами в ординаторской.

В отделении я был единственным ортопедом-травматологом. На мне лежала самая значительная часть преподавания, так как, по образному выражению известного врача, война — это травматическая эпидемия. Я был моложе большинства моих слушателей. Возможно, этим в какой-то мере определялось мое почтительное отношение к курсантам. Хотя изредка все же сказывалось мое командирское прошлое. Может быть, оно и было причиной того, что означенный молодой врач относился ко мне несколько подострастно.

Однажды, когда мы остались наедине в ординаторской после ухода курсантской группы, он заметил, что встречал в «Правде Украины» мои корреспонденции и может оказать мне услугу — подбросить интересную тему. И рассказал действительно забавную историю.

Его начальница — главный врач киевской скорой помощи — решила устроить пикник для большой группы врачей, сестер, санитаров и шоферов в честь Первомая. Второго мая на нескольких каретах они поехали в лес. Вы понимаете? Поехали в лес на каретах скорой помощи! Там они выпивали, закусывали, наслаждались пением птиц, вдыхали запахи весеннего леса. Начало мая. Пора цветения ландышей.

Ландыши и включили механизм зарождения фельетона. Майские ландыши — конвалария майялис. Знаменитое лекарство. Средство для лечения сердечных заболеваний. Не тема, а конфетка!

Не помню, появилась у меня идея написать фельетон сразу после рассказа врача или поздно вечером, когда я освободился от записей в историях болезни, а больница уснула, устав от боли.

Не хвастаюсь. «Конвалария майялис — майские ландыши» действительно великолепный фельетон.

На следующий день, когда врачи после работы собрались в ординаторской, я прочитал им свое творение.

Можно подвергнуть сомнению шедевральность фельетона, когда об этом говорит автор. Его можно заподозрить в субъективности, нескромности и даже в хвастовстве. Но для реакции аудитории

годились только одно слово — триумф. Хохотали врачи. Улыбнулся даже всегда мрачный заведующий отделением. Впервые я увидел улыбку на лице этого блестящего хирурга, страдавшего неизлечимой болезнью. Меня обнимали, целовали, осыпали комплиментами и в один голос уверяли: у меня недюжинный литературный талант. Как это они вообще не знали, что я пишу? Ведь от такого фельетона не отказался бы сам Чехов. Да-да, Чехов, а не Антоша Чехонте.

Присутствовавший в ординаторской молодой врач скорой помощи, фактически мой соавтор, на сей раз был не таким сдержанным, как обычно. Он сиял. Он не то аплодировал, не то потирал ладони после каждой фразы фельетона.

За всю свою жизнь я не выслушал столько похвал в свой адрес, как в эти несколько минут.

И тут подал свой голос не присоединившийся к комплиентам заведующий отделением.

— Вы, конечно, написали фельетон для «Правды Украины»? — Он знал, что изредка я пописываю для этой газеты ради пополнения своей нищенской зарплаты. Я ответил утвердительно.

— И сколько вам заплатят?

— Рублей тысячу двести. В полтора раза больше моей зарплаты.

— Неплохо. А вы знакомы с героиней вашего фельетона, главврачом скорой помощи?

— Нет. Даже не представляю себе, как она выглядит.

— Не представляете себе... А представляете, что будет с ней после появления вашего фельетона в республиканской газете? Фельетон, безусловно, появится. Он написан талантливо. Будь я редактором, ни на секунду не задумывался бы над тем, опубликовать его или нет. Но больше половины из семнадцати врачей нашего отделения могут рассказать вам, кого вы облили грязью.

— Простите, Петр Андреевич, я никогда не обливал грязью. Я только завернул факт в литературную обертку.

— Завернули...

Тут врачи, которые только что возносили меня на вершину Парнаса, стали рассказывать о героине фельетона.

Оказалось, это не просто женщина, не просто блестящий организатор здравоохранения, не просто руководитель одного из крупнейших киевских лечебных учреждений, а шестикрылый серафим, сеющий добро на каждом шагу. Заведующий отделением прервал поток славословий:

— А вам не пришло в голову, что выезд на пикник, на майские ландыши был продиктован желанием хоть как-то скрасить нелегкую жизнь подчиненных?

Я стоял, перебирая в руках листы, которые только что были источником моего триумфа. Чувствовал себя опущенным в ледяную прорубь.

— Ион Лазаревич, — спросил заведующий отделением, — надо полагать, когда вы писали фельетон для «Правды Украины», вас интересовал не литературный успех, а заработок? Не так ли?

— Именно так.

— В таком случае продайте мне фельетон. Свои тысячу двести рублей вы получите.

К заведующему отделением я относился с огромным уважением. Он этого заслуживал. Но тут я посмотрел на него так, будто от моего взгляда он должен окаменеть. Резко, словно замазывая ему оплеуху, порвал фельетон на мелкие куски и выбросил их в корзину. Кто-то из врачей ахнул. Заведующий отделением встал из-за стола, подошел ко мне и обнял.

— Спасибо.

Молодой врач скорой помощи угас и незаметно выскользнул из ординаторской.

Погиб мой шедевр, а главное — дополнительный заработок, в котором я так нуждался.

Прошло несколько лет. Не помню, при каких обстоятельствах я познакомился с главным врачом киевской скорой помощи. Помню, что обратился к ней с просьбой. Мне понадобилась карета скорой помощи, чтобы из Бориспольского аэропорта перевезти в нашу больницу моего друга, которому в Крыму оказали первую помощь по поводу перелома бедра. Обстоятельства усугублялись тем, что гроза существенно нарушила расписание прибытия самолетов.

Она помогла мне так, словно слегка передвинула кресло в своем кабинете. К тому времени я уже имел возможность убедиться: это ее стиль, она именно так оказывает помощь, и, описывая ее в день моего единственного литературного триумфа, коллеги даже поспешили на добрые слова.

Однажды в моем присутствии заведующий отделением рассказал ей о фельетоне, о моем художественном чтении в ординаторской, о реакции аудитории и печальном финале опуса. Женщина буквально была огорошена.

— Неужели тот выезд на пикник посчитали криминалом? Кто же вам его так представил?

Я не назвал источник «Майских ландышей». Зачем? Даже не знал, продолжает ли он работать в скорой помощи. Разлука с ним вскоре после описанных событий не была печальной, потом я вообще забыл о его существовании. Но сейчас, вспомнив, решил навести справки.

Это оказалось несложно, так как кареты скорой помощи почти ежедневно доставляли нам больных, и мы были в добрых отношениях со многими врачами их службы.

Кажется, уже на следующий день в ответ на мой вопрос услышал:

— Ах, этот? Неприятный тип. Скользкий. Уже давно у нас не работает. Делает науку. Если с таким же усердием, как работал на скорой помощи, то великие открытия нам не угрожают.

С этим врачом я был в добрых отношениях, поэтому решил спросить о том злополучном пикнике.

\*Продолжаем публиковать рассказы Иона Лазаревича Дегена из золотого редакционного запаса.

В общем, все было так, как в «скелете» моего фельетона. Но благодаря другому углу зрения картина вырисовывалась совершенно непохожая на описанную мною.

Выезд состоялся на пяти старых каретах, только что вернувшихся из капитального ремонта и еще не укомплектованных бригадами. На пикник в три заезда выехали лучшие работники скорой помощи. Это было своеобразной наградой в честь праздника.

— А тот, как вы говорите, скользкий не был награжден?

— Награжден? За что? За нерадивость? Босс считала, что молодой еврейский парень, принятый на работу по благу, выложится, как выкладывается большинство евреев. Именно поэтому она, для которой работа — это все, так относится к евреям и воюет с начальством, чтобы принять евреев на работу. Именно поэтому начальство упрекает ее в том, что у нее не медицинское учреждение, а синагога. Но тот тип не только не вкалывал, а считал, что делает большое одолжение, появляясь на работе.

В такое стечение обстоятельств трудно поверить. Пятнадцать лет я не видел поставщика материала для моего фельетона и понятия не имел, где он и чем занят. И надо же — в тот самый день, когда я спросил о нем врача скорой помощи, я увидел его в парке выгуливающим симпатичного сеттера. Не знаю, обратили бы он на меня внимание. Но сеттер бросился ко мне и, стоя на задних лапах, передними доверчиво уперся в мое

бедро. Я отозвался на доброе ко мне отношение и стал поглаживать длинное мягкое ухо. Хозяин подошел ко мне и подал руку. Пришлось оставить собаку. Я гладил ее правой рукой. В левой у меня палка. Должен сказать, что рукопожатие не доставило мне удовольствия. Его рука показалась бескостной, правда, не такой мягкой, как собачье ухо. Скорее — вялой. Но хуже всего то, что она была влажной.

Оказывается, он знал, что я защитил докторскую диссертацию и все-таки продолжаю работать простым врачом. А вот он растет и надеется вскоре стать профессором. Сеттер продолжал оказывать мне знаки внимания. Я погладил его и не без брезгливости снова пожал влажную ладонь на прощание.

Что ни говорите, но это не случайность, а закономерность.

В конце той недели ко мне на консультацию пришел старший научный сотрудник института, в котором работал хозяин сеттера. Я с удовольствием ответил на все вопросы консультируемого, а потом, в свою очередь, задал ему вопрос, что представляет собой его сослуживец.

Ответ, надо сказать, меня не удивил. Неуч. Ленив. При необходимости поверхностно нахвтан. Тщательно вылизывает все места заведующего отделом. Далеко пойдет.

Наверное, я плохой человек. Ну зачем мне это понадобилось? Но вдруг очень захотелось снова встретиться с этим типом.

Что это? Подсознательное ковыряние в ране, оставленной ненужным, порочным, погибшим шедевром, до уровня

которого потом мне ни разу не удалось подняться? Не знаю. Возможно, в ту пору такая мысль даже не рождалась в моем мозгу. Но мне определенно хотелось поставить эксперимент. Уникальный. Не у многих советских граждан была возможность поставить такой эксперимент.

Среди моих пациентов был очень важный чин очень важных органов. Его адъютант, майор, при вроде бы случайных встречах всегда журил меня за очередную, как там считали, крамольную выходку.

Методика задуманного эксперимента была простой, как выкуренная сигарета.

Очень важным органам о моей намечаемой крамоле должно стать известно только из одного источника. Чистый эксперимент.

Прошло больше месяца после встречи в парке. Каждый день, возвращаясь с работы домой, я надеялся на новую встречу. Тщетно. Эх, дурак, не расспросил подробно о его жизни, о будущем, о работе. Я даже не знал, где он обитает и как оказался в нашем парке.

Нежные снежинки неохотно снижались, не желая коснуться асфальта аллеи, где их растопчут и превратят в слякоть. Я шел не торопясь, и все еще мысленно просматривая недавно законченную операцию. Перчаткой я подхватил снежинку и стал рассматривать ее ажурную шестилучевую структуру. Поймал еще снежинку. И еще. У всех все те же шесть лучей. Шесть лучей. Шестиконечная звезда на знамени страны, о которой я мечтаю.

И тут, как выпущенная из лука стрела, из заснеженных кустов вылетел вислоухий сеттер и передними лапами радостно стал колотить по полам моего пальто. Славный пес. Но, грешен, я обрадовался не ему, а тому, что сейчас смогу наконец-то поставить свой эксперимент.

Мы были в перчатках и — ура! — можно было не пожимать ему руку.

Разговорились. Я показал ему снежинку и спросил, как он, еврей, относится к такому подобию — снежинка и звезда Давида. Он что-то промычал. Меня не интересовал его ответ. Мне надо было выдать информацию. И я выдавал. Я заговорил о недавней войне Судного дня. Об очередной победе Израиля. О злобной реакции Советского Союза. Словом, вывалил достаточно крамолы для пополнения моего досье.

Через несколько дней меня, как всегда случайно, встретил майор, адъютант очень важного чина. Думаю, он понимал, что я не верю в случайность этих встреч. Обычное начало разговора. Как дела? Как самочувствие? Что нового?

Прошло добрых пять минут. Неужели отрицательный результат? Неужели я мысленно возвел поклеп на невинного человека? Но тут:

— Ион Лазаревич, для нас не новость ваше сионистское мировоззрение. Но нельзя же все-таки, согласитесь, вот так демонстративно пропагандировать антисоветчину направо и налево.

Я согласился, что нельзя. Охотно согласился.

Удался эксперимент. ■

Львівська МКЗ Україна, серія АГ, № 599054, від 21.11.2014 р.

А.Л. Сидельновский  
**ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ВРАЧЕБНЫЕ ДЕВИАЦИИ**

НАЦИОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.А. ШУБКА  
 КАФЕДРА НЕВРОЛОГІЇ №1  
**КРОКУЮЧИ СТОЛІТТЯМИ**  
 ЮВІЛЕЙНИЙ АЛЬБОМ

А. Сидельновский  
**НЕВРОЛОГИЯ**  
 АТЛАС-СПРАВОЧНИК

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

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

**АКСИМЕД**  
 НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ, ВТІЛЕНИЙ В УСПІШНУ ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

**АКСИМЕД**  
 КЛІНІКА СУЧАСНОЇ НЕВРОЛОГІЇ



# Новый, 2021 Год:



## КАК ОН ПРОЙДЕТ И КАК ЕГО ПРАВИЛЬНО ВСТРЕТИТЬ

Новый, 2021 год по восточному календарю является годом **Белого Металлического Быка**. Несмотря на то, что год Крысы (2020) был достаточно тяжелым, трудности могут быть и в 2021 году. Как пройдет следующий год, как его правильно встретить и что нам известно о знаке Быка?

Год Быка наступит 12 февраля 2021 года в 21:05 и продлится до 30 января 2022 года.

Согласно прогнозу астрологов, год Белого Металлического Быка будет более мирным, спокойным и размеренным, чем год Крысы. Качественные стороны этого знака помогут справиться с большинством проблем. Благодаря холодному расчету и целеустремленности Быка в новом году большинство людей будут стремиться к общей цели и восстановлению порядка. Год Быка будет благоприятным для продуктивной работы в разных сферах зарабатывания денег: стоит потрудиться, чтобы расположить к себе этот знак и быть вознагражденным по достоинству.

Также 2021 год будет хорошим для создания семьи, строительства дома. Он подходит для начала нового бизнеса, в особенности связанного с землей. Капиталовложения обещают быть выгодными и успешными.

В Китае по традиции Новый год празднуется в течение двух недель, чтобы перейти от старого знака к новому. Чтобы получить расположение Белого Металлического Быка в 2021 году, необходимо встречать Новый год в одежде его любимых цветов. Так, дойдут белый, серебристый, зеленый, синий, черный, соломенный с подобранными к ним металлическими украшениями. При этом одежду красного цвета надевать не стоит. По китайским поверьям, так вы можете накликасть на себя беду.

Астрологи также рассказали об отличительных чертах людей, родившихся в год Быка. Как сообщается, их доминантные качества соответствуют характеру данного знака. Так, рожденные в год Быка обладают крепким здоровьем, упорством, целеустремленностью, они спокойны и не боятся проблем. Если все же вывести Быка из себя, обидчику не позавидуешь — Бык страшен в своей ярости.

Бык считается заботливым семьянином, но в то же время властной натурой и беспрекословным хозяином в доме. Он консервативен и авторитарен, его сложно в чем-либо переубедить. А мощная стихия металла в 2021 году усилит это качество в разы.

## Гороскоп здоровья на 2021 Год для каждого знака Зодиака: как избежать проблем

В 2021 году Белый Металлический Бык настоятельно рекомендует быть активнее. Закаливание, фитнес и прогулки не дадут болезням шансов.

Гороскоп здоровья на 2021 год поможет вам сориентироваться, на какие участки своего организма обратить внимание в первую очередь.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Овна

Переутомление — враг Овнов! Да и всех денег все равно не заработаешь. В борьбе с различными недомоганиями, которые отравляют жизнь, вас поддержит Меркурий. Смотрите на мир оптимистичнее! Выходные проводите в активном движении. Весной 2021 года присутствует риск авитаминоза, а это значит, что комплекс витаминов не помешает. Заботьтесь о своем здоровье.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Тельца

Весна и лето 2021 года ознаменуются перепадами настроения и низким жизненным тонусом, что обусловлено склонностью Тельцов к перфекционизму и неумением принимать жизненные обстоятельства такими, каковы они есть. В срочном порядке измените свои взгляды, иначе постоянное недовольство может стать причиной затяжного депрессивного состояния.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Близнецов

В феврале 2021 года обостряются хронические заболевания, возможны проблемы с сердечно-сосудистой системой и суставами. Одевайтесь по

сезону! С конца лета и осенью стоит провести оздоровительные и очистительные процедуры. Заядлым курильщикам в этот период удастся легко бросить курить. Помните: заработать все деньги невозможно, а вот нервные клетки не восстановишь.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Рака

2021 год не будет проблемным в отношении здоровья, если вы не навредите себе сами. Контролируйте свой рацион, займитесь спортом. Весной возможно обострение аллергии. Летом меньше времени проводите на солнце. Осенью не стоит впадать в депрессию — запаситесь хорошим настроением и абонементом в бассейн. Не стоит надеяться на чудо-пилюли.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Льва

Борьба со стрессом — ваш главный рецепт личного самочувствия на этот год. Не принимайте критических высказываний на свой счет, не смотрите вечерние новости, не выясняйте отношений с близкими и обязательно заведите домашнее животное. Одним словом, делайте все возможное, чтобы оградить себя от негатива.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Девы

Дева склонна приписывать себе болезни. Не закидывайте на мнимых проблемах! Отрегулируйте свой рацион. Включайте в меню говядину, сыр, миндаль, хлеб с отрубями, овес, шпинат, кабачки, сливы, яблоки, груши, финики, грецкие

орехи, йогурт. С марта по июнь 2021 года возможны аллергические реакции, могут дать о себе знать хронические заболевания.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Весов

Сил и энергии Весам в 2021 году будет не занимать, иммунитет тоже не подведет. Вы будете менее подвержены стрессам, дискомфорт в спине перестанет докучать. Весной старайтесь не простывать. Летом уделите внимание своему ЖКТ — следите, чтобы в вашем рационе было достаточно белков, сократите количество жирных продуктов.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Скорпиона

В 2021 году будьте особенно внимательны к своему психоэмоциональному состоянию. Затянувшиеся стрессы ослабляют защитные свойства организма перед инфекцией. Мыслите позитивно, вовремя занимайтесь профилактикой, высыпайтесь. Отдых и полноценный сон — наилучший рецепт практически от всех недугов.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Стрельца

Сил Стрельцам не занимать, однако в 2021 году стоит обратить внимание на физическую активность. К тому же стрелка весов вышла за «красную линию». Идеальный вариант — заняться плаванием, подключив пешие прогулки быстрым шагом. Снижение массы тела и общее улучшение самочувствия вам гарантированы! Не помешает и утренняя гимнастика.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Козерога

В 2021 году звезды потребуют от Козерога умеренности во всем, особенно в еде. В отпуске будьте осторожнее с блюдами местной кухни. Летом возможны нервные срывы — отпуск отчасти решит проблему. Осень и зима будут переменчивы во всех смыслах. Настроение будет колебаться, приливы энергии могут чередоваться с небольшим упадком сил. Займитесь спортом, лучше — на свежем воздухе.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Водолея

В 2021 году берегите нервную систему, рационально распределяйте силы, находите время для уединения и тишины — и хорошее самочувствие будет вашим неизменным спутником в течение всего года. В периоды межсезонья уделяйте время закаливающим процедурам и профилактике хронических заболеваний. Ваше уязвимое место — желудочно-кишечный тракт.

### Гороскоп здоровья на 2021 год для Рыб

Влияние светил в 2021 году потребует от Рыб очень ответственного и дисциплинированного отношения к еде. Никаких излишеств! Выбирайте легкие блюда, не пропускайте приемов пищи. Откройте новые для себя блюда, попробуйте, например, что-нибудь экзотическое из азиатской кухни. Большое количество работы неизбежно влечет за собой усталость. Полноценно отдыхайте и высыпайтесь! ■

## 20 простых, но очень полезных установок на Новый, 2021 Год

1. Вы должны быть признательными за свою жизнь, за каждое ее мгновение и за все ее трудности. Отсутствие трудностей будет означать только то, что вы не сможете сопоставить их с прекрасными моментами.
2. Вы не должны унижать себя, потому что вы удивительны как личность и обладаете удивительными качествами. Каждый из нас имеет свои невероятные таланты и умения, а потому относиться к ним нужно соответственно.
3. Будьте честными и добрыми по отношению к себе и к другим людям независимо от того, кем они вам приходится — членами семьи, друзьями или незнакомцами.
4. Нужно чаще улыбаться, ведь улыбка не только делает лучше ваш день, но и поднимает настроение окружающих.
5. Долой необоснованные переживания! Они не избавят вас от проблем завтрашнего дня, но определенно лишат спокойствия сегодня.

6. Прекратите сравнивать себя с другими людьми. Не нужно этого делать. Вы особенны и уникальны.
7. Вы должны осознавать свои мысли, ведь они формируют ваш мир. Если вы не уверены в том, помогают вам эти мысли или, наоборот, сдерживают вас, обратитесь к чувствам, которые сопутствуют таким мыслям. Если эти чувства кажутся неправильными, значит, мысли следует изменить.
8. Прекратите тратить свое время на постоянные желания.
9. Вы должны перестать беспокоиться о том, что о вас подумают окружающие.
10. Каждый новый год нужно делать годом своего успеха. Вы должны восставать из прошлогоднего пепла, словно Феникс, вновь создавая для себя невероятное будущее.
11. Человек должен жить, а не выживать, когда он работает на ненавистной ему работе

12. Не стоит строить свою жизнь на страхах и сомнениях. Это не жизнь. Реальная жизнь основывается на других качествах: доброте, щедрости, любви и, что самое главное, на личности самого человека.
13. Если вы хотите жить в богатстве и достатке, создайте возможности для их достижения другим людям. Давая, вы обязательно получите что-то в ответ, и этим чем-то могут быть любовь, деньги, признательность и т.д.
14. Необходимо смотреть на мир глазами, полными любви и ласки. Важно не забывать смотреть на своих жен, супругов, парней, девушек, братьев, сестер, детей, родителей и коллег.
15. Необходимо смириться и принять тот факт, что все люди разные, со своими идеалами,

- предпочтениями в одежде, способом мышления и даже стилем общения.
16. Прежде чем уснуть, важно уделить минуту выражению благодарности за прошедший день, каким бы он ни был — хорошим или плохим.
17. Сразу после пробуждения необходимо четко определиться со своими намерениями и целями на день. Кроме того, нужно относиться к нему с оптимизмом.
18. Не нужно ненавидеть понедельник. Его наступление нельзя предотвратить, а подход из пункта № 17 сделает его еще и лучшим днем недели.
19. Не стоит беспокоиться из-за отсутствия денег, поскольку в таком случае вы фокусируетесь на самом их отсутствии, что лишь усугубляет проблему.
20. Никто не должен говорить, что этот день будет плохим, иначе, поверьте, так оно и будет. ■





# ЩАСЛИВОГО НОВОГО РОКУ 2021

## Шановні лікарі!

Вітаємо вас з Новим роком! Від щирого серця  
бажаємо ставити перед собою сміливі великі цілі  
й обов'язково досягати їх. Нехай завжди вистачає  
сил і енергії на здійснення задуманого,  
нехай буде міцним здоров'я,  
а успіх стане надійним супутником  
у будь-якій справі. Нехай у ваш будинок  
увійде диво, збуваються найзаповітніші мрії,  
радість ніколи не покидає,  
здоров'я і достаток примножуються,  
а серце співає від щастя і натхнення!

## ЗМІСТ

**МЕДИЧНІ  
ФОРУМИ**

По материалам научно-практической конференции  
«Мультидисциплинарный подход — ключ к успешной терапевтической науке и практике» ..... 3

**UA  
НОВИНИ**

COVAX подтвердила заявку Украины на получение вакцины от коронавируса ..... 5

Медучреждениям разрешили закупать лекарства для лечения COVID-19, не входящие в Нацперечень лекарственных средств ..... 5

Безопасное и эффективное средство для лечения ринита ..... 5

Верховная Рада одобрила планирование закупок лекарств на несколько лет вперед ..... 5

Посол Германии: Украина может стать площадкой производства лекарств, необходимых для преодоления пандемии ..... 5

ВОЗ резко ужесточила правила ношения масок при COVID-19 ..... 8

Специалисты на пути решения проблемы лекарственной устойчивости ..... 8

Эксперты разработали новую систему точной оценки здоровья человека ..... 8

Выявлены мутации COVID, способные ускользнуть от антител ..... 8

**КЛІНІЧНІ  
ДОСЛІДЖЕННЯ**

Функциональный запор в молодом возрасте. Место макроглола 4000 в лечении функционального запора ..... 6

**МЕДИЦИНА  
СЬОГОДНІ**

Роль цитратного препарата Блемарен® в лечении и метафилактике мочекаменной болезни ..... 9

Місце пентоксифіліну в комплексній терапії пацієнтів з COVID-19 ..... 10

**ДОВІДНИК  
ФАХІВЦЯ**

Біль у ший: сучасні підходи до використання методів немедикаментозного лікування. Частина I ..... 12

**ІСТОРІЯ  
МЕДИЦИНИ**

Психические эпидемии Средних веков ..... 16

**ДАЙДЖЕСТ**

Как влияет гипергликемия при поступлении на исходы у госпитализированных пациентов с COVID-19 ..... 20

Коронавирус: ученые выявили гены, от которых зависит тяжесть болезни ..... 20

# ПО МАТЕРИАЛАМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД — КЛЮЧ К УСПЕШНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ НАУКЕ И ПРАКТИКЕ»

ЯРЫНА Н.А., СОЛОМЕНЦЕВА Т.А., КОЛЕСНИКОВА Е.Н., СЕМЕНОВЫХ П.С.  
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

15 октября 2020 года, согласно государственному Реестру съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций на 2020 год, в рамках Школы терапевтов имени Л.Т. Малой ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков) и Управлением здравоохранения Волынской облгосадминистрации была проведена научно-практическая конференция «Мультидисциплинарный подход — ключ к успешной терапевтической науке и практике».

В связи с пандемией COVID-19 конференция проводилась в online-режиме.

Несмотря на объективные сложные обстоятельства, связанные с пандемией COVID-19, в работе конференции приняли участие 117 научных сотрудников и врачей разных специальностей (нефрологи, гастроэнтерологи, терапевты, кардиологи, пульмонологи, эндокринологи, врачи общей практики — семейной медицины) из Харькова, Луцка и районов Волынской области.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков) на конференции представляли: кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению заболеваний органов пищеварения и их коморбидности с неинфекционными заболеваниями **Татьяна Анатольевна Соломенцева**; кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела кардиопульмонологии **Елена Николаевна Колесникова**; кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела профилактики и лечения болезней почек при коморбидных состояниях **Полина Станиславовна Семеновых**; научный сотрудник отдела научно-организационной работы и медицинской информации **Надежда Андреевна Ярына**; Управление здравоохранения Волынской облгосадминистрации — главный специалист по терапии **Николай Николаевич Берник**.

■ С докладом «Функциональные расстройства билиарного тракта. Современные подходы к терапии» выступила **Т.А. Соломенцева**, которая отметила, что функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта — одна из актуальных сфер современной гастроэнтерологии и область пересечения интересов практической и фундаментальной медицины.

Актуальность изучения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта также состоит в том, что недостаточно данных о всех патогенетических звеньях, лежащих в основе развития этой патологии. Эти заболевания не представляют непосредственной угрозы для жизни пациента, однако в значительной мере снижают качество его жизни. Распространенность функциональных



расстройств билиарного тракта составляет 15–20 %. Чаще развиваются у людей работоспособного возраста. Яркость восприятия болевого синдрома, частое рецидивирование симптомов и нередко меняющийся характер многочисленных жалоб приводят к значительному снижению работоспособности, обуславливают экономические потери, связанные со снижением трудоспособности и эффективности труда. В системе здравоохранения увеличиваются прямые и косвенные экономические затраты на обследование и лечение больных с данной патологией. Новый Римский консенсус принят в 2016 году. В нем обновлены основные понятия функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ), предложены новые парадигмы взаимодействия кишечника и мозга, показана роль микробиоты, фармакогеномики, биопсихосоциального, гендерного и межкультурного понимания ФЗ ЖКТ; было сокращено использование неточных и порой стигматизирующих терминов; предложены обновленные диагностические алгоритмы. Функциональные заболевания ЖКТ — комплекс постоянных или периодически возникающих гастроинтестинальных симптомов, которые не объясняются структурными или биохимическими нарушениями. В основе функциональной патологии лежат комбинированные морфологические и физиологические отклонения, связанные с нарушениями моторики ЖКТ, защитного слизистого барьера, иммунной функции, состава кишечной микробиоты, висцер-

альной гиперчувствительности, а также расстройствами со стороны центральной нервной системы.

Классификация расстройств функции желчного пузыря и сфинктера Одди была предложена Римским консенсусом IV пересмотра (2016 г.). Раздел E «Расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди»: E1. Билиарная боль: E1a. Функциональное билиарное пузырное расстройство; E1b. Функциональное расстройство сфинктера Одди билиарного типа; E2. Функциональное расстройство сфинктера Одди панкреатического типа. Для функциональных расстройств билиарного тракта можно выделить несколько общих признаков: 1) продолжительность основных симптомов не менее 3 месяцев на протяжении последнего года; 2) отсутствие органической патологии (диагноз функционального заболевания — это диагноз исключения) и отсутствие видимого (или значительно выраженного) морфологического субстрата; 3) множественный характер жалоб со стороны разных органов не только пищеварительной системы при общем хорошем соматическом состоянии; 4) благоприятное течение заболевания без заметного прогрессирования, несмотря на обилие жалоб; 5) участие психосоциальных факторов и нарушений нейрогуморальной регуляции в формировании основных симптомов; 6) характерной особенностью этих больных является высокая частота психоневротических отклонений (чувство тревоги и страха, депрессия, истерические реакции, навязчивые состояния), что требует включения в лечение психотерапевтических методов и психотропных препаратов. Общим признаком функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди является билиарная боль. Боль может сопровождаться диспептическими симптомами: тошнотой, рвотой, метеоризмом, может иррадиировать в спину и/или правую подлопаточную область. Для диагностики функциональных расстройств билиарного тракта необходимо исключить симптомы тревоги, указывающие на наличие органического заболевания. Диагностика включает оценку характера боли, уровня печеночных и панкреатических ферментов. Для исключения органических заболеваний проводят ультразвуковое исследование,

гастроскопию. В отсутствие органических заболеваний целесообразно осуществить ультразвуковую холецистографию, чтобы оценить сократимость желчного пузыря. Если данное исследование провести невозможно, но имеются аргументы в пользу нарушенной функции желчного пузыря, врач вправе диагностировать функциональное расстройство желчного пузыря. При нормальной фракции выброса желчного пузыря устанавливается диагноз функциональной билиарной боли. Принципы лечения заключаются в оптимизации образа жизни, регулярной физической активности, рациональном питании, выявлении и коррекции нарушений психовегетативного статуса, лечении сопутствующих заболеваний органов пищеварения и другой патологии. Спазмолитики — препараты первой линии для лечения билиарной боли. Они оказывают влияние на моторную функцию желудочно-кишечного тракта. Используются для лечения абдоминальной боли, расстройств и дискомфорта, связанных с дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди. Прокинетики — еще одна группа препаратов для лечения билиарных расстройств. Развитие дуоденальной гипертензии является показанием к назначению прокинетики. При дисфункции желчного пузыря, обусловленной гипомоторной дискинезией, для повышения сократительной функции применяют прокинетики: домперидон, метоклопрамид, итоприда гидрохлорид. Согласно современным представлениям, развитие болевого синдрома у пациентов с ФЗ ЖКТ детерминировано феноменом висцеральной гиперчувствительности, обосновано назначение седативных препаратов и антидепрессантов с целью лечения функциональной боли. При лечении функциональных билиарных расстройств применяется урсодезоксихолевая кислота (УДХК) с целью улучшения реологических свойств желчи. УДХК не только оказывает влияние на энтерогепатическую циркуляцию, но и усиливает моторную активность гладкомышечных клеток желчных путей. При обоснованном диагнозе дисфункции сфинктера Одди и отсутствии эффекта от консервативной терапии стандартным подходом является эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Новые рекомендации по лечению функциональных билиарных расстройств следует рассматривать как непосредственное руководство по диагностике и лечению функциональных гастроинтестинальных расстройств на ближайшие 8–10 лет, вплоть до их обновления и появления Римских критериев V.

■ **Вопросам выбора базисной терапии у больных бронхиальной астмой с учетом современных алгоритмов был посвящен доклад Е.Н. Колесниковой, который она начала с того, что 6 апреля 2020 года Глобальной инициативой по лечению и профилактике бронхиальной астмы (GINA) были опубликованы новые рекомендации.**

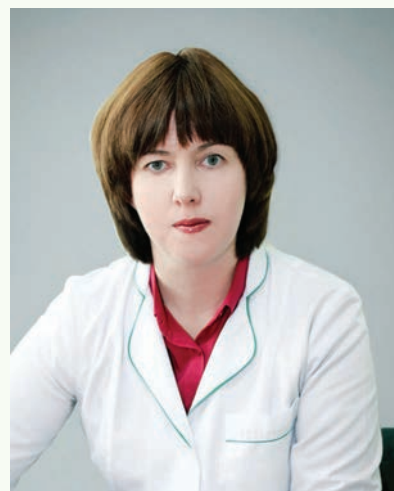
Основные изменения GINA произошли в 2019 году. Предысторией этих изменений в 2019 году стали: риск легкой БА: пациенты с явно легкой формой астмы подвержены риску серьезных нежелательных событий; плохая приверженность к лечению является одним из триггеров обострений БА; проблема применения ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов короткого действия (БАКД), которые были первой линией лечения астмы в течение 50 лет. Начиная с 2007 года GINA активно ищет пути лече-



ния легкой астмы, чтобы уменьшить риск связанных с БА обострений и смертей, а также обеспечить постоянное информирование о целях лечения астмы, включая предотвращение обострений, чтобы избежать возникновения зависимости пациента от БАКД на ранних стадиях заболевания. GINA подчеркивает плохую приверженность как модифицируемый фактор риска обострений. Когда средством облегчения является БАКД, плохая приверженность базисной терапии подвергает пациента риску лечения только БАКД. До 2019 года наблюдались парадоксы в терапии БА. На ступени 1 рекомендовался прием только  $\beta_2$ -агонистов короткого действия, несмотря на то, что отмечалось астматическое воспалительное заболевание с эпизодическими ухудшениями. Но на ступени 2 ожидалось применение фиксированной дозы ингаляционных кортикостероидов (ИКС) с целью минимизации использования БАКД. Также в рамках руководств противоречивы сообщения о безопасности использования БАКД и  $\beta_2$ -агонистов длительного действия (БАДД): применение БАДД только в комбинации с ИКС, а БАКД — без ограничений. Еще одной проблемой является разрыв между пониманием пациентами контроля астмы и их фактическими симптомами. С 2019 года в целях безопасности GINA больше не рекомендует монотерапию БАКД уже с 1-й ступени — предложено использование низких доз ИКС каждый раз, когда принимаются БАКД. Также GINA рекомендует всем взрослым и подросткам с БА применять противовоспалительную терапию (низкие дозы ИКС) симптоматически или регулярно для снижения риска тяжелых обострений БА. Отмечено, что низкие дозы ИКС/формотерола используют по необходимости — «предпочтительная терапия для купирования симптомов», определяя БАКД в «другую терапию по потребности», а терапия низкими дозами ИКС/формотерола базисно и по потребности более эффективна для снижения обострений, чем другие режимы терапии. Докладчица подчеркнула, что в 2020 году схема ступенчатой терапии для взрослых и подростков с 12 лет оставлена практически без изменений. Новый акцент GINA 2020 сделан на выборе препарата для облегчения симптомов в зависимости от назначенной базисной терапии на 3–5-й ступенях. Указано, что низкая доза ИКС/формотерола — преимущественный выбор для облегчения симптомов у пациентов, которым назначен режим поддерживающей терапии. Выбор предпочтительной терапии основывается на доказательствах эффекта и эффективности, безопасности, доступности и стоимости: GINA 2020 отмечает, что FDA внесло в инструкции к препарату в марте 2020 года данные о риске серьезных психоневрологических событий, в том числе самоубийств, связан-

ных с применением монтелукаста. Перед назначением монтелукаста необходимо рассмотреть его преимущества и риски, а пациенты должны быть проконсультированы в отношении риска психоневрологических расстройств. В докладе сообщалось о том, что пациентов с признаками астмы и хронических заболеваний легких необходимо лечить как при астме. ИКС-содержащая терапия важна для уменьшения риска серьезных обострений и смерти. ИКС следует использовать первоначально в низкой или средней дозе, в зависимости от уровня симптомов и риска побочных эффектов, включая пневмонию. Не следует применять только БАДД и/или М-холинолитиков длительного действия без ИКС.

Отдельный раздел посвящен COVID-19. В условиях пандемии COVID-19 пациенты с астмой должны продолжать принимать назначенные препараты, особенно ингаляционные и пероральные кортикостероиды, как предписано. Лечение БА должно продолжаться в обычном режиме. Перерыв в терапии ИКС часто приводит к потенциально опасному ухудшению симптомов БА. Во время пандемии COVID-19 по возможности рекомендовано избегать применения небулайзеров, чтобы избежать риска распространения вируса среди других пациентов и медицинских работников. При необходимости проведения аэрозоль-генерирующих процедур следует соблюдать рекомендации по инфекционному контролю. Также рекомендовано избегать спирометрии у пациентов с подтвержденным/подозреваемым COVID-19, так как спирометрия может способствовать распространению вируса и подвергать персонал и пациентов риску заражения.



■ **Полина Станиславовна Семеновых раскрыла тему по профилактике нефроангиосклероза и сердечно-сосудистых осложнений у больных с диабетической нефропатией.**

Она отметила, что среди осложнений сахарного диабета важнейшее место занимает диабетическая нефропатия — специфическое поражение почек, характеризующееся развитием гломерулосклероза. Данное заболевание, приводя к развитию симптоматической артериальной гипертензии и почечной недостаточности, является одной из наиболее частых причин инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом. В последние 2–3 года завершено несколько крупномасштабных многоцентровых исследований, результаты которых привели к значительному переосмыслению подходов к лечению как непосредственно сахарного диабета 2-го типа, так и хронических заболеваний почек диабетического и недиабетиче-

ского происхождения. Буквально в этом году внесены существенные поправки в ведущие клинические рекомендации. Все это обуславливает актуальность данного доклада. Докладчик уделила особое внимание классификации хронической болезни почек (ХБП), а также критериям заболевания, из которых наиболее важными являются снижение скорости клубочковой фильтрации и альбуминурия. В докладе была подробно представлена современная стратегия снижения кардиоренального риска при сахарном диабете 2-го типа, согласно мнению ведущих экспертов в этой области. Данная стратегия включает в себя отказ от курения, физическую активность, четкий гликемический контроль, нормализацию артериального давления, снижение уровня липидов крови, блокаду ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, что способствует снижению рисков у пациентов с ХБП и сахарным диабетом 2-го типа. Слушатели лекции были ознакомлены с последними результатами масштабных клинических исследований, посвященных изучению эффектов ингибиторов натрийзависимого котранспортера глюкозы: CREDESCENCE и DAPA-CKD. В частности, исследование DAPA-CKD продемонстрировало, что прием дапаглифлозина пациентами с ХБП сопровождается снижением риска развития неблагоприятных почечных и сердечно-сосудистых исходов вне зависимости от наличия сахарного диабета 2-го типа. Это очень важно, так как, по-видимому, в настоящее время дапаглифлозин, который первоначально был разработан как антигликемический агент, станет новым препаратом, используемым для лечения ХБП. В завершение лекции докладчик остановилась на современных методах контроля АД и коррекции нарушений липидного обмена у пациентов с ХБП на фоне сахарного диабета.

Следует отметить, что на протяжении года в лечебных учреждениях Волынской области были внедрены 23 инновационные разработки ученых Института терапии в виде патентов Украины, методических рекомендаций, авторских свидетельств и нововведений. Все участники конференции получили сертификаты, которые учитываются при аттестации врачей на категорию.



■ **Завершил конференцию подведением итогов работы главный специалист по терапии Управления здравоохранения Волынской облгосадминистрации Николай Николаевич Берник.**

— Мы бесконечно признательны врачам практического здравоохранения и научным сотрудникам, принявшим участие в online-конференции, за их стремление непрерывно учиться, самосовершенствоваться и усердно самоотверженно работать в столь сложной обстановке пандемии COVID-19 во благо здоровья людей. ■



## COVAX ПОДТВЕРДИЛА ЗАЯВКУ УКРАИНЫ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВАКЦИНЫ ОТ КОРОНАВИРУСА

Международная программа COVAX под эгидой ВОЗ подтвердила официальное одобрение запроса на получение Украиной вакцины против COVID-19 на бесплатной основе. Об этом сообщил главный санитарный врач Украины и по совместительству заместитель министра здравоохранения страны Виктор Ляшко.

«Украина получила от COVAX официальное одобрение запроса на полу-

чение вакцины от COVID-19. Теперь, дополнительно к запланированным закупкам вакцины за бюджетные средства, Украина уже 100% получит более 8 млн доз вакцины бесплатно. Шприцы для инъекций тоже. Продолжаем работать над тем, чтобы холодильное оборудование (+2... +8 °C) для пунктов прививки приехало в кратчайшие сроки», — отметил В. Ляшко. ■

## МЕДУЧРЕЖДЕНИЯМ РАЗРЕШИЛИ ЗАКУПАТЬ ЛЕКАРСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19, НЕ ВХОДЯЩИЕ В НАЦПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Правительство внесло необходимые изменения в постановление, согласно которым теперь отечественные больницы имеют право приобретать медикаменты для терапии коронавирусной инфекции, ранее не входившие в Национальный перечень лекарственных средств. Такую информацию озвучил руководитель Минздрава Максим Степанов.

Он отметил, что на этой неделе ведомство инициировало принятие ряда важных документов, которые прямо влияют на оказание медпомощи. По его словам, к ним относятся и внесение изменений в постановление правительства о закупке медикаментов.

Господин Степанов заявил, что теперь медучреждения, которые оказывают помощь больным коронавирусной инфекцией, будут иметь право приобретать лекарства, которые не относятся к Нац-

перечню. «Мы позволили закупать нашим больницам лекарственные средства, которые не входят в Национальный перечень лекарственных средств... Эти изменения позволят оперативно осуществлять в регионах Украины закупку лекарственных средств для лечения COVID-19, не включенных в Национальный перечень основных лекарственных средств», — разъяснил он.

Глава ведомства отметил, что благодаря поддержке проекта постановления о расширении перечня товаров, медицинских, которые завозят на территорию Украины и освобождают от оплаты НДС, удалось расширить данный перечень за счет новых тест-систем для количественного выявления антител антигена коронавируса разными методами, завезти дополнительное оборудование для осуществления лабораторной диагностики. ■

## ВЕРХОВНАЯ РАДА ОДОБРИЛА ПЛАНИРОВАНИЕ ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВ НА НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ВПЕРЕД

Народные депутаты утвердили изменения в Бюджетный кодекс, которые позволят Украине заключать среднесрочные договоры на покупку лекарств. Такую информацию сообщили в ходе пленарного заседания Верховной Рады 15 декабря. Отмечается, что ГП «Медицинские закупки» теперь может проводить планирование закупок медикаментов на три года вперед.

В Минздраве заявили, что это поможет не растрачивать средства госбюд-

жета. До этого закупки медикаментов за счет средств госбюджета можно было производить только в течение одного года. Непотраченные средства возвращались в бюджет и больше не передавались «Медицинским закупкам» для приобретения лекарственных средств. Также часто возникали ситуации, когда государство выделяло деньги на покупку лекарств в текущем году, но по причине бюрократических проволочек получало их с опозданием. ■

## ПОСОЛ ГЕРМАНИИ: УКРАИНА МОЖЕТ СТАТЬ ПЛОЩАДКОЙ ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПАНДЕМИИ

Посол Германии в Украине Анка Фельдгузен считает, что при определенных условиях Украина вполне может стать площадкой для производства лекарств, учитывая высокий потенциал кадров и производственной базы. Такую информацию она озвучила в ходе онлайн-дискуссии Киевского форума по безопасности.

Посол отметила, что стоит развивать международное сотрудничество, но при этом не забывать, что есть вещи, которые можно делать у себя в стране. На примере Германии она объяснила, что ряд жизненно необходимых товаров, а также основные ингредиенты лекарственных средств надо производить у себя в стране. Она подчеркнула, что Украина может стать тем государством, где могут производить лекарства и не-

которые категории продуктов, — для этого есть достаточное количество квалифицированного персонала, и страна находится в непосредственной близости к странам Европы.

Также Анка Фельдгузен озвучила позицию, что в Украине не стоит останавливать медреформу. Посол сообщила, что и Германия, и Украина в начале эпидемии ввели жесткие карантинные ограничения, что позволило странам адаптироваться к пандемии, а медсистемам — не остановиться от перегрузки. Она выразила благодарность украинской стороне за то, что во время первой волны эпидемии Украина отправила в Италию медиков, а также самолетом «Мрія» отправляла средства индивидуальной защиты во многие страны. ■

## БЕЗОПАСНОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНИТА

Ринит может быть как первым симптомом острой респираторной инфекции, так и самостоятельным заболеванием. В первые часы заболевания установить этиологически значимый фактор достаточно сложно, а самочувствие пациента диктует необходимость начала симптоматической терапии. Наличие насморка может указывать на ОРВИ, при COVID-19 он наблюдается значительно реже. Наиболее распространенным методом лечения ринита является применение деконгестантов в форме капель или спреев.

ЭВКАБАЛ® — топический назальный деконгестант с хорошо изученным действующим веществом ксилометазолином. Это симпатомиметик, обладающий аффинностью к постсинаптическим α<sub>2</sub>-адренорецепторам, регулирующий объем сосудистой сети носовых раковин, что обеспечивает клинический эффект: сужение назальных кровеносных сосудов и уменьшение отека слизистой оболочки носа. Помимо сосудосуживающего эффекта, как показывают результаты экспериментальных исследований, ксилометазолин обладает собственным противовоспалительным действием, в основе которого лежит способность подавлять синтез медиатора воспаления — оксида азота.

Назальный ЭВКАБАЛ® для взрослых и детей с 12 лет представлен двумя лекарственными формами: капли и спрей

(0,1 % ксилометазолина). Для детей от 2 до 11 лет специально разработаны ЭВКАБАЛ® КАПЛИ ДЛЯ ДЕТЕЙ (0,05 % ксилометазолина). За счет анатомической пипетки в препарате ЭВКАБАЛ® КАПЛИ обеспечивается удобство и точное дозирование лекарственного средства. В случае, если приходится сочетать лечение и активный образ жизни, незаменимым и удобным в применении будет ЭВКАБАЛ® СПРЕЙ.

Действие препаратов ЭВКАБАЛ® СПРЕЙ и ЭВКАБАЛ® КАПЛИ начинается через несколько минут после применения и продолжается до 12 ч, что обеспечивает спокойный ночной сон. Важным аспектом при назначении местных деконгестантов является безопасность лекарственных средств. Одной из существенных проблем при применении средств от заложенности носа является сухость слизистой оболочки. С целью избежать этого неприятного эффекта был разработан специальный состав спрея и капель ЭВКАБАЛ®, обладающий смягчающими и увлажняющими свойствами, что помогает избежать пересушивания слизистой оболочки полости носа, поэтому лечение проходит эффективно и деликатно. Качество и безопасность линейки средств ЭВКАБАЛ® гарантированы немецким производителем и доказаны многолетним опытом использования в Германии. ■

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ. МЕСТО МАКРОГОЛА 4000 В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА

ДОРОФЕЕВ А.Э.<sup>1</sup>, РУДЕНКО Н.Н.<sup>2</sup>, ЖИГАЛЬ Ю.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно современным эпидемиологическим исследованиям, каждый шестой житель нашей планеты страдает хроническим запором (Camilleri M. et al., 2017). По данным большого немецкого исследования, на протяжении года почти 15 % жителей испытывали эпизод запора, а 2,5 % отмечали наличие запора в момент опроса. По этой причине 4,4 % жителей Германии вынуждены принимать слабительные препараты и 2,6 % населения обращаются за врачебной помощью (Enck P. et al., 2016). В упомянутой выше популяции больных, страдающих запорами, почти половина соответствовала критериям функциональной патологии: 30 % — синдрому раздраженного кишечника с запорами (СРК-3) и 17 % — функциональным запорам (ФЗ) (Enck P. et al., 2016). У детей функциональная патология занимает еще более значимое место. Так, по данным метаанализа 35 исследований, у 9,5 % детей находят критерии ФЗ (Korpen I.J.N. et al., 2018). Традиционно считается, что сам по себе хронический запор, а тем более запор функциональной природы, не сокращает продолжительность жизни человека, однако значительно ухудшает ее качество (Enck P. et al., 2016; Camilleri M. et al., 2017). Тем не менее в недавно опубликованном североамериканском исследовании, включавшем более 3 млн ветеранов, было показано, что у людей с хроническим запором увеличивается как общая летальность, так и возникновение острых форм ишемической болезни сердца (ИБС) и инсультов (Sumida K. et al., 2018).

У подростков и пациентов молодого возраста запоры чаще всего носят функциональный характер и в зависимости от наличия или отсутствия болевого синдрома относятся либо к СРК-3, либо к ФЗ. Следует отметить, что в нашей стране диагноз функциональных запоров выставляется значительно реже, чем синдрома раздраженного кишечника. Впрочем, и исследований, посвященных диагностике и лечению СРК, несомненно больше, чем посвященных диагностике и лечению ФЗ. Так, согласно данным US National Library of Medicine, в 2018 году было опубликовано 880 статей, посвященных СРК, и 299 — ФЗ.

Диагностика ФЗ у взрослых и детей основана на IV Римских критериях (Lacy B.E. et al., 2016; Huams J.S. et al., 2016). Диагноз ФЗ выставляется по клиническим признакам и в случае отсутствия симптомов «красных флагов» не

нуждается в дополнительных исследованиях. Также следует отметить, что имеются некоторые различия в критериях диагностики у подростков и взрослых. Общим в обеих возрастных группах является наличие не менее двух критериев, в т.ч. дефекация реже 3 раз в неделю и отсутствие критериев СРК. У взрослых основное внимание уделяется следующим симптомам: стул 1–2-го типа по Бристольской шкале (БШ) кала, необходимость натуживания, ощущение неполного опорожнения прямой кишки, чувство аноректальной блокады и необходимость ручной помощи при дефекации, причем диагностически значимыми эти симптомы становятся, если их обнаруживают при более 25 % дефекаций с измененным стулом. У детей к симптомам ФЗ относят недержание кала (возникающее не реже 1 раза в неделю), произвольную задержку дефекации («страх горшка»), болезненную или затрудненную дефекацию, наличие после дефекации большого количества каловых масс в прямой кишке и такой достаточно «экзотический» с точки зрения взрослого гастроэнтеролога симптом, как большой диаметр фекалий, способных закупорить слив туалета. При этом у взрослых симптоматика должна продолжаться не менее 6 месяцев, в то время как у детей для выставления диагноза достаточно одного месяца при условии частоты возникновения симптомов не реже одного раза в неделю (Huams J.S. et al., 2016; Lacy B.E. et al., 2016).

Хронические запоры — патология с разнообразными патогенетическими механизмами, требующая дифференцированных подходов к лечению (Camilleri M. et al., 2017). В настоящее время лечение хронических запоров начинается с модификации образа жизни, включающей диету, питьевой режим, физические нагрузки. Однако доказательная база этих мероприятий явно недостаточная. Более 85 % таких больных самостоятельно начинают прием слабительных. К сожалению, результаты подобного самолечения у двух третей этих пациентов оказываются неудовлетворительными (Quigley E.M.M. et al., 2018). Медикаментозное лечение при хронических запорах (особенно функциональной природы) как у взрослых, так и у детей следует начинать с группы осмотических слабительных (Mearin F. et al., 2017; Vitton V. et al., 2018; Yachha S.K. et al., 2018). И только при их недостаточной эффективности переходят на слабительные секреторного или стимулирующего

действия (Camilleri M. et al., 2017). Более подробно практические подходы к лечению хронических запоров были рассмотрены нами ранее (Руденко Н.Н. и соавт., 2013).

Как известно, к осмотическим слабительным относятся невсасывающиеся, осмотически активные вещества, способные удерживать жидкость в просвете кишечника и тем самым увеличивать объем кишечного содержимого. К этой группе слабительных относятся соли магния, пятиатомные спирты, т.е. низкомолекулярные соединения, и более современные высокомолекулярные слабительные, такие как лактулоза, лактитол и полиэтиленгликоль (ПЭГ). В настоящее время низкомолекулярные препараты используют практически только при ситуационных запорах для быстрой очистки кишечника, в то время как высокомолекулярные могут применяться длительно для лечения хронических запоров. При этом предпочтение как у взрослых, так и у детей отдается ПЭГ (Camilleri M. et al., 2017; Mearin F. et al., 2017; Vitton V. et al., 2018; Yachha S.K. et al., 2018).

В настоящее время проведено более десяти рандомизированных клинических исследований (РКИ), посвященных изучению клинической эффективности ПЭГ (макрогола) у взрослых и детей. Во всех этих исследованиях макрогол показал свое преимущество перед плацебо. Также отмечается высокая безопасность и отсутствие серьезных побочных эффектов при применении ПЭГ. Несомненным преимуществом этого препарата является возможность многомесячного применения, не требующего повышения дозы. Недавно были опубликованы данные французского РКИ об эффективности ПЭГ (препарат Форлакс) у пациентов пожилого возраста. Показано преимущество ПЭГ перед лактулозой при 6-месячном лечении хронических запоров у больных старше 70 лет. Отмечается увеличение частоты дефекации и улучшение консистенции стула при лучшей переносимости ПЭГ (Chassagne P. et al., 2017). Безопасно применение ПЭГ и у больных с сахарным диабетом (Prasad V.G., Abraham P., 2017).

В метаанализе отмечается высокая эффективность ПЭГ (в т.ч. и в комбинации с электролитами) в лечении хронических запоров у взрослых и детей (Mínguez M. et al., 2016). В Кокрановском обзоре 2016 года оценивалась сравнительная эффективность разных слабительных в лечении хронического запора у детей. При

этом обнаружено преимущество ПЭГ как перед плацебо, так и перед такими слабительными, как лактулоза и магния (Gordon M. et al., 2016). В еще одном рандомизированном клиническом исследовании показана сопоставимая эффективность ПЭГ и прукалоприда — нового слабительного, увеличивающего прокинетическую активность кишечника, причем ПЭГ оказался значительно лучше переносимым (Cinca R. et al., 2013). Выпускается ПЭГ либо в сочетании с электролитами, либо в качестве монопрепарата. Проводилось сравнение этих вариантов препарата. Оказалось, что клиническая эффективность обеих форм сопоставима, однако вкусовые качества раствора ПЭГ (макрогол 4000) без электролитов оказались лучше, что особенно ценно для детской популяции (Llerena E. et al., 2016). Более подробно механизмы действия и особенности клинического применения макрогола 4000 рассмотрены в недавно опубликованном обзоре (Lyseng-Williamson K.A., 2018).

**Цель:** учитывая широкую распространенность ФЗ в молодом возрасте, сравнить эффективность осмотического слабительного макрогола 4000 (препарат Форлакс) в лечении ФЗ у подростков и молодых взрослых в украинской популяции.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 35 взрослых в возрасте от 19 до 25 лет (средний возраст  $24,10 \pm 0,33$  года) и 28 детей в позднем подростковом возрасте — от 15 до 19 лет (средний возраст  $15,90 \pm 0,21$  года). В группе молодых взрослых незначительно преобладали больные женского пола (20/15 человек), а у подростков оба пола были представлены поровну (14/14). Исследование носило характер открытого многоцентрового. Больные ФЗ находились под наблюдением в гастроцентре г. Киева и ДТМО г. Краматорска.

Диагноз ФЗ во взрослой и подростковой группах выставлялся на основании хорошо известных IV Римских критериев (Huams J.S. et al., 2016; Lacy B.E. et al., 2016). В исследование не включались больные с симптомами «красных флагов», поэтому другие дополнительные обследования не проводились. Оценивалась частота дефекаций на протяжении недели, а также форма стула по Бристольской шкале. Общее самочувствие и выраженность вздутия живота оценивались по 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Всем больным во время исследования было рекомендовано придерживаться диеты с содержа-

Навчить ваш кишечник працювати правильно

# ФОРЛАКС

МАКРОГОЛ 4000 10 г



приймати 1-2 пакетики на добу



Має високий ступінь рекомендацій — А<sup>2</sup>

Відкривайте для себе Форлакс



бажано вранці в 1 прийом

Покращення транзиту. Проносний ефект через 24–48 годин<sup>1</sup>

Може застосовуватися у вагітних та жінок, які годують!

Сприяє формуванню ефекту «наванчання кишечника» (при курсовому прийомі від 2–4 тижнів)<sup>2</sup>



Високий рівень рекомендацій та ступінь доказаної ефективності<sup>2</sup>

Фізіологічний механізм дії (без звикання і збільшення дози)<sup>2</sup>

Має приємний аромат<sup>1</sup>

Симптоматичне лікування запорів у дорослих та дітей від 8 років<sup>1</sup>

[www.forlax.ua](http://www.forlax.ua)

Інформація про лікарський засіб, призначена для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками.

Скорочена інструкція для застосування лікарського засобу Форлакс

Склад лікарського засобу: діюча речовина: макрогол 4000; 1 пакетик містить макроголу 4000 10 г. Лікарська форма. Порошок для приготування розчину для перорального застосування. Порошок білого або майже білого кольору, з запахом апельсина та грейпфрута. Фармакотерапевтична група. Проносні засоби. Осмотичні проносні засоби. Макрогол. Код АТС А06А D15. Макроголи з високою молекулярною масою (4000) — це довгі лінійні полімери, що утримують молекули води за рахунок водневих зв'язків. Після перорального застосування збільшується об'єм рідини в кишечнику. Об'єм неабсорбованої рідини в кишечнику відповідає за проносні властивості розчину. Показання для застосування. Симптоматичне лікування запорів у дорослих і дітей віком від 8 років. Протипоказання. Тяжке запальне захворювання кишечника (наприклад, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона) або токсичний мегаколон. Перфорація або ризик перфорації шлунково-кишкового тракту. Ілеус або підозра на кишкову непрохідність, симптоматичні стенози. Больові синдроми в животі невизначеного походження. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу. Діти. Препарат можна застосовувати дітям віком від 8 років. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. Дозування становить 1–2 пакетики (10–20 г) на добу, бажано вранці за 1 прийом. Додаткова доза визначається відповідно до клінічного ефекту і може становити від 1 пакетика через день (особливо для дітей) до 2 пакетиків на добу. Перший ефект від застосування Форлакс настає протягом 24–48 годин після прийому. Діти. Тривалість лікування для дітей не має перевищувати 3 місяці, з огляду на відсутність даних клінічних досліджень щодо застосування лікарського засобу для терміну понад 3 місяці. Відновлення моторики кишечника внаслідок лікування має підтримуватися шляхом дотримання гігієнічних і дієтичних рекомендацій. Вміст кожного пакетика слід попередньо розчинити у склянці води безпосередньо перед застосуванням. Побічні ефекти. Дивись повну інструкцію. Термін придатності. 3 роки. Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище +25 °С у недоступному для дітей місці. Упаковка. 10 або 20 пакетиків у картонній коробці. Категорія відпуску. Без рецепта.

Регістраційне посвідчення: № UA/6852/01/01 від 20.09.2017, наказ МОЗУ № 1117

1. Інструкція для застосування лікарського засобу Форлакс ([www.drz.com.ua](http://www.drz.com.ua)).

2. Brian E. Lacy, Fermin Meakin, Lin Chang, William D. Chey, Anthony J. Lembo, Magnus Simren, and Robin Spiller. Bowel Disorders. Gastroenterology 2016;150:1393-1407.

3. Чермушкин С.В., Кучерявий Ю.А., Гончаренко А.Ю. и соавт. Ретроспективная оценка эффекта последействия полиэтиленгликоля при лечении хронического запора // Врач. 2013, № 3, с. 58-62.

Перед застосуванням слід ознайомитися з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу

ТОВ «ІПСЕН УКРЕЙН СЕРВІСІЗ». Україна, Київ, 04119, вул. Дегтярівська, 27Т. Тел./факс: +380 44 502 65 29. [www.ipsen.ua](http://www.ipsen.ua)

 **IPSEN**  
Innovation for patient care

FLX-UA-000009

нием растительных волокон не менее 20 г/сут и жидкости не менее 1,5 л/сут. Рекомендованная физическая активность составляла не менее 300 мин/нед. Макрогол (препарат Форлак) назначался по 10 г порошка, растворенного в стакане воды, 1 раз в сутки утром. При недостаточном эффекте через 7 дней лечения доза удваивалась. Продолжительность применения препарата составляла 14 дней.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходно у всех больных в обеих группах находили запор. Так, у взрослых частота дефекации составляла  $1,74 \pm 0,15$  в неделю, форма стула по БШ составляла  $1,82 \pm 0,14$ ; необходимость чрезмерного натуживания во время дефекации отмечали 27 (77,1 %) больных, чувство неполного опорожнения прямой кишки испытывал 21 (60,0 %) пациент, чувство аноректальной блокады и необходимость прибегать к ручной помощи во время дефекации отмечали 7 (20,0 %) больных. У подростков частота дефекации составила  $1,72 \pm 0,13$  раза в неделю, эпизоды недержания кала не реже 1 раза в неделю отмечались всего у 3 (10,7 %) пациентов, произвольная задержка дефекации выявлялась в анамнезе у 17 (60,7 %) больных, болезненная/затрудненная дефекация беспокоила 22 (78,6 %) подростков, большое количество кала в прямой кишке выявлялось в 12 (42,9 %) случаях, а большой диаметр кала отмечали 16 (57,1 %) подростков. Общее самочувствие у молодых взрослых по ВАШ составило  $4,30 \pm 0,27$  см, у под-

ростков —  $4,17 \pm 0,24$  см. Ощущение вздутия у взрослых составляло  $2,58 \pm 0,19$  см, а у подростков —  $2,47 \pm 0,17$  см. Следует отметить, что достоверной разницы в исходных показателях между молодыми взрослыми и подростками мы не обнаружили ( $p > 0,05$ ).

Через 7 дней после начала лечения в группе молодых взрослых 11 больным (31,4 %) из-за недостаточного эффекта пришлось увеличить суточную дозу Форлакса до 20 г, разделив на два приема. В группе подростков таких больных было 7 (25 %).

Через две недели лечения в группе молодых взрослых были получены следующие результаты. Частота дефекации составила  $4,36 \pm 0,21$  ( $p < 0,001$ ) раза в неделю, форма стула по БШ составляла  $3,48 \pm 0,22$  ( $p < 0,001$ ), необходимость в избыточном натуживании наблюдалась у 6 (17,1 %) больных, чувство неполного опорожнения кишечника осталось у 4 (11,4 %) больных, а потребность в ручной помощи во время дефекации сохранилась у 2 (5,7 %) пациентов. Общее самочувствие по ВАШ составило  $5,41 \pm 0,30$  см ( $p = 0,008$ ), ощущение вздутия —  $2,07 \pm 0,22$  см ( $p = 0,08$ ) в сопоставлении с состоянием до лечения.

В группе подростков через две недели лечения частота дефекации составила  $4,95 \pm 0,21$  раза в неделю ( $p < 0,001$ ), жалобы на недержание кала отсутствовали, произвольная задержка дефекации сохранилась у 3 (10,7 %) пациентов, болезненная/затрудненная дефекация — у 4 (14,3 %) больных, большое количество

кала в прямой кишке находили у 2 (7,1 %) подростков, большой диаметр кала — у 3 (10,7 %). Общее самочувствие по ВАШ повысилось до  $6,07 \pm 0,29$  см ( $p < 0,001$ ), выраженность вздутия составила  $2,55 \pm 0,31$  см ( $p > 0,05$ ). Нами не выявлено достоверных различий в эффективности Форлакса у подростков и молодых взрослых ( $p > 0,05$ ).

В обеих возрастных группах отмечалась хорошая переносимость препарата. У одного взрослого и двух подростков отмечалось чувство тяжести в эпигастрии после приема препарата, причем во всех этих случаях доза макрогола составляла 20 г. Других побочных эффектов в ходе лечения не наблюдалось. Следует отметить, что отсутствовал такой характерный для других слабительных побочный эффект, как выраженная диарея. Большинство пациентов отмечали приятные вкусовые качества препарата.

Как показало наше исследование, в украинской популяции макрогол (препарат Форлак) обладает выраженным слабительным эффектом как у молодых взрослых, так и у подростков, страдающих функциональными запорами. По нашим данным, у взрослых эффективность достигла 85,7 %, а у подростков — 89,3 %. Как было показано нами ранее, Форлак эффективен и при запорах другой природы (Руденко Н.Н. и соавт., 2000). Необходимо подчеркнуть, что осмотические слабительные лучше работают у пациентов с сохраненной пропульсивной активностью кишечника, а при инертной кишке к лечению приходится добавлять

прокинетики или секреторные слабительные (Руденко Н.Н. и соавт., 2013). Помимо высокой эффективности макрогол обладает хорошей переносимостью и практически не вызывает побочных эффектов. Особенно необходимо подчеркнуть отсутствие увеличения метеоризма, закономерно возникающее при использовании лактулозы. Кроме того, при длительном применении сохраняется стабильное слабительное действие и отсутствует необходимость в увеличении дозы. Следует отметить сопоставимую эффективность препарата у подростков и молодых взрослых. Учитывая широкую распространенность функциональных запоров среди людей молодого возраста, мы считаем целесообразным начинать медикаментозное лечение данной патологии именно с макрогола.

### ВЫВОДЫ

1. Макрогол (Форлак) высокоэффективен в лечении ФЗ.
2. Слабительное действие макрогола сопоставимо при лечении ФЗ у молодых взрослых и подростков (85,7 и 89,3 % соответственно).
3. Форлак — безопасный препарат с минимальными побочными эффектами, не вызывающий нарастания метеоризма.

**Конфликт интересов.** Не заявлен.

Список литературы находится в редакции

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

## ВОЗ РЕЗКО УЖЕСТОЧИЛА ПРАВИЛА НОШЕНИЯ МАСОК ПРИ COVID-19

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) внесла самые значительные за последние полгода изменения в правила ношения медицинских масок во время пандемии коронавируса. Об этом сообщила пресс-секретарь организации Маргарет Харрис.

Внесенные изменения ужесточили правила ношения масок. Теперь их следует носить даже на открытом воздухе в ситуации, когда не удается соблюдать социальную дистанцию. Также маска обязательна в помещениях с плохой вентиляцией независимо от того, удастся ли выдерживать безопасное расстояние в 1 метр или более. Если же

помещение хорошо проветривается, но соблюдать социальную дистанцию не удается, то ношение маски предписано не только взрослым, но и детям от 12 лет и старше.

Кроме того, ВОЗ рекомендовала носить маски во всех медицинских учреждениях, а также местах общего пользования на территории больниц, например в кафетериях или комнатах для персонала.

По словам М. Харрис, новые рекомендации являются одними из самых больших изменений в руководстве по ношению масок с июня.

MIGnews.com

## СПЕЦИАЛИСТЫ НА ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Университеты Пенсильвании и Мичигана установили: холестирамин в сочетании с антибиотиком препятствует выработке лекарственной устойчивости у бактерий. Холестирамин обладает гипохолестеринемическим действием.

Комбинацию проверили на стойких к ванкомицину бактериях *Enterococcus faecium*. Известно, что даптомицин — один из немногих оставшихся работающих антибиотиков. Но и против него патоген научился формировать защиту. В рамках эксперимента ученые использовали разные дозировки антибиотика и схемы его доставки, пытаясь добиться мутаций, отвечающих за резистентность.

Оказалось, что один штамм патогена приобрел мутацию в гене, который ранее был описан в связи с устойчивостью к даптомицину, а другой приобрел несколько мутаций, которые ранее не были связаны с устойчивостью к даптомицину. При этом добавление холестирамина позволяло снизить активность даптомицина в желудочно-кишечном тракте и предотвратить появление в кишечнике *E. faecium*, устойчивых к даптомицину. Холестирамин уменьшал выделение резистентных форм патогена у мышей, получавших даптомицин, до 80 раз.

www.meddaily.ru

## ЭКСПЕРТЫ РАЗРАБОТАЛИ НОВУЮ СИСТЕМУ ТОЧНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Метаболиты — это небольшие молекулы, образующиеся вследствие расщепления пищи, химических процессов, происходящих в нашем организме, и деятельности микробов. Новый анализ показал, что 10 метаболитов, обнаруженных в крови, связаны с риском инсульта у человека.

Медицинский центр Университета Эразма проанализировал уровни 147 метаболитов в крови 38 797 человек. Из них у 1791 человека случился инсульт за время исследования. И с данным фактом были связаны 10 метаболитов. Наиболее сильная связь была обнаружена в отношении аминокислоты гистидина. Гистидин поступает в организм из мяса, яиц, молочных продуктов и злаков.

Этот метаболит был связан с пониженным риском ишемического инсульта, вызванного закупоркой сосуда. Метаболит при преобразовании в гистамин расширяет сосуды. Он также функционирует как нейротрансмиттер в головном мозге. Каждое повышение уровня гистидина на 1 единицу снижало риск инсульта на 10 %.

Исследователи также обнаружили, что липопротеины высокой плотности связаны с более низким риском ишемического инсульта. Люди могут повысить уровень таких липопротеинов, больше занимаясь физическими упражнениями, снизив вес и заменив вредные жиры более полезными жирами из рыбы, орехов, оливок и авокадо.

Метаболит под названием «пируват», который образуется при расщеплении глюкозы клетками, увеличивает риск инсульта, говорят ученые. С каждым повышением уровня пирувата на одну единицу риск ишемического инсульта у людей повышался на 13 %. Пируват имеет решающее значение с точки зрения снабжения клеток энергией.

meddaily.ru

## ВЫЯВЛЕННЫ МУТАЦИИ COVID, СПОСОБНЫЕ УСКОЛЬЗАТЬ ОТ АНТИТЕЛ

Американские исследователи обнаружили мутации коронавируса COVID-19, помогающие ему избегать связывания антителами, которые в настоящее время становятся основным средством борьбы с заболеванием. Такие выводы ученых, в большинстве своем работающих в Центре исследования раковых заболеваний имени Фреда Хатчинсона, опубликованы в bioRxiv.

«Составленные карты позволяют оценить, насколько ускользающие мутации представлены в настоящее время при распространении SARS-CoV-2. По состоянию на середину

ноября мы нашли существенное число мутаций вируса у человека, которые ускользнули от одного или нескольких антител. Одна из них связана со вспышкой заражений у норки в Нидерландах и Дании, другая отмечена в Шотландии и Ирландии», — сказано в статье.

Уточняется, что изучались мутации шиповидного белка коронавируса и RBD, его ключевой части. Вирус использует его для внедрения в клетки. При этом мутации маскируют вирус от антител.

MIGnews.com

## РОЛЬ ЦИТРАТНОГО ПРЕПАРАТА БЛЕМАРЕН® В ЛЕЧЕНИИ И МЕТАФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Одной из самых актуальных проблем современной урологии является лечение и профилактика мочекаменной болезни (МКБ). Мочекаменная болезнь — одна из наиболее распространенных урологических патологий, заболеваемость которой неуклонно растет. Лица, страдающие МКБ, составляют 25–40 % всех урологических больных. Заболевание характеризуется высокой частотой рецидивов камнеобразования — от 15–25 % при мочеиспускании нефролитиазе и до 70 % — при фосфорнокислом. Процессу камнеобразования в почках способствует большое количество патогенетических факторов, среди которых наиболее весомыми являются: пресыщение мочи камнеобразующими компонентами, колебания pH мочи и диуреза, соотношения ингибиторов и промоторов кристаллизации и агрегации в моче, наличие инфекции, нарушение оттока мочи.

Цельная моча является перенасыщенным солевым раствором. Присутствие в моче ингибиторов камнеобразования блокирует процесс кристаллизации мочевых солей. Цитрат является одним из важнейших природных ингибиторов камнеобразования, содержащихся в моче. Гипоцитратурия в сочетании с гиперурикозурией и гипероксалурией являются патологическими состояниями, при которых резко увеличивается риск образования камней в мочевых путях, особенно при низких значениях pH мочи. По данным ряда авторов, частота гипоцитратурии при нефролитиазе составляет 60–70 %.

Экскреция цитрата с мочой зависит от состояния кислотно-щелочного баланса. При метаболическом ацидозе содержание просвета нефронов имеет резко кислую реакцию, что ведет к усилению окисления цитрата в митохондриях эпителия канальцев, снижению его цитозольной фракции. Это приводит к усилению реабсорбции цитрата и уменьшению его количества в моче, т.е. к гипоцитратурии. Гипокалиемия, вызывая интрацеллюлярный ацидоз, также приводит к снижению экскреции цитрата.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, применение цитратных препаратов является единственным патогенетическим способом лечения мочекаменной болезни для растворения уратных и смешанных камней при мочеиспускании нефролитиазе без проведения литотрипсии или оперативного лечения. Также они должны быть обязательной составной частью метафилактики: ведения больных после освобождения от камня оперативным путем, после литотрипсии или самостоятельного отхождения конкремента.

Механизм действия цитратных препаратов обусловлен уменьшением процессов кристаллизации в моче и связыванием ионов кальция не только в желудочно-кишечном тракте, но и в мочевых путях, где этот эффект максимально проявляется в связи с наибольшей концентрацией цитрата. Таким образом, цитрат влияет на физико-химический состав мочи: повышает растворимость уратов, препятствует образованию оксалатов, комплексных магний-аммониевых фосфатов. А самое главное — цитрат способствует растворению уже сформировавшихся конкрементов и тормозит камнеобразование посредством уменьшения количества литогенных веществ, снижения агрегационной активности мочи и нормализации ее pH.

Более 40 лет на фармацевтических рынках большинства стран для лечения и метафилактики мочекаменной болезни с успехом используют цитратные буферные препараты. Наиболее изученным, доказавшим свою эффективность и безопасность, является Блемарен® («Эспарма ГМБХ», Германия), выпускаемый в виде шипучих (водорастворимых) таблеток.

Блемарен® — специально разработанная цитратная композиция, включающая в себя три компонента: безводную лимонную кислоту, безводный тринатрия цитрат и калия гидрокарбонат, при растворении которых в воде либо фруктовым соке образуется калия/натрия гидроцитрат и углекислый газ. Благодаря своему составу Блемарен® представляет собой буферную систему на основе цитратов, подобную другим буферным системам в организме человека. Это позволяет препарату восстанавливать и стимулировать естественную буферную систему почек, помогая им функционировать в режиме, максимально приближенном к нормальному, а также устранять последствия метаболических нарушений, приводящих к образованию конкрементов.

Известно, что в подавляющем большинстве случаев у пациентов задолго до возникновения и роста камня наблюдается снижение выделения цитрата. Прием Блемарена® обеспечивает восстановление нормального уровня цитрата в моче. В свою очередь, достаточная концентрация цитрата способствует торможению кристаллизации солей и предотвращению процесса камнеобразования.

Для пациентов, имеющих камни уратного, оксалатного или смешанного типа, характерно смещение pH мочи в кислую сторону (pH от 4,8 до 5,5), что соответствует ацидозу и создает благоприятные условия для кристаллизации солей мочевой и щавелевой кислот. Применение Блемарена® определяет дозозависимое смещение pH мочи от кислых до нейтральных или слабощелочных значений. Это способствует растворению уратных или прекращению роста оксалатных конкрементов.

Доказано, что кальций является мощным активатором кристаллизации и главным структурным компонентом камней мочевыводящей системы. У пациентов с мочекаменной болезнью нередко выявляется гиперкальциурия, обусловленная избыточным всасыванием кальция в кишечнике и повышенным выделением его с мочой. При приеме Блемарена® происходит уменьшение всасывания кальция в кишечнике, снижение его активной секреции почечными канальцами и уменьшение концентрации кальция в моче.

Кроме того, применение Блемарена® изменяет кристаллическую структуру камня, способствует его разрыхлению, уменьшению плотности, веса, размера и объема. Это позволяет улучшить эффект дезинтеграции камня при воздействии на него электроударными волнами. Он облегчает разрушение камня, уменьшает время его дробления и количество импульсов, что обуславливает более щадящий режим воздействия на почку. Камень разрушается на более мелкие и слаженные фрагменты, что предотвращает возможную травматизацию мочеточника отходящими осколками.

Цитратный препарат Блемарен® характеризуется высокой биодоступностью и хорошей переносимостью. Кроме лимонной кислоты, в препарате содержится бикарбонат калия и цитрат натрия. Несомненным преимуществом Блемарена® перед другими цитратными смесями заключается в том, что лимонная кислота в нем преобладает над ее солью. Пониженное содержание натрия в препарате способствует ускоренному растворению мочевой кислоты в почечных канальцах и предотвращает дальнейшую кристаллизацию.

Согласно рекомендациям по приему препарата Блемарен®, шипучие таблетки растворяют в 150–200 мл жидкости и принимают после еды три раза в день через равные промежутки времени, начиная с одной таблетки за один прием. Перед каждым последующим приемом препарата пациенты определяют pH мочи с помощью индикаторных тест-полосок и цветовой шкалы в каждой упаковке, что является важным аспектом контроля эффективности и безопасности приема

Блемарена®. Критерием эффективности является достижение целевого уровня кислотности мочи: pH = 7,0–7,2 для растворения уратных камней и pH = 6,8–7,4 для растворения смешанных уратно-оксалатных и метафилактики оксалатных. Длительность терапии определяется лечащим врачом-урологом в зависимости от данных клинического обследования и может составлять от 3–4 месяцев до года.

Таким образом, цитратная терапия является единственным терапевтическим методом, который обладает доказанной патогенетической эффективностью в лечении мочекаменной болезни и ее метафилактике, что отмечено в Рекомендациях по диагностике и лечению уролитиаза Европейской ассоциации урологов. При установлении диагноза уратного нефролитиаза возможно полное растворение камня с помощью цитратного препарата Блемарен® без проведения литотрипсии или оперативного лечения.

В комплексном лечении мочекаменной болезни всем пациентам с нарушением обмена мочевой кислоты, гипероксалурией и гиперкальциурией применение Блемарена® позволяет достичь высокой эффективности как в растворении конкрементов, так и в предупреждении их повторного образования.

Неинвазивность цитратной терапии, ее патогенетическая направленность и отличные результаты лечения позволяют этому методу стать первоочередным в лечении и метафилактике мочекаменной болезни.

Подготовила Татьяна Чистик ■

### Швидкорозчинні шипучі таблетки

# Блемарен®

- Оптимізує рівень pH сечі, що сприяє розчиненню конкрементів
- Підвищує ефективність ДЛТ: полегшує відходження уламків
- Знижує ризик рецидивів каменеутворення у 7,5 разів





**Позбавлення каменів БЕЗ ОПЕРАЦІЇ**

**ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ЦИТРАТНОЇ ТЕРАПІЇ**

Р.П. № UA/9419/01/01. Інформація для професійної діяльності медичних працівників. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Склад: кислота лимонна безводна 1197 мг, тринатрій цитрат безводний 835,5 мг, калій гідрокарбонат 967,5 мг, лікарська форма. Таблетки шипучі. Замовник: Еспарма ГМБХ. Виробник: Альфамад Фармб АГ (раніше: Альфамад Фармб ГМБХ, Веймарланд 12, 37081 Геттінген, Німеччина). Фізико-хімічна група. Засіб, що сприяє розчиненню солей конкрементів. Показання: літотрипсія конкрементів у сечових шляхах і профілактика їх повторного утворення; дієта; лікування уратно-оксалатних конкрементів; профілактика кальцій-оксалатних опуклих сечі при лікуванні пацієнтів із системою колекторів. Протипоказання: порушення екскреторної функції нирок, ГНН, ХНН у фазі декомпенсації; гострі порушення КОР (метаболічний ацидоз); інфекції сечових шляхів, стрептокок бактеріємія, ниркова недостатність; суворі безсоння; дієта; періодична гіперкальціємія; дієта. Побічні ефекти: у деяких випадках можливі нові шлунково-кишкові розлади у вигляді дії на слизові.

# МІСЦЕ ПЕНТОКСИФІЛІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Хоча в багатьох пацієнтів з COVID-19 це захворювання має легкий перебіг, у низці випадків хвороба швидко прогресує і викликає тяжкі ускладнення. Ключову роль у патогенезі COVID-19 відіграє цитокиновий шторм (1), що обумовлює розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС), поліорганної дисфункції і погіршення стану з летальними наслідками (1, 2). Важливо відзначити високу ймовірність розвитку гіперкоагуляції, тромбозів і ураження серцево-судинної системи (3, 4). Специфічної етіологічної терапії COVID-19 на даний час все ще не існує, тому основні зусилля лікарів усього світу в лікуванні пацієнтів з інфекцією SARS-CoV-2 зосереджені на синдромних і патогенетичних терапевтичних підходах.

У процесі пошуку оптимальних методів лікування пацієнтів з COVID-19 були досліджені ефекти імунomodulatorів, антагоністів цитокинів і раннього застосування антикоагулянтної терапії. Пентоксифілін, неспецифічний інгібітор фосфодіестерази, що широко використовується для покращання реологічних властивостей крові, має корисні проти-запальні властивості й вірогідно знижує сироваткові рівні прозапальних цитокинів, таких як інтерлейкін (IL) 6, IL-1, фактор некрозу пухлини альфа (TNF- $\alpha$ ), С-реактивний білок та інші імунорегулятори [1, 5]. Також він має антитромботичну, антиоксидантну й антифіброгенну дію. Ці властивості можуть допомогти зменшити запальну реакцію і гіперкоагуляцію, які розвиваються при інфікуванні SARS-CoV-2, і зменшити поліорганну дисфункцію, яка проявляється в першу чергу у вигляді гострого пошкодження легенів. Хоча немає даних про протівірусні властивості пентоксифіліну щодо SARS-CoV-2, встановлено, що *in vitro* пентоксифілін проявляє виражену активність проти ВІЛ, вірусу простого герпесу, ротавірусу й вірусу кліщового енцефаліту [6]. Крім того, пентоксифілін має безпечний профіль побічних ефектів. Усе це робить його оптимальним препаратом для застосування, у тому числі в пацієнтів з COVID-19.

У даному огляді ми наводимо деякі дані про механізми дії пентоксифіліну, що будуть корисні для пацієнтів із COVID-19, оскільки будуть сприяти запобіганню розвитку тяжких ускладнень цього захворювання.

## ПРИГНІЧЕННЯ СИНТЕЗУ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКИНІВ (TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6) І ВПЛИВ НА ПАТОГЕНЕЗ ГРДС

Як показано в низці досліджень [7–9], пентоксифілін проявляє протизапальні властивості й має широкий спектр підтверджених імунomodulatory ефектів. Пентоксифілін пригнічує продукцію IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$  і С-реактивного протеїну *in vitro* та *in vivo* [7]. Як відомо, IL-6 є прогностичним фактором смертності пацієнтів з COVID-19 [10], а в пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19 рівні IL-6 підвищені [11]. Тому в цьому разі очевидна користь застосування пентоксифіліну, який сприяє зниженню рівня IL-6, тим самим бере участь у зменшенні цитокинового шторму, сприяє стабілізації стану пацієнтів з COVID-19 і зниженню рівня смертності.

Крім того, пентоксифілін здатний зменшувати апоптоз, викликаний TNF- $\alpha$ , IFN- $\delta$  і оксидом азоту (NO) [12]. У рандомізованому подвійному сліпому контрольованому клінічному

дослідженні [7] пентоксифілін вірогідно знижував сироваткові концентрації TNF- $\alpha$  і IL-6. На додаток до цього було описано, що пентоксифілін сприяє пригніченню TNF- $\alpha$  і IL-1 $\beta$ , індукованих Toll-подібними рецепторами. Цей ефект пентоксифіліну може мати сприятливий терапевтичний потенціал у пацієнтів з COVID-19, оскільки SARS-CoV-2, індукуючи вироблення TNF- $\alpha$  і IL-1 $\beta$ , також викликає запалення легенів, лихоманку і фіброз [13]. TNF- $\alpha$  завжди бере участь у розвитку тяжкого імунного ураження легень, викликаного SARS-CoV-2, а це дозволяє припустити, що інгібітори TNF- $\alpha$  можуть бути потенційним засобом лікування респіраторних симптомів, викликаних коронавірусами [13].

TNF- $\alpha$  відіграє важливу роль у патогенезі ГРДС у дорослих. Одним із ключових механізмів участі TNF- $\alpha$  в патофізіології ГРДС є інгібування синтезу сурфактанту ізольованими пневмоцитами II типу [14]. У дослідженні J.L. Balibrea-Cantero і співавт. продемонстровано, що цей ефект блокується пентоксифіліном [14].

Дослідження тяжкого ГРДС [15] продемонструвало, що використання пентоксифіліну призвело до покращання симптомів ГРДС, пригнічення TNF- $\alpha$  й підвищувало виживаність пацієнтів. Тому ще у 2003 році пентоксифілін був запропонований для лікування ГРДС, пов'язаного з інфекцією SARS [6].

Отже, дані вищезазначених досліджень щодо імунomodulatory і протизапальної активності пентоксифіліну дозволяють зробити висновок, що даний препарат має потенційну терапевтичну цінність для пацієнтів з COVID-19.

## ФІБРИНОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ ПЕНТОКСИФІЛІНУ І ЙОГО РОЛЬ У ЗНИЖЕННІ РИЗИКУ ТРОМБОЗІВ

Встановлено, що одним з виражених симптомів у пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19 є коагулопатія. Приблизно у двох третин пацієнтів, які померли від COVID-19 під час перебування в стаціонарі, розвинулося дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові (ДВС-синдром) [16]. У всіх випадках COVID-19 рівні D-димеру, продуктів розпаду фібрину/фібриногену, а також рівні фібриногену були вірогідно підвищені, з проявами фази гіперкоагуляції ДВС-синдрому з мікрovasкулярним тромбозом і оклюзією судин [17]. Пентоксифілін є одним з перших відомих медикаментозних засобів, що впливають на гемореологічні властивості крові, він збільшує деформацію еритроцитів і знижує в'язкість крові за рахунок збільшення рівня аденозинтрифосфату в еритроцитах та інших циклічних нуклеотидів. Пентоксифілін пригнічує

тромбоксан, збільшує синтез простагліну, активаторів плазміногену, плазміну й антитромбіну III і знижує агрегацію й адгезію тромбоцитів, рівні фібриногену, альфа-2-антиплазміну, альфа-1-антитрипсину, альфа-2-макроглобуліну й ризик тромбофілії [18, 19].

Згідно з даними клінічних досліджень [20, 21], застосування пентоксифіліну запобігає порушенню мікроциркуляції і знижує частоту ДВС-синдрому й синдрому поліорганної дисфункції. Отже, у пацієнтів з COVID-19 призначення ранньої антиагрегантної та антикоагулянтної терапії, у тому числі пентоксифіліну, може допомогти блокувати тромбоутворення й зменшити утворення мікротромбів.

## КАРДІОПРОТЕКТИВНІ ЕФЕКТИ ПЕНТОКСИФІЛІНУ

Як відомо, у випадку гострої серцево-судинної патології ключову роль відіграє загибель клітин міокарда, асоційована з активацією тромбоцитів і нейтрофілів, а також високим рівнем запальних цитокинів, у першу чергу TNF- $\alpha$  [22]. Хронічна серцева недостатність асоціюється з розвитком системного запалення з підвищенням рівня С-реактивного білка, TNF- $\alpha$  і IL-6 [23]. Як уже згадувалося вище, пентоксифілін пригнічує активацію тромбоцитів і нейтрофілів і знижує рівень TNF- $\alpha$  [6–9, 15], отже, є потенційним засобом зменшення пошкодження міокарда. Даний сприятливий ефект пентоксифіліну був підтверджений у дослідженні Н. Namdar і співавт. [22]: у групі пацієнтів, які отримували на додаток до тромболітичної терапії інфаркту міокарда пентоксифілін, максимальний рівень тропоніну I був вірогідно нижчим, ніж у контрольній групі. За даними метааналізу [23], застосування пентоксифіліну сприяло вірогідному зниженню рівня смертності в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, що було обумовлене протизапальними, антиапоптозними, антитромбоцитарними й реологічними ефектами даного препарату.

## ПРОТІВІРУСНА АКТИВНІСТЬ IN VITRO

Незважаючи на те, що пентоксифілін є препаратом, який впливає на циркуляцію і рівень прозапальних цитокинів, у низці досліджень *in vitro* він також продемонстрував високу протівірусну активність щодо певних РНК- і ДНК-вірусів — вірусу простого герпесу, ротавірусу, вірусу віспи, вірусу кліщового енцефаліту [24]. Крім того, пентоксифілін також пригнічував експресію вірусу імунodefіциту людини у гостро й хронічно інфікованих клітинах *in vitro*

і в мононуклеарних клітинах периферичної крові людини [25, 26]. Також була підтверджена здатність пентоксифіліну пригнічувати реплікацію вірусу японського енцефаліту *in vitro* [24].

На даний момент протівірусна активність пентоксифіліну щодо SARS-CoV-2 не досліджувалася [6], але вищеописані результати, отримані раніше щодо впливу пентоксифіліну на низку вірусів, відкривають перспективи для подальших досліджень пентоксифіліну в цьому напрямку.

## ПЕНТОКСИФІЛІН У СКЛАДІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ COVID-19

Досвід українських лікарів з використання пентоксифіліну в пацієнтів з COVID-19 в умовах відділення інтенсивної терапії був наведений в рамках Мечниковських читань — 2020, що відбулися в режимі онлайн 5 листопада. Зокрема, професор В.А. Корсунов (м. Харків) навідані власного дослідження центральної гемодинаміки в пацієнтів з COVID-19 і ГРДС. Було доведено, що в понад 50 % із них мав місце синдром малого серцевого викиду, який тільки в 15 % пацієнтів був обумовлений зниженням фракції викиду лівого шлуночка, а в решті виявився наслідком абсолютної гіповолемії. Для корекції волемічного статусу цим пацієнтам призначали збалансовані кристалічні розчини й вітчизняний препарат пентоксифіліну Латрен. Латрен є комплексом пентоксифіліну й розчину Рінгера лактату, що робить цей препарат оптимальним для використання, оскільки Рінгера лактат пом'якшує побічні дії пентоксифіліну й дозволяє зменшити його мінімальну ефективну дозу. Тобто Латрен входить до складу так званого вікна можливостей при COVID-19, яке передбачає пригнічення цитокинового шторму, раннє призначення тромбопрофілактики, лібералізацію інфузійної терапії і корекцію легеневої гіпертензії. У складі комплексної патогенетичної терапії COVID-19 Латрен знижує продукцію прозапальних цитокинів, гальмує агрегацію тромбоцитів та еритроцитів, підвищує еластичність еритроцитів, покращує реологічні властивості крові й активує ендотелій-незалежний механізм вазодилатації.

Отже, з огляду на результати іноземних досліджень із використання пентоксифіліну при COVID-19 і досвід українських лікарів у призначенні Латрену в комплексному лікуванні пацієнтів з COVID-19 і в багаторічній практиці Латрен може бути запропонований як препарат вибору в комплексному лікуванні хворих на COVID-19, оскільки його дія спрямована на пригнічення цитокинів, зниження ризику тромбозів і захист органів-мішеней. Латрен — це підтверджена дослідженнями й перевірена часом ефективність і впевненість у результаті терапії.

Список літератури  
знаходиться в редакції

Підготувала Наталія Юрченко ■

# ЛАТРЕН – посилена мікроциркуляція

Противірусна  
активність  
in vitro

Пригнічення синтезу  
прозапальних цитокінів  
(TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6) і вплив  
на патогенез ГРДС

Кардіопротективні  
ефекти

Фібринолітична активність,  
зниження ризику тромбозів

ЛАТРЕН®: коротка інструкція для медичного застосування

Склад: діюча речовина: 1 мл розчину містить 0,5 мг пентоксифіліну; допоміжні речовини: натрію хлорид, калію хлорид, кальцію хлорид, натрію лактату розчин, вода для ін'єкцій.

Фарм. властивості. Пентоксифілін є похідним метилксантину. Пентоксифілін гальмує агрегацію тромбоцитів і еритроцитів, підвищує їх гнучкість, зменшує підвищену концентрацію фібриногену в плазмі крові та підсилює фібриноліз, що зменшує в'язкість крові і поліпшує її реологічні властивості. Крім того, пентоксифілін спричиняє слабку міотропну судинорозширювальну дію, дещо зменшує загальний периферичний судинний опір та має позитивний інотропний ефект. Внаслідок застосування пентоксифіліну покращується мікроциркуляція та постачання тканин киснем, найбільше – в кінцівках, ЦНС, помірно – у нирках. Препарат незначно розширює коронарні судини.

Показання. Атеросклеротична енцефалопатія; ішемічний церебральний інсульт; дисциркуляторна енцефалопатія; порушення периферичного кровообігу, зумовлені атеросклерозом, цукровим діабетом (включно з діабетичною ангіопатією), запаленням; трофічні розлади у тканинах, пов'язані з ураженням вен або порушенням мікроциркуляції (посттромбофлебітичний синдром, трофічні виразки, гангрена, відмороження); облітеруючий ендартеріїт; ангіонейропатії; порушення кровообігу ока; порушення функції внутрішнього вуха судинного генезу, які супроводжуються зниженням слуху.

Протипоказання. Латрен® протипоказаний: пацієнтам із підвищеною чутливістю до пентоксифіліну або до будь-якої з допоміжних речовин препарату Латрен®; пацієнтам із масивною кровотечею; пацієнтам з обширним крововиливом у сітківку ока, при крововиливах у мозок; пацієнтам у гострий період інфаркту міокарда; пацієнтам із виразкою шлунка та/або кишковими виразками; пацієнтам із геморагічним діатезом.

Спосіб застосування та дози. Рекомендовані дорослим такі схеми лікування: 1. Внутрішньовенна інфузія 100-600 мг пентоксифіліну 1-2 рази на добу. Тривалість внутрішньовенної крапельної інфузії становить 60-360 хвилин, тобто введення 100 мг пентоксифіліну має тривати щонайменше 60 хвилин.

Упаковка. По 100 мл, або 200 мл, або 400 мл розчину у пляшках скляних. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. ТОВ «Юрія-Фарм». РП МОЗ України UA/6388/01/0

 ЮРІЯ·ФАРМ

www.uf.ua



# БІЛЬ У ШИЇ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ. ЧАСТИНА I



Григор'єва Н.В.,  
д.м.н., професор

ГРИГОР'ЄВА Н.В., ПОВОРОЗНЮК В.В., НЕМЕРСЬКА С.В.

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ, Україна

Біль у шиї (БШ) вражає від 26 до 70 % дорослого населення планети протягом життя (1–3) і є важливою, проте недооціненою проблемою медицини. За даними дослідження Global Burden of Disease (2010), проведеного в США (4), БШ є четвертою причиною втрати працездатності, поступаючись болю в спині, суглобах, депресії. Більшість людей із БШ не відчують повного зникнення симптомів у подальшому після першого епізоду болю, а 50–85 % повідомляють про рецидив через 1–5 років (2). Частота БШ більша в жінок порівняно з чоловіками й переважає в осіб працездатного віку (1, 2, 5).

терапевти, хіропрактики, фахівці традиційної чи нетрадиційної медицини), так і щодо ведення хворих у різних стадіях захворювання.

**Метою** цієї статті є узагальнення даних щодо видів, принципів дії різних методів немедикаментозного лікування болю в шиї, їх ефективності та безпечності, аналіз останніх рекомендацій щодо використання фізичних методів лікування болю в шиї та обговорення власного досвіду авторів щодо ефективності й безпечності деяких немедикаментозних методів (тракційна терапія, лікувальна гімнастика) у комплексному лікуванні хворих даної категорії.

Для досягнення мети проведений аналіз літературних джерел у базах даних MedLine, EMBASE, The Cochrane Library, Scopus, Web of Science, CyberLeninka та PИHЦ за останні 10 років, що містять результати сучасних рандомізованих контрольованих досліджень, метааналізів та останніх кокранівських оглядів щодо ефективності й безпечності використання різних методів немедикаментозного лікування болю в шиї.

У першій частині статті наведені результати аналізу ефективності й безпечності деяких методів фізичної терапії (ерго-, рефлекс-, електро-, ультразвукової терапії, механо-, тракційної та мануальної терапії, масажу) у лікуванні хворих із болем у шиї. Порівняння проводили як між окремими методиками немедикаментозного лікування болю в шиї, так і з імітацією чи відсутністю терапії.

## ЕРГОТЕРАПІЯ

Ерготерапія (працетерапія, від грецьк.: *εργον* — «праця» та *θεραπεία* — «терапія, лікування») належить до системи реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення повсякденної діяльності хворого з урахуванням його фізичних обмежень. Зважаючи на важливий негативний вплив різних факторів, пов'язаних із професійною діяльністю, на розвиток БШ (тривале вимушене положення тіла, зокрема й шиї, використання комп'ютерних мишок та клавіатури, збільшене тривале навантаження на одну частину тіла (здебільшого праву) із формуванням сколіотичної постви тощо), оптимізація режиму праці

й відпочинку, на думку деяких дослідників, є одним із ефективних напрямків у зниженні частоти больових синдромів у шиї.

У 2018 році був опублікований один з останніх метааналізів [7], в якому проаналізували вплив різних факторів, зокрема особливостей умов праці, на частоту виникнення БШ. В огляд увійшли результати 20 проспективних когортних досліджень та 2 рандомізованих клінічних досліджень (РКД), опубліковані за період 1980–2016 років. Авторами встановлено, що низька задоволеність умовами праці на робочому місці (об'єднаний відносний ризик (Relative Risk — RR) 1,28; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,07–1,55), положення клавіатури, близьке до тіла (RR = 1,46; 95% ДІ 1,07–1,99), низька варіація робочих завдань (RR = 1,27; 95% ДІ 1,08–1,50) та збільшене м'язове напруження (середнє та високе, відповідно RR = 2,75; 95% ДІ 1,60–4,72 та RR = 1,82; 95% ДІ 1,14–2,90) є вірогідними чинниками ризику розвитку БШ.

У 2018 році також був опублікований і кокранівський огляд, у якому проаналізовано використання деяких ергономічних підходів для оптимізації трудової діяльності та профілактики захворювань верхньої кінцівки й шийного відділу хребта в працівників офісів [8]. Попередній огляд, присвячений цій темі, був опублікований у 2012 році, проте, незважаючи на існуючі на той час дослідження, що свідчать про негативний вплив порушень ергономічних принципів на ризик захворювань кістково-м'язової системи, він не виявив чітких доказів позитивного впливу оптимізації організації робочого місця в профілактиці цих захворювань. Новий огляд включав результати 15 РКД (2165 працівників), проте більшість із проаналізованих досліджень мала високий ризик системної помилки, що значно вплинуло на висновки, зроблені авторами. Докази помірної якості продемонстрували, що підтримка верхньої кінцівки під час роботи з використанням альтернативної комп'ютерної мишки (2 дослідження) зменшує частоту захворювань на рівні шийного відділу хребта та плечового суглоба (RR = 0,52; 95% ДІ 0,27–0,99), проте не на рівні правої верхньої кінцівки загалом (RR = 0,73; 95% ДІ 0,32–1,66). Зменшення вираженості дискомфорту в шиї та плечовому суглобі (стандартизована різниця середніх (standardized mean difference — SMD) –0,41; 95% ДІ від –0,69 до –0,12) та дискомфорту в правій верхній кінцівці (SMD –0,34; 95% ДІ від –0,63

до –0,06) за умов оптимізації ергономічних вимог підтверджувалось доказами слабкої сили.

На протипагу отриманим результатам автори виявили також докази помірної якості: частота патології на рівні шиї, плечового суглоба та правої верхньої кінцівки вірогідно не відрізнялась за умови використання звичайної чи альтернативної комп'ютерної мишки (2 дослідження: шия чи плечовий суглоб: RR = 0,62; 95% ДІ 0,19–2,00; права верхня кінцівка: RR = 0,91; 95% ДІ 0,48–1,72), а також при порівнянні додаткової опори для верхньої кінцівки з використанням звичайної комп'ютерної мишки та без опори (2 дослідження: шия або плечовий суглоб: RR = 0,91; 95% ДІ 0,12–6,98; права верхня кінцівка: RR = 1,07; 95% ДІ 0,58–1,96). Також докази дуже низької якості свідчили, що додаткові перерви в роботі (2 дослідження) зменшують вираженість дискомфорту в шиї (SMD –0,25; 95% ДІ від –0,40 до –0,11), правому плечовому суглобі чи плечі (SMD –0,33; 95% ДІ від –0,46 до –0,19), правому передпліччю чи кисті (SMD –0,18; 95% ДІ від –0,29 до –0,08) серед офісних працівників. Отримані авторами результати, незважаючи на 6-річний період із попереднього огляду (опублікований у 2012 р.) й нові дослідження, не дали змогу сформулювати чіткі рекомендації щодо організації робочого місця з метою профілактики захворювань шиї та верхньої кінцівки, що потребує проведення добре організованих тривалих РКД, у яких буде вивчена роль як окремих ергономічних факторів ризику в розвитку БШ, так і їх комбінації.

## РЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ

Рефлексотерапія — метод фізичного впливу на активні точки тіла людини шляхом використання спеціальних голок (голкорефлексотерапія — ГРТ), низькочастотного електричного струму, лазерного опромінювання та застосування різних предметів (металевих кульок, пластин, каменів тощо). Терапевтичний ефект рефлексотерапії пояснюють активізацією самовідновлення організму, який реалізується опосередковано під дією нервових імпульсів, що генеруються в активних точках, подразнення яких відбувається, та передаються через відповідні нервові центри. На сьогодні одним із найпоширеніших методів рефлексотерапії є **голкорефлексотерапія** (голкотерапія, акупунктура, від лат. *acus* — «голка» і *punctura* (*pungo, pungere*) — «колоти,



жалити») — одна з форм альтернативної медицини, що широко використовується в традиційній китайській практиці й передбачає введення тонких голків у певні точки тіла пацієнта, що знаходяться на меридіанах, якими циркулює «життєва енергія» Ці.

Роль акупунктури в лікуванні больових синдромів неодноразово висвітлювалась в кокранівських оглядах [9–11]. Так, у 2016 році були опубліковані кокранівські огляди, які аналізували вплив ГРТ у лікуванні БШ [9, 10]. У них проаналізовано результати 27 РКД (кількість обстежених (n) = 5462), серед яких 3 у пацієнтів із болем від гострого до хронічного після хлстової травми (n = 205), 5 досліджень в осіб із хронічним міофасціальним болем (n = 186), 5 — із хронічним болем, пов'язаним з артритом (n = 542), 6 — із хронічним неспецифічним БШ (n = 4011), 2 — із болем у комбінації з радикулярними проявами (n = 43), та 6 — із підгострим чи хронічним механічним БШ (n = 5111) із низьким ризиком системної помилки. Порівняння впливу ГРТ на динаміку больового синдрому в шії, функціонального відновлення та якості життя проводили як з імітацією даної процедури, так і з її відсутністю. Для пацієнтів із механічним болем встановлено позитивний вплив голкорексфототерапії порівняно:

- з її імітацією (sham) у період середньострокового спостереження (у термін від 3 міс. до 1 року);

- імітацією лікування чи його відсутністю щодо вираженості больового синдрому в умовах короткострокового спостереження (у термін від 1 дня до 3 міс.);

- імітацією лікування щодо втрати працездатності в умовах короткострокового спостереження (у термін від 1 дня до 3 міс.).

Загалом результати аналізу на основі доказів помірної якості продемонстрували переваги ГРТ порівняно з її імітацією (SMD -0,23; 95% ДІ від -0,20 до -0,07; p = 0,0006), проте лише за умов короткострокового спостереження на відміну від довгострокового. Також автори зазначили, що ГРТ є досить безпечним методом лікування з мінімальними побічними ефектами, які включають посилення больового синдрому, місцевий набряк, запаморочення та непритомність. Ці дослідження повідомили про відсутність небезпечних для життя побічних ефектів і виявили, що використання ГРТ є рентабельним. Також автори відмітили, що з часу їх попереднього огляду щодо цього питання якість РКД значно покращилась, тому ризик упередженості результатів був досить низьким, що дозволило сформулювати чіткі рекомендації.

У 2017 році був опублікований ще один кокранівський огляд, в якому було проаналізовано ефективність ГРТ у лікуванні невропатичного болю [11], що часто наявний у хворих із БШ. Проаналізувавши дані РКД щодо цього питання, автори не змогли знайти підтвердження ефективності ГРТ у цієї категорії хворих, хоча деякі РКД підтверджують, що комбіноване її застосування в поєднанні з іншими медикаментозними методами є більш ефективним у зниженні вираженості больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ; n = 104; SMD -1,02; 95% ДІ від -1,09 до -0,95) та покращанні якості життя (n = 104; SMD -2,19; 95% ДІ від -2,39 до -1,99) порівняно із застосуванням медикаментозних методів у вигляді монотерапії. Використання ГРТ не дозволило повністю нівелювати больовий синдром після курсу лікування (показники 10-сантиметрової ВАШ ста-

новили 5,8 см у групі ГРТ та 6,2 см у групі імітації лікування, де 0 — немає болю) із сумнівним ефектом між вищезазначеними групами (дослідження дуже низької якості, n = 45; SMD -0,4; 95% ДІ від -1,83 до 1,03).

Уже цього року ще зроблені систематичний огляд і метааналіз, в яких вивчали ефективність ГРТ у пацієнтів зі стійким регіональним міофасціальним болем у голові та шії [12]. Його результати продемонстрували високі показники безпеки даного методу й вірогідні відмінності (-19,04 бала; 95% ДІ від -29,13 до -8,95) у вираженості больового синдрому (за ВАШ) порівняно з імітацією процедури чи її відсутністю, що дозволило авторам зробити висновок про те, що ГРТ може бути ефективним і безпечним методом лікування міофасціального болю в ділянці голови та шії.

### ЕЛЕКТРОТЕРАПІЯ

Електротерапія (ЕТ) — метод фізичної терапії, що базується на впливі електричного струму чи електромагнітного поля на організм людини. Обґрунтування використання даного методу в медицині полягає в розумінні того, що людське тіло є природним провідником заряджених частинок. Численні фізіологічні процеси в організмі (передача нервових імпульсів, транспорт речовин через клітинну мембрану) пов'язані з появою різниці потенціалів або електричного струму, а електромагнітне поле чи електричний струм можуть залежно від їх сили та частоти викликати різноманітні ефекти в організмі.

Використання електричного струму в медицині розпочалося із другої половини XVIII століття після відкриття першого електричного конденсатора (лейденської банки) та гальванічного елемента. У XIX сторіччі завдяки працям Г. Дюшена, якого називають «батьком електротерапії», були розроблені основи сучасних методик використання постійного та змінного низькочастотного струмів. Подальші дослідження підтвердили, що деякі речовини проникають під дією електричного струму через неушкоджену шкіру. Ці дані стали підґрунтям для використання методики електрофорезу (введення лікарських препаратів за допомогою електричного струму). Після винаходу Н. Тесла високочастотного трансформатора Ж.А. Д'Арсонваль запропонував ще один метод електролікування — дарсонвалізацію, а вже у XX столітті розроблено діатермію (вплив високочастотним струмом низької напруги й великої сили). На сьогодні арсенал методик ЕТ значно розширився, хоча деякі з них не довели свою ефективність у наукових дослідженнях і майже не використовуються.

Суть ЕТ полягає в передачі електричного струму чи електромагнітного поля безперервно або періодично у вигляді імпульсів (залежно від методу) від клем приладу на електроди (через невеликі металеві пластини з вологими прокладками з тканини), які фіксовані на певній ділянці тіла пацієнта, що потребує лікування. На сьогодні виділяють різні методики ЕТ залежно від сили й частоти електромагнітного поля чи електричного струму, які використовуються:

- а) постійний електричний струм: гальванізація (постійний струм невисокої напруги (30–80 В) і невеликої сили); електрофорез;

- б) змінний струм низької частоти: електростимуляція, електросон, електроанестезія;

- в) струм високої частоти: місцева дарсонвалізація (імпульсний струм високої

частоти (100–500 кГц) на окремі ділянки); діатермія (струм високої частоти, низької напруги й великої сили (до 3 А);

- г) електромагнітне поле високої частоти: УВЧ-терапія (частота 30–300 МГц); мікрохвильова терапія (частота 300–300 000 МГц); індуктотермія (змінне високочастотне магнітне поле, що має в основному теплову дію. Одним із видів індуктотермії є індуктопірексія — підвищення температури тіла пацієнта до 39° і вище); індуктотерапія (загальна дарсонвалізація, використання слабкого імпульсного електромагнітного поля високої частоти);

- д) магнітотерапія (дія змінним магнітним полем);

- е) франклінізація (використання електричних розрядів і статичного електричного поля високої напруги (середня потужність 30–50 кВ) за умов місцевого впливу до 10–20 кВ).

На сьогодні продемонстровано різну дію ЕТ залежно від її частоти. Так, використання низькочастотної ЕТ із застосуванням постійного струму малої напруги (на ділянку кінцівок — 20–30 мА, лице та слизові оболонки — не більше 5 мА) сприяє покращанню кровообігу та регенерації тканин, а дія високочастотної ЕТ (змінний струм високих частот) сприяє виникненню спазму судин, що посилює кровообіг та зменшує застій. Використання імпульсної ЕТ із використанням постійного струму, що проводиться імпульсами різної напруги та тривалості, також сприяє покращанню кровообігу та усуненню застою та набряків.

Позитивний вплив постійного (так званого гальванічного) струму в лікуванні больових синдромів в основному реалізується через пригнічення активності ноцицепторів. Даний вплив, відомий як вплив на «вхідні ворота болю», лежить в основі всіх класичних форм стимулюючої ЕТ. У фізіологічних умовах контроль проходження ноцицептивної імпульсації з периферії в мозок у системі аферентного входу в спинний мозок згідно з теорією «вхідних воріт» здійснюється гальмуючими нейронами драглистої субстанції, які активуються імпульсацією з периферії по товстих волокнах типу А $\alpha$  та А $\beta$ , та низхідними впливами структур головного мозку, які блокують передачу ноцицептивних імпульсів від первинних аферентів до відповідних нейронів. Використання ЕТ, що пригнічує активність ноцицепторів, підвищує поріг больової чутливості, позитивно впливаючи на вираженість болю. Також гальванічний струм можна використовувати для посилення дії локальної терапії, зокрема при введенні лікарських засобів (іонофорез), завдяки його вираженому ефекту посилювати транспорт іонізованих речовин через шкіру. Оскільки позитивний ефект даного виду ЕТ обмежений ділянкою потоку струму, основними показаннями до його застосування є гострий радикулярний біль та запалення навколосуглобових структур (сухожилки та зв'язки).

Ще одним ефективним на сьогодні методом, що зменшує вираженість больового синдрому й широко використовується в клінічній практиці, є електрична стимуляція нерва (electrical nerve stimulation — ENS) або транскутанна електрична стимуляція нерва (transcutaneous electrical nerve stimulation — TENS). За даними проведених досліджень, змінний або модульований постійний електричний струм (гальванічна стимуляція) може гальмувати потенціали, пов'язані з болем, не тільки на спинному, а й на більш високих рівнях, тому, незважаючи на те, що часто ефективність гальванічного струму

обмежена зоною втручання, за даними деяких авторів, анальгетичні ефекти ENS можуть спостерігатися в усій сегментарній ділянці, як іпсі-, так і контралатеральній. Якщо високочастотна TENS активує механізми пригнічення передачі болю в нервовій системі завдяки тому, що електричні імпульси від електродів, розташованих на шкірі над вогнищем болю, призводять до блокади больових сигналів у напрямку мозку, то низькочастотна TENS стимулює продукцію ендорфінів — природних інгібіторів болю.

Ще одним методом ЕТ є електрична стимуляція м'язів (electric muscle stimulation — EMS), більшість характеристик якої подібна таким у TENS, за винятком її інтенсивності, яка призводить до додаткового скорочення м'язів. За даними проведених досліджень, ритмічна стимуляція м'язів за допомогою модульованого постійного, змінного чи інтерференційного струмів сприяє збільшенню об'єму рухів у суглобах, зростанню м'язової сили, запобігаючи розвитку атрофічних та дистрофічних змін у них. Ще одним, вторинним, механізмом позитивного впливу на больовий синдром у м'язах є зменшення вираженості м'язового спазму й покращання кровопостачання.

На сьогодні відомо, що постійні, змінні або імпульсні електромагнітні поля (pulsed electromagnetic field — PEMF) індукують електричний струм всередині тканини, що покладено в основу лікувального ефекту даної процедури, переважна галузь використання якої — посилення регенерації різних тканин і зменшення вираженості болю. Ритмічна магнітна стимуляція (repetitive magnetic stimulation — rMS), на відміну від терапії PEMF, є доволі новою нейрофізіологічною методикою, яка дозволяє проводити черезшкірну індукцію стимулюючих електричних струмів на нервові волокна. Методика передбачає використання надзвичайно сильних та різких магнітних імпульсів (до 60 імпульсів у секунду з піковим струмом 15 000 А; напруженість поля 2,5 Т), що створюються спеціальними котушками над цільовою площею. Дана методика отримала широке використання в неврології для стимуляції функції мозку та периферичної нервової системи. На сьогодні позитивні ефекти rMS отримані й у лікуванні міофасціального болю.

Ефективність ЕТ, як одного з немедикаментозних методів лікування БШ, неодноразово оцінювалась у кокранівських оглядах у 2005, 2009 та 2013 роках. Останній огляд, проведений у 2013 році [13], включав результати 20 РКД за участю 1239 осіб із БШ, у яких вивчено вплив різних курсів ЕТ (коротких чи тривалих) на біль, функцію, порушення працездатності, задоволеність лікуванням та якість життя хворих на БШ із радикулопатією та без неї та з цервікогенним головним болем. Авторі зазначили, що більшість із проаналізованих РКД мають великий ризик системної помилки, проте існуючі докази демонструють певний позитивний ефект імпульсної терапії електромагнітним полем (PEMF), ритмічної магнітної стимуляції (rMS) та транскутанної електричної стимуляції нервів (TENS) порівняно з плацебо у хворих із хронічним БШ. Інші дослідження з високим ризиком системної помилки продемонстрували, що постійний магнітний вплив (із боку намиста, що носить на шії пацієнт), модульований гальванічний струм, іонофорез та EMS є не більш ефективними, ніж плацебо.

Як зазначають експерти, у пацієнтів із гострим больовим синдромом у шії TENS, імовірно, сприяє зменшенню його

вираженості більшою мірою порівняно з EMS, але не з використанням ЛФК та інфрачервоного опромінення, мануальної терапії й ультразвукової терапії. При цьому не встановлено додаткового позитивного ефекту TENS за умов комплексного її використання разом з інфрачервоним опроміненням, тепловими процедурами, ЛФК чи застосуванням комбінації шийного коміра, фізичних вправ та знеболюючих препаратів. Використання іонофорезу у хворих із гострим БШ є не більш ефективним, ніж відсутність лікування, використання інтерференційного струму або комбінації тракційної терапії, фізичних вправ та масажу.

У пацієнтів із міофасціальним болем у шії TENS, частотно-модульована електромагнітна нейронна стимуляція (FREquency Modulated Neural Stimulation, FREMNS — варіант TENS) та ритмічна магнітна стимуляція (rMS) зменшують вираженість болю більшою мірою, ніж плацебо.

Дослідження щодо впливу ET на показники функції, порушення працездатності, задоволеність лікуванням та якість життя пацієнтів із БШ (n = 4) не дозволили авторам зробити певні висновки й запропонувати будь-які рекомендації. Також у даних дослідженнях не встановлено будь-яких побічних ефектів при проведенні ET.

У 2019 році з'явився ще один кокранівський огляд стосовно ефективності TENS у вигляді монотерапії чи комбінації з іншими методиками в лікуванні хронічного БШ [15]. В аналіз було включено 7 РКД за участю 651 особи (середній вік — 31,7–55,5 року), проведених у трьох різних країнах (Туреччина, Йорданія, Китай) із тривалістю спостереження від тижня до 6 міс. У більшості досліджень використовували постійний режим TENS із частотою 60–100 Гц, шириною імпульсу 40–250 мс та інтенсивністю, яка описувалась як приємне поколювання з легким спазмом, у щоденних сеансах тривалістю 20–60 хв. Незважаючи на високий ризик системної помилки, авторами виявлено позитивний вплив TENS порівняно з її імітацією при короткочасному (до 3 міс. після лікування) курсі використання на вираженість болювого синдрому в шії (оцінка за ВАШ: SMD –0,10; 95% ДІ –0,97 до 0,77) та збільшення відсотка осіб зі зменшенням вираженості болю (1,57, 95% ДІ 0,84–2,92) за відсутності будь-яких побічних реакцій чи небажаних явищ при використанні даної методики. Незважаючи на отримані дані, авторами зроблено висновок, що на сьогодні недостатньо доказів щодо ефективності даної методики в лікуванні хронічного БШ, що вимагає проведення добре організованих РКД.

#### УЛЬТРАЗВУКОВА ТЕРАПІЯ

Ультразвукова терапія (УТ) — лікування за допомогою хвиль частотою більше 20 000 Гц, які не сприймаються людським вухом. На сьогодні деякі, проте не всі дослідники підтверджують її протизапальну, анальгезуючу та спазмолітичну дію, що обґрунтовує використання УТ у лікуванні БШ. Позитивні терапевтичні ефекти УТ пояснюють її механічним, тепловим та фізико-хімічним впливами, які призводять до виражених змін у тканинах та клітинах, а саме до мікрівібрації зі змінами функціонального стану клітин, підвищення проникності тканин, змін кислотно-лужної рівноваги тощо. Термічна дія УТ викликає інтенсифікацію біохімічних процесів у тканинах, розширення кровоносних і лімфатичних судин із покращенням мікроциркуляції. Під дією УТ підвищується активність низки ферментів, інтенсивність тканинних окислювально-відновних процесів, збільшується мітотична активність клітин із викидом біологічно активних речовин (гістаміну, серотоніну тощо).

Використовують різні частоти (УЗ високої, середньої чи низької потужності) і режими УТ — безперервний (УЗ подається постійно) чи пульсуючий (УЗ надходить у тканини з певними проміжками), прямий (із дією безпосередньо на зону дії) та непрямий (з опосередкованим впливом через нервові волокна й кровоносні судини) тощо. Також у клінічній практиці широко використовують **фонофорез** (від грецьк. φων — «звук» та φορο — «переносу») або сонофорез (від англ. sound — «звук») — комбінований метод лікування, що поєднує використання УЗ та лікарських засобів, які наносять безпосередньо на зону ультразвукової дії.

Нещодавно був опублікований систематичний огляд [14] щодо ефективності УТ у лікуванні БШ. Проведений авторами пошук у PubMed і Cochrane Library дозволив їм відібрати 5 РКД (середня кількість хворих від 26 до 102 осіб із тривалістю БШ від 3 до 6 міс.), проте не виявив вірогідної позитивної дії УТ у хворих із БШ після проведеного курсу лікування. У двох із проаналізованих авторами РКД не було встановлено позитивного впливу УТ порівняно з імітацією лікування (sham), в одному з досліджень продемонстровано її позитивний вплив у зменшенні вираженості болювого синдрому, проте без будь-яких переваг порівняно з введенням лікарських препаратів у тригерні точки. Автори зазначають, що ефекти УТ можуть бути пов'язані з її частотою (використання УЗ різної потужності), що може впливати й на результати лікування, вагомим доказів її ефективності на сьогодні обмаль, що вимагає проведення великих рандомізованих проспективних досліджень щодо оцінки її терапевтичного ефекту.

Нещодавно був опублікований систематичний огляд [14] щодо ефективності УТ у лікуванні БШ. Проведений авторами пошук у PubMed і Cochrane Library дозволив їм відібрати 5 РКД (середня кількість хворих від 26 до 102 осіб із тривалістю БШ від 3 до 6 міс.), проте не виявив вірогідної позитивної дії УТ у хворих із БШ після проведеного курсу лікування. У двох із проаналізованих авторами РКД не було встановлено позитивного впливу УТ порівняно з імітацією лікування (sham), в одному з досліджень продемонстровано її позитивний вплив у зменшенні вираженості болювого синдрому, проте без будь-яких переваг порівняно з введенням лікарських препаратів у тригерні точки. Автори зазначають, що ефекти УТ можуть бути пов'язані з її частотою (використання УЗ різної потужності), що може впливати й на результати лікування, вагомим доказів її ефективності на сьогодні обмаль, що вимагає проведення великих рандомізованих проспективних досліджень щодо оцінки її терапевтичного ефекту.

#### МЕХАНОТЕРАПІЯ

Механотерапія (від грецьк. mechano — «механізм» та θεραπεία — «терапія, лікування») — методика фізичної терапії, що передбачає виконання певних рухів (вправ) за допомогою спеціальних приладів (тренажер тощо). На думку багатьох дослідників, механотерапія в лікуванні БШ може використовуватись як самостійний, так і допоміжний метод фізичної реабілітації при застосуванні ЛФК, масажу та інших методів. Даний вид терапії дозволяє покращувати рухливість у суглобах, окремих м'язах та їх групах, запобігати розвитку в них атрофічних і дегенеративних процесів, а також сприяє нормалізації функціональної активності організму. Залежно від потреб використовуються прилади для самостійного виконання активних чи пасивних рухів хворим чи під контролем або за допомогою сторонньої допомоги (механізмів чи іншої людини).

Одним із видів механотерапії є **тракційна терапія** (ТТ, витягання, від лат. tractus — «тяга» та грецьк. θεραπεία — «лікування»). На сьогодні ТТ використовується в комплексному лікуванні БШ, хоча може застосовуватись і як самостійний метод [16]. За даними опитування 4 тисяч фізичних терапевтів, які працюють в ортопедичних відділеннях США, щодо ролі ТТ у лікуванні БШ встановлено, що 76,6 % із них використовують ТТ у своїй практиці, 93,1 % із них відповіли, що будуть використовувати даний метод у пацієнта з ознаками компресії нервового корінця. Типові підходи передбачали мануальні методики (у 92,3 % випадків) та спеціальні пристрої (88,3 %). Використання ТТ опитувані часто поєднують з іншими методиками немедикаментозної терапії (ЛФК, навчання, мобілізація) [17].

Зазвичай при болювих синдромах у шії використовують різні види ТТ залежно від положення тіла пацієнта:

а) вертикальне: сидячи з використанням петлі Гліссона за допомогою грузів, які підвішують до вільного кінця петлі;

б) горизонтальне чи лежачи на похило розташованій кушетці (нижні кінцівки нижче голови), голова закріплена. Тракція шийного відділу проводиться під дією власного тіла чи за допомогою грузів різної ваги. Тяга може постійно діяти протягом визначеного часу (безперервна чи статична тракція) чи повторюватись періодично із заданим проміжком часу (цикл «+/-») протягом сеансу лікування.

Залежно від механізму дії ТТ виділяють ручну, напівавтоматизовану й автоматизовану ТТ. Останнім часом з'явилися автоматизовані системи шийної тракції з електронними блоками управління, які дають змогу не тільки встановлювати дозоване динамічне навантаження з циклами «витягання — розслаблення», але й розробляти індивідуалізовані програми для конкретного пацієнта. Також виділяють «суху» та підводну ТТ. Під час останньої пацієнт знаходиться у воді, а система витягання встановлюється в басейнах чи ваннах. Позитивні ефекти підводної тракції пояснюють комбінованим впливом як механічних, так і теплових факторів (тепла вода додатково сприяє розслабленню спазмованих м'язів, зменшенню набряку та болю). Залежно від того, хто здійснює ТТ, виділяють авто- та гетеротракції (пацієнт чи інша людина), а залежно від ритму впливу — безперервні (постійні) і переривчасті (інтермітуючі (циклічні)) тракції [16].

Як зазначають фахівці, побічних ефектів при використанні ТТ, як правило, мало, але вони можуть включати головний біль, нудоту, непритомність та травмування прилеглих тканин.

Деякі, проте не всі рентгенологічні дослідження демонструють, що в момент тракції відстань між тілами хребців може збільшуватись на 1–2 мм, а вертикальний розмір міжхребцевих отворів — на 0,2–0,6 мм, що насамперед пов'язано з розтягуванням спазмованих м'язів ураженого хребтково-рухового сегмента [16]. Зменшення тиску в міжхребцевому диску сприяє зменшенню компресії на рівні переднього внутрішнього венозного сплетіння й задньої поздовжньої зв'язки, що приводить до зменшення венозного та лікворного застою, набряку в місці виходу корінців зі спинномозкового каналу та в ділянці міжхребцевих зв'язок і покращенню кровопостачання й обміну речовин у прилеглих структурах. Крім того, за умов використання ТТ можливі усунення підвивихів міжхребцевих суглобів і зменшення м'язових контрактур в ураженому хребтково-руховому сегменті.

Ефективність механічної тракції в лікуванні БШ із супутньою радикулопатією та без неї оцінена в кокранівському огляді, де проаналізовано результати РКД із медичної, хіропрактичної та додаткової літератури [18]. Механічна тракція використовувалась у них як самостійний метод, так і в комбінації з іншими лікувальними методиками порівняно з плацебо чи іншими втручаннями. Критеріями, які оцінювали, були біль, функція, втрата працездатності, загальний ефект, задоволеність пацієнтів лікуванням та якість

життя. З 7 відібраних РКТ (загальна кількість — 958 осіб) лише одне (n = 100) мало низький ризик системної помилки. Дане дослідження не підтвердило вірогідних відмінностей ефекту (SMD = 0,16; 95% ДІ –0,59–0,27) між статичною тракцією та її імітацією (плацебо) у зменшенні вираженості болю або поліпшенні функції у хворих із хронічним БШ та радикулярними симптомами. Порівняння ефективності механічної тракції з іншими методами лікування в РКД не виявили вірогідних відмінностей порівняно з використанням нестероїдних протизапальних засобів (напроксен 250 мг) (SMD = –0,26; 95% ДІ від –0,54–0,01) у зменшенні вираженості БШ та порівняно з мануальною терапією (RR = 0,33; 95% ДІ 0,08–1,32) у загальному ефекті. При цьому результати РКД із залученням 536 осіб із радикулярними симптомами та без них продемонстрували, що ефект статичної механічної тракції вірогідно менший за відповідний у ГРТ (RR = 4,31; 95% ДІ 2,93–6,34). Також продемонстрована відсутність переваг механічної тракції порівняно з іншими немедикаментозними методами лікування хронічного БШ, зокрема мануальною терапією та тепловими процедурами.

Авторами зроблено висновок, що на сьогодні немає достатньо доказів щодо переваг використання постійної чи циклічної механічної тракції в зменшенні вираженості болювого синдрому, поліпшенні функції або загального стану хворих порівняно з імітацією тяги (плацебо), медикаментозним лікуванням чи іншими консервативними методами лікування хворих із хронічним БШ.

Через 10 років після публікації даного аналізу з'явився ще один системний огляд з метааналізом [19] щодо ролі ТТ як самостійного методу та в комбінації з іншими методиками в пацієнтів із БШ та радикулопатіями, в якому проаналізовано дані РКД щодо динаміки болювого синдрому та порушень працездатності. На відміну від попередніх даних авторами встановлено, що механічна тракція мала помірний позитивний вплив на вираженість болю в коротко- та середньострокових термінах спостереження (g = –0,85; 95% ДІ від –1,63 до –0,06 та g = –1,17; 95% ДІ від –2,25 до –0,10 відповідно) та втрату працездатності в середньострокових термінах спостереження (g = –1,05; 95% ДІ від –1,81 до –0,28). Також виявлено позитивний вплив ТТ на показники БШ у короткі терміни після її застосування (g = –0,85; 95% ДІ від –1,39 до –0,30).

Ефективність ТТ у комплексному лікуванні хворих з остеохондрозом шийного відділу хребта та вегетативними розладами була вивчена співробітниками нашого відділу ще на початку минулого десятиріччя [20]. Установлено, що для хворих із нейрорефлекторними проявами захворювання характерна переважаюча активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи, що значуще впливає на ефективність ТТ. Авторами запропоновано диференційований підхід до лікування хворих на основі комбінованого призначення ТТ та медикаментозного лікування з включенням у терапію венотонічних засобів відповідно до функціонального стану вегетативної нервової системи, показників церебральної гемодинаміки, віку та статі.

#### МАСАЖ

Масаж (від фр. masser — «розтирати» та араб. mass — «торкатись») — комплекс прийомів механічної та рефлекторної дії, які проводять на поверхні тіла людини у вигляді розтирання, погладження, тис-

ку чи вібрації. На сьогодні відомо багато різних технік масажу, що проводять як безпосередньо руками людини, яка його виконує, так і за допомогою спеціальних приладів через повітряне, водне чи інше середовище. Дозоване нанесення механічних подразнень залежно від їх виду сприяє як розслабленню, так і стимуляції скелетної мускулатури, зменшенню м'язового спазму, покращанню кровопостачання та зменшенню венозного застою.

Різні техніки масажу вже тривалий час використовують у лікуванні БШ. У 2012 році в кокранівському огляді проаналізовано вплив масажу на біль, функцію, загальний ефект, а також задоволеність із боку пацієнтів, побічні ефекти та вартість лікування дорослих осіб із БШ порівняно з іншими методами лікування як безпосередньо після його застосування, так і за умов довготривалого спостереження [21]. Детальний аналіз літературних джерел дозволив авторам відібрати 15 РКД, хоча всі вони мали досить високий ризик системної помилки. Більшість досліджень оцінювала ефект відразу після завершення курсу лікування, а не у віддаленому періоді. Крім того, лише в 4 із 15 досліджень методики виконання масажу були описані детально. Отримані результати продемонстрували, що деякі методи масажу (традиційний китайський масаж, класична й модифікована техніки з напруженням м'язів під дією рук масажиста) були більш ефективними в покращанні функції та зменшенні напруження м'язів порівняно з контролем чи імітацією лікування (плацебо). На думку авторів огляду, масаж може бути більш корисним порівняно з освітніми програмами при нетривалому (гострому) больовому синдромі. Компресійні техніки та пасивне розтягнення м'язів були більш ефективними в зменшенні вираженості больового синдрому в шії за умов їх комбінованого використання порівняно із застосуванням одного з методів. Порівняння масажу з іншими немедикаментозними методами лікування БШ (теплові процедури, ЛФК, ГРТ, мануальна терапія та освітні програми) додаткових його переваг не виявило. Лише в 5 із 15 досліджень повідомили про побічні ефекти, зокрема про біль чи дискомфорт після процедур. Погіршення загального стану було відмічено як побічний ефект лише в одному дослідженні. Крім того, в одному дослідженні було повідомлено, що у 22 % хворих після лікування знижувались показники артеріального тиску.

Автори зазначили, що, незважаючи на встановлені позитивні короткострокові впливи масажу на вираженість больового синдрому в шії, через обмеження проаналізованих досліджень їм не вдалося зробити жодного вагомego висновку чи рекомендації для практичного впровадження, що потребує здійснення подальших досліджень, зокрема й для оцінки віддалених результатів.

## МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Мануальна терапія (МТ) (від лат. manus — «кисть» та грецьк. θεραπεα — «терапія, лікування») — один із видів немедикаментозного лікування, що реалізується внаслідок біомеханічного впливу рук того, хто її виконує, на уражені тканини кістково-м'язової системи (маніпуляційна терапія), внутрішні органи (вісцеральна остеопатія) та голову (краніо-сакральна терапія) пацієнта.

Традиційними видами МТ є:

➔ **маніпуляційна техніка (МанТ)**, що використовує короткі й не дуже сильні

поштовхоподібні рухи, направлені на відновлення рухливості суглобів або зміщення певних елементів хребта до його природного анатомічного положення;

➔ **мобілізаційна техніка (МобТ)**, що використовує послідовність рухів, спрямованих на м'яке витягування хребців, а також збільшення рухливості суглобів внаслідок ритмічних рухів, що повторюють фізіологічні амплітуди рухів у ньому;

➔ **м'яка техніка (М'ят)** характеризується відсутністю різких рухів та пасивним напруженням м'язів з їх наступним розслабленням, що повторюються по черзі й мають на меті зниження м'язового тону. До цієї техніки МТ відносять і постізометричну релаксацію. Остання базується на зниженні підвищеного м'язового тону, що розвивається після короткочасного напруження м'язів. Методика передбачає 2-фазну дію: спочатку короткочасне (6–10 с) низькоінтенсивне ізометричне напруження м'язів із затримкою дихання пацієнта, потім пасивне розтягнення м'язів особою, яка виконує процедуру.

Мануальна терапія принципово відрізняється від іншого методу, що використовує людські руки як інструмент впливу, — масажу напрямками даного впливу й дозування його сили. Загалом масажист працює лише з м'якими тканинами, тоді як мануальний терапевт — із суглобами, міжхребцевими дисками, сухожильно-з'язковим апаратом, внутрішніми органами.

Ефективність різних технік МТ у лікуванні БШ оцінена неодноразово в кокранівських оглядах (2004, 2010 роки). Останній огляд був опублікований у 2015 році [22] і проаналізував результати 51 дослідження (2920 учасників, 18 РКД щодо використання МанТ МТ/МобТ МТ порівняно з контролем; 34 дослідження ефективності МанТ МТ/МобТ МТ порівняно з іншими видами лікування та 1 дослідження передбачало обидва порівняння). Внаслідок проведеного аналізу автори отримали такі результати:

**1. МанТ МТ на рівні шийного відділу порівняно з відсутністю лікування.** У пацієнтів із підгострим чи хронічним БШ одноразова маніпуляція МТ призводить до зменшення больового синдрому безпосередньо після процедури (протягом одного дня), але не при короткостроковому спостереженні (від 1 дня до 3 міс.). Висновок зроблено на основі результатів 3 досліджень низької та дуже низької якості (n = 154).

**2. МанТ МТ на рівні шийного відділу порівняно з іншими видами лікування:**

а) у пацієнтів із гострим чи хронічним БШ курсове призначення МанТ МТ призводить до подібних змін больового синдрому, функціональних можливостей, якості життя (QoL), показника загального ефекту й задоволення пацієнтів від проведеного лікування за умов використання сеансів МобТ МТ безпосередньо після завершення курсу лікування (протягом 1 дня) та при коротко- (до 3 міс.) та середньостроковому (від 3 міс. до 1 року) термінах спостереження. Аналіз здійснений за результатами 2 досліджень від середньої до високої якості (n = 446);

б) у пацієнтів із гострим та підгострим БШ багатократні сеанси МанТ МТ є більш ефективними, ніж деякі лікарські засоби, у зменшенні вираженості больового синдрому та покращанні функції безпосередньо (протягом 1 дня) після лікування (1 дослідження помірної якості, n = 182) та за умов тривалого (більше 1 року) спостереження (1 дослідження помірної якості, n = 181). Подібні результати отримані й щодо покращання функ-

ції в пацієнтів при середньостроковому терміні спостереження (1 дослідження середньої якості, n = 182);

в) у пацієнтів із хронічним БШ багатократні сеанси МанТ МТ (2 дослідження низької якості, n = 125) можуть бути більш ефективними порівняно з курсом масажу в зменшенні вираженості больового синдрому в шії та покращанні функції при коротко- та середньостроковому термінах спостереження. Багатократні сеанси МанТ МТ є більш ефективними порівняно з TENS (1 дослідження дуже низької якості, n = 65) у зменшенні вираженості больового синдрому при короткочасному спостереженні;

г) у пацієнтів із гострим БШ багатократні сеанси МанТ МТ на рівні шії можуть бути більш ефективними порівняно з МанТ МТ на рівні грудної клітки (1 дослідження дуже низької якості, n = 20) у зменшенні вираженості больового синдрому та покращанні функції при коротко- та середньостроковому спостереженні.

**3. МанТ МТ на рівні грудної клітки порівняно з відсутністю лікування.** У 3 дослідженнях (n = 150) вивчали ефективність одного сеансу маніпуляції МТ безпосередньо після його завершення та при коротко- й середньостроковому спостереженні. При короткочасному спостереженні маніпуляція МТ, проведена на рівні грудної клітки, приводила до зменшення вираженості больового синдрому в осіб із гострим та підгострим БШ (5 випробувань середньої якості, n = 346 учасників): розмір ефекту (SMD) –1,26; 95% ДІ від –1,86 до –0,66, та покращення функції (4 дослідження помірної якості, n = 258): SMD –1,40; 95% ДІ від –2,24 до –0,55) у хворих із гострим та хронічним БШ. Подібні результати отримані й щодо позитивної динаміки показників болю, функції та якості життя в пацієнтів при середніх термінах спостереження (від 3 міс. до 1 року; одне дослідження низької якості, n = 111).

**4. МанТ МТ на рівні грудної клітки порівняно з іншими видами лікування.** Жодне проаналізоване експертами дослідження не виявило даних, придатних для формування певного висновку. У пацієнтів із хронічним БШ один сеанс МанТ МТ був зіставлений за своїм ефектом із сеансом МобТ МТ (1 дослідження, n = 100) у зменшенні вираженості больового синдрому в шії при оцінці безпосередньо після завершення маніпуляції.

**5. МобТ МТ порівняно з відсутністю лікування.** МобТ МТ як самостійне втручання (2 дослідження, низької та дуже низької якості, n = 57) не зменшує вираженість БШ більшою мірою, ніж відсутність лікування.

**6. МобТ МТ порівняно з іншими видами лікування:**

а) у пацієнтів із гострим та підгострим БШ передньо-задня МобТ МТ (1 дослідження дуже низької якості, n = 95) може бути більш ефективною в зменшенні вираженості больового синдрому в шії порівняно з іншими техніками МобТ МТ безпосередньо після завершення процедури (протягом одного дня);

б) у пацієнтів із хронічним БШ та дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба багатократні сеанси МТ щодо скронево-нижньощелепного суглоба (1 дослідження дуже низької якості, n = 38) можуть бути більш ефективними порівняно з МобТ МТ на рівні шії в зменшенні вираженості больового синдрому та покращанні функції безпосередньо після лікування (протягом одного дня) та за умов середньострокового спостереження;

в) у пацієнтів із підгострим та хронічним БШ використання МобТ МТ на рівні шії у вигляді монотерапії не відрізняється за ефективністю від ультразвукової терапії, TENS, ГРТ та масажу (4 дослідження від низької до дуже низької якості, n = 165) щодо динаміки больового синдрому, функції, якості життя та показників задоволеності хворих результатами лікування як при завершенні курсу лікування, так і в середньострокових термінах спостереження. Крім того, поєднання лазеротерапії з МТ може бути більш ефективним, ніж використання даних методів поодиноко (1 дослідження дуже низької якості, n = 56).

Підсумовуючи результати проведеного аналізу, автори зазначили, що в осіб із гострим та підгострим больовим синдромом у шії окрема маніпуляція МТ на рівні грудної клітки призводить до нетривалого зменшення вираженості больового синдрому, а в осіб із гострим та хронічним болем у подальшому покращуються функціональні можливості порівняно з показниками контролю. Вірогідних відмінностей ефективності різних технік МТ (МанТ МТ чи МобТ МТ) при оцінці в різні терміни спостереження (безпосередньо після процедур та при коротко- й середньостроковому спостереженні) не виявлено. У пацієнтів із гострим та підгострим больовим синдромом у шії курсове використання МанТ МТ на рівні шії призводить до більш вираженого зменшення больового синдрому та покращання функціональних можливостей, ніж при застосуванні деяких лікарських засобів (різні комбінації НПЗП, анальгетиків, опіоїдів та міорелаксантів) як після завершення курсу маніпуляцій, так і при середньо- та довгостроковому спостереженні. Проте слід зазначити, що використання даного методу потребує високого професіоналізму того, хто його використовує, оскільки невдало проведені маніпуляції на рівні шії можуть призводити до тяжких побічних ефектів (порушення кровотоку через травмування вертебральної артерії тощо).

Таким чином, проведений нами аналіз літературних джерел щодо ефективності й безпечності різних методів фізичної терапії в лікуванні хворих із БШ засвідчив, що, незважаючи на достатню кількість виконаних, зокрема рандомізованих, досліджень, на сьогодні докази її ефективності та безпечності підлягають сумнівам у зв'язку з низькою якістю більшості проведених досліджень, відсутністю їх осліплення тощо. Результати проведених досліджень значно відрізняються залежно від їх виконавців, періоду захворювання, категорії хворих тощо. Усе це доводить необхідність проведення високоякісних великих проспективних подвійних сліпих рандомізованих досліджень щодо ефективності й безпечності різних методів фізичної терапії в лікуванні хворих із БШ для розробки рекомендацій щодо їх використання.

**Конфлікт інтересів та фінансова підтримка.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та будь-якої фінансової підтримки при підготовці даної статті.

**Інформація про внесок кожного автора в підготовку статті:** Н.В. Григор'єва — концепція і дизайн роботи, написання тексту статті; В.В. Поворознюк — аналіз отриманого матеріалу, корекція тексту статті; С.В. Немерська — корекція тексту статті.

Список літератури знаходиться в редакції

# 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

Окончание. Начало в № 13, 14, 2020

## Искусство средневековой церкви

Весьма способствовали культивированию злой силы и многочисленные картины, которыми украшались церкви и на которых были изображены сцены ада, бесы и т.д. «В соборах статуи божеств и святых, пророков соседствуют с причудливыми фигурами людей, бесов, зверей, монстров» [7, с. 47]. Способствовало этому и постоянное запугивание людей злой силой, которая изображалась порой чуть ли не всесильной [28, с. 81].

## Астрология

Средневековье, как мы уже указывали, стало временем расцвета оккультизма и астрологии. «Практически все папы и итальянские князья позднего Возрождения имели при себе астрологов или в большей или меньшей степени верили в астрологию — например Сикст IV, Юлий II и Лев X, а также Павел III некоторое время спустя. Юлий II отложил свою коронацию на несколько недель, до 26 ноября 1503 г., так как астролог назвал именно этот день счастливым. Людовико Миланский ждал благоприятных небесных знамений, прежде чем предпринять что-либо серьезно» [31, т. 6, с. 391]. Практически при каждом дворе была официальная должность придворного астролога. А простой люд Средневековья вообще с ужасом внимал различным астрологическим предсказаниям. Средневековая церковь своим почтением и интересом к астрологии способствовала ее авторитету. При этом тех, кто занимался астрономией, государственная церковь всячески преследовала, и пример Г. Галилея тому ярчайшее подтверждение. Преследование астрономии и культ астрологии — очень яркая черта средневековой церкви, говорящая об очень многом.

## Средневековая церковная схоластика как «научная база» для магии

Контролируемые папством университеты являли собой рассадники магических и оккультных воззрений [28, с. 101-102].

В монастырских школах изучали и переписывали рецепты любовных напитков, формулы наговоров и средства для отыскания кладов [28, с. 101-102].

Вопросами изучения магии и темной силы весьма усердно занималась средневековая схоластика [28, с. 104-105], что придавало магии уже чуть ли не научный характер.

Обосновывала схоластика и роль темных сил в формировании заболеваний. Так, она учила, что «демонам никак нель-

зя отказывать в способности проникать в тело и нарушать его физическое благосостояние, а через посредство телесных органов расстраивать и психические функции» [28, с. 113]. Схоластика учила, что возможны интимные отношения женщин с демонами и что от этого союза могут родиться дети [28, с. 112].

Признавала схоластика и возможность полеты женщин-ведьм на шабашах [28, с. 117]. При этом один из ведущих схоластов средневекового папства Фома Аквинский, в отличие от ранних воззрений, уже учил, что простыми методами с демонами не справиться.

«Научная разработка вопроса о волшебстве в высшей школе успела принести свои плоды. Через монахов-проповедников, служивших посредниками между университетами и народной массой, «теория договора» человека с демоном стала знакома самым глухим местностям Европы и вызвала соответствующий прогресс в практике волшебства. «Продажа души черту» из области легенд теперь переходит в очень распространенную операцию. Мы знаем, как разросся образ сатаны к XIV веку — довольно вспомнить Данте или фрески на кладбище в Пизе, — и эта сила манила к себе всех, чье сердце снедалось отчаянием, злобой или страстью» [28, с. 131].

А таких обездоленных, несправедливо гонимых, грабительски обобранных феодалами людей в Средние века было более чем достаточно. Манила связь с неведомой и всесильной силой и амбициозные умы, и сердца, снедаемые завистью или вожаделением.

Таким образом, схоластика формировала «научное» обоснование магии и оккультизма, выводила в понимании людей их из руслу суеверий.

## Церковная средневековая проповедь и магия

Но основным методом популяризации темной силы в самых широких кругах населения служили проповеди францисканских и доминиканских монахов, ставших в XIII веке главным рупором папства. Само появление этих двух монашеских орденов в ту эпоху не было случайным, ибо как раз к этому времени благодаря движению вальденсов люди начинают читать Библию и видеть, как далеко от нее ушло учение папства. Авторитету папства наносило серьезнейший удар и разложившееся духовенство, ставшее в народе притчей во языцех. И потому, создавая эти два ордена, папство преследовало главную цель — восстановить свой пошатнувшийся авторитет, дискредитировать всех несогласных с его учением и утвердить в сознании народа незыблемость своих доктрин, в корне противоречащих учению Библии: о бессмертии души, о поклонении святым и деве Марии, о чистилище и возможности купить за деньги прощение грехов и даже вызволить души грешников из чистилища.

«В этих условиях традиционная проповедь оказывалась неэффективной. За ее обновление и взялись новые нищенствующие ордена» [7, с. 59].

Они разрабатывают принципиально новый метод проповеди, построенный на не сухом и монотонном преподнесении народу папских поучений, а на примерах из жизни, реальных людей, получивших непосредственный опыт, контакт со святыми, Христом, девой Марией или бесами. «Как раз теперь «пример» делается неотъемлемым и одним из центральных компонентов проповеди, несомненно, привлекавшим наибольшее внимание слушателей. «Проповедника называют колоколом Господа» [7, с. 59].

«Примеры» выражают изменившиеся религиозные установки: не пассивное восприятие таинств и присутствие при сакральном ритуале мессы, как в раннем Средневековье, но более непосредственное отношение к Богу, личная связь между ним и верующим. В самом деле, святые, Христос, святая Дева, ангелы являются, собственно, лишь индивидами, и между ними завязывается общение с глазу на глаз. У Богоматери существуют свои любимцы, которых она защищает от нечистой силы и за которых ходатайствует перед своим Сыном, более строгим и непреклонным Судией. «Пример» предполагает диалог между проповедником и верующим. Он предполагает диалог и между верующим и божеством [7, с. 59], направляемый, конечно, умелыми проповедниками.

Ведь «не следует упускать из виду, что проповедь нищенствующих монахов происходила в обстановке нарастания и все более широкого распространения ересей, которые отрицали кардинальные принципы католицизма, и прежде всего авторитет церкви. О том, насколько ересь тревожила церковь, свидетельствует и то, какое внимание уделено ей в примерах» [7, с. 59-60].

«Проповедники из новых орденов были опытными социальными манипуляторами. Поэтому их идеи об обществе сами по себе заслуживают всяческого внимания. Они ведь не просто рисуют его устройство — они стремятся активно на него воздействовать. А для этого нужно ясно представлять его себе и воспринимать идущие от него импульсы, учитывать новые тенденции. Проповедь была одним из главнейших и наиболее эффективных средств формирования общественного мнения. Она представляла собой одновременно и орудие воздействия на поведение людей, и свидетельство установок, складывавшихся в обществе, настроений определенной социальной среды» [7, с. 184].

«Францисканцы и доминиканцы меняют не только стиль проповеди, но они отныне сами идут к народу, а не ждут, пока люди придут к ним в церковь. Эти странствующие монахи проповедуют повсюду — в церкви и в замке, на кладбище и в поле, на площади и в монастыре, в любых местах, где

собирается народ» [7, с. 65]. «Монахи-проповедники были самым обыкновенным явлением на площади средневекового города. Взобравшись на камень или первое попавшееся возвышение, странствующий монах собирал вокруг себя большую толпу народа и начинал говорить. Говорил он и против евреев, и против роскоши, и против излишеств дамского костюма, порицал снисходительность судей и преступления ратманов. Все это говорилось в таком месте, где собиралось особенно много народа, как, например, на ярмарочной площади» [11, с. 30]. Снискав своим аскетичным видом и обличиями даже духовенства доверие народа, монахи начинали говорить уже собственно о том, для чего и был создан их орден, — об утверждении папских доктрин, небиблейскую сущность которых обличали вальденсы.

## Бессмертные души

Главнейшей из этих доктрин была доктрина о бессмертии души, которая будет играть одну из центральных ролей в формировании психических расстройств Средневековья. Монахи-проповедники учили, что «связь между людьми смертью не прерывается и умершие обладают способностью общаться с живыми. Мертвые сохраняют заинтересованность в мире живых, посещают его с тем, чтобы уладить свои земные дела или улучшить свое положение на том свете. Мир умерших воздействует на мир живых. Со своей стороны и мир живых способен оказывать решительное влияние на участь покойников. Наконец, в мире в определенных случаях оказываются люди, которые умерли лишь на краткое время и затем возвращаются к жизни. Временно скончавшиеся, живые или ожившие мертвецы, загробное существование которых не имеет ничего общего с вечным сном и покоем, обмен вестями и услугами между этим и тем светом — как видим, между обоими мирами происходит напряженное общение. Так предстают в «примерах» отношения между миром живых и миром мертвых. Некий священник в ночном видении побывал в местах наказания. Какая картина предстала его взору? Там царил великая суеда, бесы хлопотали и бегали с места на место: одни приводили души умерших, другие принимали их, третьи подвергали их пыткам. Стон и шум, вопли и плач раздавались со всех сторон. По свидетельству визионеров и выходцев из загробного мира, его отсеки, расположенные вне рая, характеризуются динамизмом и хаотичностью. Не пребывают в неподвижности и души тех, кто туда попал. У умерших сохранился прямой интерес к земным делам: имущественные и другие заботы не оставляют их и после смерти. Испытав на себе кары за грехи, они могут побуждать живых исповедаться и тем самым избежать загробных мук. Другие покойники продолжают тяжбы и ссоры, поглощавшие их во время земной жизни» [7, с. 75-76].

### Чистилище, ад и рай

Утверждая через этих проповедников доктрину о бессмертии души, папство через них же учило, что после смерти человек попадает или в ад, если он отъявленный грешник, или в рай, если он праведник, или в чистилище, если грехи относительно невелики и, чтобы человек мог попасть в рай, их надо очистить посредством временных мучений в чистилище, учение о котором окончательно сформировалось в XIII веке. Таким образом, согласно этому папскому учению, «распределение умерших по раю, аду и чистилищу происходит сразу после смерти. Но в таком случае Страшный суд делается как бы излишним» [7, с. 132].

И действительно, какой смысл приходить Христу во второй раз и судить людей, если каждый уже сразу после смерти получил по заслугам? Но этот вопрос не смущает средневековых теологов, наоборот, их очень устраивает, что библейское учение о Страшном суде, Втором пришествии Христа уходит из сознания людей. Теперь суд в понимании людей уже не в руках далекого и к тому же, как мы увидим ниже, жестокого Христа, а в руках церкви, которая, имея доступ к святым и деве Марии, может влиять на загробную участь человека, безусловно, если тот будет слушать церковь и щедро приносить пожертвования.

«На вере в то, что молитвы, мессы и приношения даров могут сократить срок пребывания душ в чистилище, строилась практика завещаний, которая начала распространяться как раз в изучаемый период и достигла полного развития в следующие века. Составители завещаний были озабочены тем, чтобы за их души были отслужены мессы, и в возможно большем числе. Со временем количество заупокойных месс, заказанных завещателями, стало достигать многих сотен и даже тысяч, причем максимум их надлежало отслужить сразу же после кончины и в первые месяцы пребывания в чистилище — стремились как можно скорее выволить из него душу. В отношении с загробным миром вносятся счет и расчет» [7, с. 144-145].

Папство разрабатывает учение, согласно которому, совершив определенные жертвования на церковь и заказав нужное количество месс, человек может обеспечить и своим родным выход из чистилища или сократить срок пребывания там.

Так, в одной из проповедей-примечаний монахов-францисканцев рассказывал следующую историю. «Кентский клирик возвратился из паломничества с запасом индульгенций, и отшельник, у которого он попросил напиться, сказал ему, что недавно умерла его служанка, так не согласится ли он уступить ей свои индульгенции? Клирик согласился, и той же ночью служанка дала знать, что индульгенции избавили ее от двадцати лет чистилища. Одно лицо может принять покаяние за грехи другого или передать совершенные им добрые дела на спасение души ближнего» [7, с. 90].

«Огромные доходы приносила папской казне торговля особыми грамотами об отпущении грехов, или индульгенциями. Убийца, разбойник, вор могли за деньги купить индульгенцию, т.е. получить религиозное прощение своего преступления. Была составлена такса стоимости отпущения грехов: за убийство отца — одна плата, за убийство жены — другая, за разврат — третья и т.д. Приведем небольшой отрывок из папских такс: «Отпущение для священника, который сошел браком родственников в не дозволенной степени родства и отправлял богослужение в их присутствии, — 7 грасс; отпущение для того, кто в церкви познал плотски жен-

щину и совершил другое непотребство, — 6 грасс; отпущение для того, кто плотски познал мать, сестру или другую кровную родственницу, или свойственницу, или крестную мать, — 5 грасс; отпущение для того, кто растлил девушку, — 6 грасс; отпущение за клятвенное преступление — 6 грасс. Вот какими способами римские папы добывали деньги, и так они именовали религии за деньги же прощали преступления. Таксы оплаты за отпущение грехов печатались в виде своеобразных преискурнтов: в них перечислялись всевозможные преступления и пороки и указывалась цена, за которую можно было получить отпущение грехов. Эти таксы служили руководством в практической деятельности папской канцелярии» [32, с. 49-50].



«Утверждая эту папскую доктрину о чистилище и параллельно зарабатывая на ней колоссальные деньги, монахи в своих проповедях не скупилась на описания ужасов чистилища. Так, один человек, желавший видеть чистилище, был отведен туда ангелом и среди прочих душ увидел одну, которая по горло горела в огне и, тем не менее, смеялась. Он спросил сопровождавшего его ангела о причине смеха страдальца. Этому человеку было обещано, что по истечении тридцати лет в его роду родится мальчик, который, как только отслужит первую мессу, освободит его от мук» [7, с. 145].

При этих ярких описаниях мучений людей после смерти папство нисколько не смущало явное противоречие в своих же собственных доктринах: если душа, как они учили, бестелесна и после смерти покидает тело, остающееся в земле, то как тогда в чистилище или в аду у людей жгут руки, ноги, вырывают язык, снимают кожу, откуда это все взялось у души? Более того, в целях воздействия на психику человека средневековая церковь отступает порой от своих же собственных доктрин о душах, попадающих в чистилище и ад и претерпевающих там мучения. «Каковы, по их мысли, эти муки? Ни у проповедника, ни тем более у его аудитории не возникало сомнения в том, что муки эти — физические. Они представляют собой пытки, которым подвергается душа или «тело» души. Но что же такое тело души? На сей счет вразумительного ответа нет. Когда черти набрасываются на еще живого грешника и начинают его всячески терзать, ясно, что пытки претерпевает его тело. Затем они увлекают душу в ад, бросив тело как вещественное доказательство того, что владелец отправился в геенну. Однако девица, которую после ее смерти бесы утащили в ад за то, что она поносила свою мать, воскликнула: «Проклята я и в теле, и в душе!» Встречаются и более поразительные истории. Явившись к могиле ростовщика, который цепко держал в руках свое золото и удавил человека, пытавшегося отнять его, дьявол возгласил: «Душами их я завладел, возьму и тела их», — и с этими словами забрал оба трупа вместе с их душами и отправил их в ад, бросив золото.

Рушится вся дихотомия тела и души! Точно так же, когда пьяница заложил незнакомцу свою душу за выпивку и тот забрал его в ад со словами «Кто купил коня, тому идет и уздечка», то имеется в виду намерение дьявола завладеть и душой, и телом грешника» [7, с. 166-167].

Так проповедники-монахи своими рассказами о муках людей внушали просто ужас своим слушателям, доводя их до депрессии, панических страхов и помешательства.

Приведем некоторые примеры из таких проповедей францисканцев и доминиканцев, в которых, в частности, рассказывается даже об умерших людях, побывавших в аду и потом вновь оживших. «Как выясняется из показаний визионеров и

возвращенцев с того света, душу, или ее оболочку, рвут щипцами, молотят молотами, бросают из огня в холод и из холода в огонь. Время от времени приходят известия о специальных муках, коим подвергаются отдельные грешники. Так случилось, например, с господином Теодорихом, богатым человеком, любителем широкой жизни и женщин. Спустя несколько дней после его кончины сторож церкви, покровителем которой был покойный, увидел во сне огромную колонну, высиживуюсь во дворе Теодориха. Она была утыкана острейшими лезвиями и достигала небес. Демоны таскали его душу вверх и вниз вдоль всей этой колонны, распевая песенку об оставленном богом и проклятом грешнике. Жуткое впечатление, какое должен был произвести этот рассказ на читателей и слушателей, вероятно, еще усугублялось тем, что автор прилагает к нему и ноты бесовской кантилены» [7, с. 167].

«Некий рыцарь, грешный человек, тем не менее не был лишен благочестия, и когда он по своему обыкновению прочитал молитву за усопших, то вдруг увидел высунувшиеся из земли бесчисленные руки, — они как бы выражали благодарность покойников. Рыцарь ошеломлен от ужаса, но был утешен новым видением: святая Мария с хором дев низошла с небес и вновь на них возвратилась... Священник отправляет на кладбище службу за упокой душ умерших, и из отверзшихся могил за святой водой протягиваются руки покойников... Когда другой священник служил на кладбище заупокойную мессу, то в ответ на его слова «Да возликуют святые во славе» раздался голоса покойников: «Да возрадуются в покоех своих». Мертвецы возглашают: «Аминь», услышав заключительную формулу мессы «Да почиют в мире»... Епископ осудил священника за то, что он часто служил мессы за усопших, и хотел сместить его с должности. Тот пожаловался покойникам, что страдает из-за них, и они в недовольстве поднялись из могил, внушив ужас епископу. Благодарность покойников за добрые дела может принимать вполне осязаемые формы. Души, избавленные от мук чистилища молитвами и мессами благочестивого князя, в виде вооруженных и конных рыцарей оказывают ему помощь в битве против врага» [7, с. 89].

### Жестокий Бог

Но кому же, по учению средневековой церкви, надо было молиться, чтобы быть хранимым на земле от нечистой силы и быть спасенным после смерти? Ответ вроде бы напрашивается сам — Богу. Но не так учила средневековая церковь. По ее воззрению «Бог — прежде всего Судия, которому ведомы все прегрешения и который «в конце времен» беспощадно и сполна покарает каждого» [7, с. 94].

Каким же Христос предстает в подавляющем большинстве примеров-проповедей того времени, в образе кого он является людям по рассказам средневековых монахов-проповедников? «Зримый облик Христа, в каком он предстает в видениях, — это, прежде всего, распятый, который нередко оживает для того, чтобы обратиться к верующему со словами предостережения, а то и с угрозами и даже прибегнуть к физическому насилию. Далее это младенец, сидящий на руках матери, преимущественно в сценах, в которых статуя Мадонны с маленьким сыном оживает и включается в ход действия. В виде младенца, обнаруживающегося в хлебе евхаристии телесно, он чаще всего рисуется в «примерах о злодеяниях иудеев, которые всеми средствами стараются завладеть гостией и причинить ей физические страдания: они режут ее ножом или колют иглой, и тогда из освещенной облатки слышен детский плач, она источает кровь, а нередко в ней показывается маленький Бог христиан, как иудеи называют Христа. Они якобы используют кровь христиан в ритуальных и медицинских целях. Издевательство над хлебом евхаристии служило главным оправданием еврейских погромов» [7, с. 161-162].

Кстати, большинство ужасных средневековых погромов провоцировалось именно монахами-проповедниками [11, с. 30] с подачи высших церковных иерархов. «Завершенную и агрессивную форму антисемитизма, если верить «примерам», приобретает на рубеже XIII и XIV веков. Теперь имеются в виду уже не индивидуальные отношения между представителями обеих религиозных общин, а массовая конфронтация. Достаточно прозвучать голосам, обвиняющим иудеев в поругании Бога и сакраментов, как появляются ослепленные ненавистью фанатичные вожаки, собираются толпы, готовые громить дома иноверцев и тащить их на костер. Религиозная нетерпимость, недоверие к людям, которые придерживаются собственной веры и обычаев и ведут образ жизни, достаточно обособленный для того, чтобы породить подозрения и опасения, что они представляют собой угрозу христианам, создают благоприятную почву для эксцессов и преследований. В силу вступают законы коллективной психологии, обнажаются и колоссально усиливаются массовые фобии. Человек, который еще вчера мирно жил бок о бок с иноверцем, превращается в частицу толпы, гремящей его дом и сжигающей его на костре.

Религиозная рознь превращается в фанатичную ненависть, дающую выход накопившейся напряженности» [7, с. 305].

Так, только в одном Вюрцбурге в ходе погрома было убито более 30 тысяч евреев [7, с. 307].

«Наконец, третий и, пожалуй, самый впечатляющий облик Христа — Судия. Он восседает на троне, окруженный всеми чинами ангельскими, патриархами, пророками, святыми, мучениками и праведниками. Перед его престолом разыгрываются сцены судебного процесса над душами умерших. «Примеры» обычно не сообщают, каков внешний вид Судии, но можно не со-

мневаться в том, что он соответствует канонам церковной иконографии. В тех редких случаях, когда в рассказе визионера проскальзывают указания на отдельные его черты, мы узнаем, что грешник в беспредельном страхе созерцает гневное божество. В других случаях проповедник ограничивается глупым указанием на то, что лик Христа ужасен» [7, с. 163].

#### Культ девы Марии

В противоположность жестокому Богу и Христу дева Мария рисуется средневековой церковью как главная надежда на прощение грехов человека и даже более того — в самом спасении человека Марии принадлежит ключевая роль [7, с. 160]!

«Верили, что лишь вмешательство пречистой Девы или святых способно помочь при неблагоприятном исходе взвешивания. Даже когда по праву грешник подлежит осуждению, безграничные доброта и любовь Богоматери могут выволить его из когтей дьявола. Мария вступает даже за великих грешников, если они поклонялись ей при жизни. Между Нею и бесами разгорелся спор из-за души развратного монаха. Бесы утверждали, что он принадлежит им, но пресвятая Дева, зная, что, даже отправляясь к женщине, с которой состоял в преступной связи, монах не преминул прочитать перед ее статуей «Ave Maria», заявила, что он — ее раб, и передала дело на решение своего Сына, который возвратил монаха к жизни, чтобы предоставить ему возможность покаяться» [7, с. 154].



Дева Мария с младенцем и ангелами.  
Мелиоре ди Якопо. 1270–1280

«Ее любовь и снисходительность неизъяснимы. Впрочем, если приглядеться к «примерам», в которых демонстрируется расположенность Марии к слабым и легко сбиваемым с пути истины людям, то можно увидеть причины такого ее милосердия. Вот лишь немногие из этих «примеров» — им нет числа. Повесили известного разбойника Эббо, но он не умер. Оказалось, что, когда он уже висел в петле, явилась дева Мария и на протяжении двух дней поддерживала его своими руками. Дева не позволила возвратившимся к виселице палачам и судьям перерезать ему горло, а те, узнав о ее помощи, отпустили Эббо, который сделался монахом. В чем причина милости, оказанной ему Богоматерью? Эббо очень почитал пресвятую Деву и, даже отправляясь на разбой, благочестиво приветствовал ее» [7, с. 159].

«Следующая история кажется еще более странной. Человек, долгое время грешивший с собственной сестрой, тяжело заболел и лежал день или более как бы мертвый — тело его было холодное, и лишь в груди едва теплился признак жизни. Между тем он был отправлен на тот свет, но, когда бесы уже хотели сбросить его в пропасть ада, явилась святая Дева, возвратившая его к

жизни. Все так и было, ведь он самолично поведал обо всем брату Николаю из Везенфорда, а тот в Дублине передал анонимно автору «примера». Брат Николай спросил его: «Почему наша Госпожа пожелала иметь попечение о грешнике, настолько вывалившемся в грязь?!» Никакой другой причины не было, кроме того, что они с сестрой постоянно из любви к святой Деве давали ей по две меры браги. Дело, разумеется, не в подношении, а в любви и преданности, которую грешники таким образом извлекли Богоматери» [7, с. 159].

Вот так представляла Марию средневековая церковь, которая, с одной стороны, поставила ее, а не Христа главным источником спасения; которая дискредитировала любящий характер Бога и которая низвела деву Марию до способности прощать людей только за то, что они при жизни просто обрядно поклонялись ей. Поклоняйся перед иконой и статуей, поставь в праздник свечку, делай подношение и не беспокойся о своей участи — такова была мораль средневековой церкви.

#### Поклонение статуям и иконам

С утверждением после долгого противостояния в церкви не отвечающего учению Библии поклонения иконам и статуям это учение со временем превратилось в настоящее идолопоклонство, которое всячески поддерживалось средневековой церковью. Через монахов-проповедников она окружала его всяческими суевериями, потрясающими и без того расшатанную психику средневекового человека.

«Изображение Богоматери не только сопричастно ей — оно буквально воплощает ее: Дева оживает в своих статуях и фресках, разговаривает, движется, спасает угодившего ей художника от падения, учит клирика новому гимну в ее честь. Религиозное мирозерцание предполагает символическую и мистическую связь между божеством и его изображением, но в той системе сознания, которая раскрывается перед нами в «примерах», как кажется, вообще стирается или отсутствует различие между Христом и Богоматерью, с одной стороны, и их статуями или портретами — с другой» [7, с. 165].

Проповедовали, что якобы были «статуи Богоматери, источавшей пот вследствие того, что она удерживала карающую десницу своего Сына, намеревавшегося покарать грешный мир, и изображений распятого Христа, которые подавали голос или источали кровь, когда распятие было повреждено. Вспоминается и рассказ о женщине, дочь которой унес волк и которая отняла у статуи Богоматери Сына, обещая возвратить младенца лишь в том случае, если она поможет ей получить назад своего ребенка, что и было выполнено. Читали мы и о статуе святой Девы, которая кланяется своему верному поклоннику. Скульптурное изображение Марии вполне способно нарушить свою неподвижность, посадить на алтарь младенца, которого она держала на руках, с тем чтобы преклонить перед ним колени и умолять его о снисхождении к какому-то опекаемому ею грешнику. Христос-младенец может соскочить с ее колен, подбежать к благочестивой монахине и заглянуть в читаемую ею книгу» [7, с. 165].

«Таким образом, то, что божество таится в своем художественном воплощении и способно себя в нем обнаруживать, притом самым активным и энергичным способом, нисколько не противоречит тому, что это изображение — творение рук слабого человека» [7, с. 165].

#### Осуждение образованности

В своих проповедях средневековые монахи осуждали образованность. Так, «некий ученик явился после смерти своему магистру по имени Селла. Выходец с того света был одет в пергаментный плащ, исписанный мелкими буквами. Он признался, что тяжесть букв чрезвычайно его гнетет, все равно как если б он нес на шее колокольню этой церкви — он указал на церковь Сен-Жермен, около которой явился магистру. Письмена эти суть софизмы и пустые вопросы, на обсуждение коих он тратил свои дни и пониманием коих гордился. «Я не могу выразить тебе, как мучает меня жжение под этим плащом, как если б то была стрела. Под влиянием этого происшествия магистр оставил школу логики и вступил в орден цистерцианцев, произнеся при этом стих: «Квакал я с лягушками, каркал с воронами, занимался суеютой суей; иду к той логике, коя не страшится смерти».

Сам Аристотель, явившись после смерти какому-то мирянину, признался, что на том свете различия по родам и видам не имеют никакого значения, ибо вся премудрость там исчезает. Знания многообразны и преходящи, за одним мнением тут же высказывается другое, и книга появляется за книгой — всего не узнаешь. Гонящийся за знаниями уподобляется тому мужику, который, уронив топор в воду, остановился на мосту, поджидая, когда в реке стечет вся вода. Эти занятия не только тщетны, но и чреватые опасностью. Существуют богословские истины, о которых не следует рассуждать, ибо дискуссии лишь запутывают, сбивают и грозят впадением в ересь, — эти истины нужно принимать без рассуждений» [7, с. 237, 239].

Осуждение средневековой церковью образованности было не случайным, ибо неграмотный, темный человек намного более подвержен суевериям, и им намного легче манипулировать. Поэтому не случайно образованные люди, начиная читать Библию, сразу отходили от учения государственной церкви [7, с. 240].

#### Представление о женщине

«Женщина в глазах проповедников — орудие дьявола, используемое в качестве средства совращения и погубления человека... Женщина — дьявол либо служка» [7, с. 241]. Более того, сам «человек, с точки зрения проповедника, по преимуществу мужчина» [7, с. 242]. «Среди многочисленных рассказов о женщинах лишь изредка встречаются такие, в которых они не выглядят моральными монстрами» [7, с. 250]. Средневековые проповедники, проповедуя аскетизм, даже не проводят разграничения между любовью и похотью [7, с. 286]. Более того, по воззрениям средневековой церкви, «чувства, испытываемые человеком к своим ближним, любовные, родительские, супружеские связи и сопряженные с ними материальные заботы подвергают его душу опасности. С этими связями проповедник не может не считаться, но не склонен ставить их высоко на шкале христианских ценностей. Его идеал — монашеская жизнь, а монах не имеет мирской родни, братьями он называет других монахов, его отец — Отец небесный, мать — Дева Мария. В «примерах» этот аспект — разрыв родственной близости между сыном-монахом и оставшимся в миру отцом — выражен с предельной ясностью. Для проповеди характерны весьма сдержанное отношение к семье, страх перед женщиной и сексом и пренебрежение к ребенку» [7, с. 290–291].

#### Спасение делами

Средневековая церковь, вопреки учению Библии, утверждающему, что человек спасается верой, разработало уче-

ние о спасении делами. Церковь учила, «что грехи имеют физический вес и что на Страшном суде злые и добрые дела возлагаются на чаши весов и подвергаются взвешиванию» [7, с. 169].

«Всякий грех «пишется в строку», на каждого на том свете заведено своего рода досье, и на суде эти перечни заслуг и преступлений будут предъявлены. Реестр грехов притаскивают бесы, обычно это — тяжелый том или свиток внушительного вида. Список добрых дел, как правило, уступающий объемом списку грехов, предъявляют ангелы. Обе записи кладут на чаши весов. Для большинства умерших эта процедура в высшей степени опасна, и взвешивание обнаруживает виновность грешника» [7, с. 153].

И в этом страхе монахи направляют людей к церкви, которая только якобы и может спасти их. «Озабоченность участью души в потустороннем мире не оставляет верующего даже после его кончины. Человек умер, положен на погребальные носилки — и внезапно вскакивает с них. Все, кто собрался на его отпевание, в ужасе разбегаются, но мертвец догоняет капеллана и обращается к нему с просьбой: у него есть хороший баран, так пусть священник возьмет его себе и помолится за упокой его души. Изложив свою просьбу, покойник возвращается на ложе и вновь умирает. Страх перед загробной погубелью переселил в нем самое смерть, и он успел заручиться помощью представителя церкви» [7, с. 96].

#### Церковная магия

Процветала в Средние века и откровенно церковная магия. «Вера прихожан в силу церковных ритуалов и предметов выражалась в поступках, которые свидетельствуют о том, что сакрамент понимался ими как своеобразное магическое средство. Поэтому было вполне логично — в контексте логики этих христиан — что и акт отлучения мог быть применен не только к человеку, но и к неразумным тварям и к неодушевленным предметам. Мухи, тучами летавшие в церкви, не давали возможности спокойно отправлять службу, и тогда Бернар Клервоский отлучил их, и на другой день все мухи сошли. Если б подобные действия произвел какой-нибудь мирянин, они были бы сочтены нечестивым колдовством. Допустимая церковью магия — это ритуалы, совершаемые ее служителями. Бернар — отнюдь не представитель народной культуры и религиозности, но его поступок, как и подобные действия других святых, находится в пределах сферы взаимодействия официальной церковности и народных традиций. Святые и епископы отлучают блох, вызвавших поварные болезни, змей, рыб, птиц, хлеб, попавший в руки еретика, сады, леса, замки, и все эти отлучения оказываются вполне эффективными: эпидемия прекращается, сад перестает плодоносить, рыба исчезает, лес засыхает, замок запустевает. Отлученные воробы не смеют залетать в церковь, где они гадили, но летают вокруг нее» [7, с. 179].

#### Целенаправленное сеяние страха в людях

«Прежде всего, мысль о смерти и следующей за нею расплате не должна оставлять человека» [7, с. 95]. Недаром ведущие ученые именуют порой христианство в средневековой Западной Европе «религией мертвых» [7, с. 75]. «В конце Средних веков одержимость мыслью о смерти и тем, что за нею последует, еще более возросла» [7, с. 146]. Все внимание должно быть сконцентрировано на страхе перед смертью и дальнейшей участи души. «Некоего государя спросили о причине печали, которую он испытывает всякий раз, как

вершит суд. Он объяснил, что им владеют страхи: страх собственных грехов, страх смерти, которая может наступить в любой день, страх перед судом и страх геенны и нескончаемых мук» [7, с. 95].

«По оценке францисканца Бертольда Регенбургского, знаменитого немецкого проповедника середины XIII века, отношение осужденных на ад к спасенным равно 100 000 : 1. Вот проповедь страха и устрашения! Этому страху были равно подвержены и образованные, и неграмотные. Один парижский теолог, упомянутый Этьеном де Бурбон, падал в обморок всякий раз, когда слышал в проповеди или читал о Страшном суде: ему чудилось, что его немедля на него вызывают» [7, с. 99–100].

Поэтому немудрено, что многие «люди под влиянием этих проповедей до такой степени отчаивались в возможности спастись, что шли на самоубийства. Страх быть проклятым приводил к тому, что человек, раздав свое имущество, спешил сделаться монахом, уходил в крестовый поход или в паломничество, подвергал себя изнурительным постам и бдениям и делался жертвой горячечных фантазий и видений» [7, с. 69].

## ИНКВИЗИЦИЯ

Огромный вклад наравне со схоластикой в разработку учения о ведьмах и придание ему веса в глазах людей, «научного» обоснования сделала инквизиция. Средневековая церковь осуществляла свой тотальный контроль за всей жизнедеятельностью человека с помощью созданного ею в 1215 году (хотя фактически его корни уходят к V веку) института инквизиции (в пер. с лат. — «расследование, розыск»), который на протяжении столетий (институт инквизиции существовал аж (!) до 1908 года, когда папа Пий X переименовал его в Священную конгрегацию Священной канцелярии, а в 1967 году она была переименована в Священную конгрегацию веры, но заметим, что отменена она так и не была и существует, пусть и под другим именем, и по сей день) держал в ужасе западно-европейские города, став одной из причин массовых умопомешательств людей, с одной стороны, не выдерживающих жизнь в состоянии постоянного страха за себя и своих близких, с другой — публично совершающихся перед их лицом жестокостей, творимых инквизиторами. Главной задачей инквизиции была борьба с ересью (Верхратский. Вказ. тв., с. 64). «Инквизиция должна была вырвать из Европы жало ереси» [32, с. 27]. «Кульминацией мер по подавлению и уничтожению ересей стала организованная система, называемая инквизицией. История ее деяний содержит, вероятно, самые отвратительные сцены из анналов цивилизованной Европы. Представители церкви, решавшие судьбу человека в этом мире, во имя религии пытали бесчисленных беспомощных жертв, еретиков и так называемых ведьм и выносили приговор, который, как они знали, вел к пожизненному заключению или к смерти на костре. Конечно, некоторое оправдание бесчувственно хладнокровного отношения к судьбе еретика мы находим, вспоминая о безжалостных наказаниях, которым гражданские суды средних веков подвергали гражданских преступников... Однако поразителен тот факт, что христианские власти, которые должны были являть миру Христа, заменили Его милосердие безмерной жестокостью» [31, т. 5, с. 315].

«Инквизиция угрожала беспощадной расправой всем недовольным существующим порядком, любому осмелившемуся кри-

тировать распушенность, продажность и алчность духовенства, всякому, кто высказывал сомнение по поводу истинности церковных догм» [6, с. 99].

«Верховным главой инквизиции являлся папа римский. Именно ему — наместнику Бога на земле — служила и подчинялась эта машина, созданная церковью и существовавшая с ее благословения» [6, с. 102]. Инквизиторы зависели непосредственно от папства, и, обращаясь к инквизитору, папа римский называл его «сын мой» [6, с. 106]. «Инквизиция была исключительно папским институтом, продуманным во всех подробностях папами XIII века, начиная с Иннокентия III» [31, т. 5, с. 316].

Ведущий богослов средневековой государственной церкви Фома Аквинский о наказании еретиков прямо пишет, что «они заслуживают не только отлучения от Церкви, но и разлучения с миром через предание смерти. В самом деле, извращение оживляющей душу веры является более тяжким преступлением, чем чеканка фальшивых денег ради поддержания временной жизни. Поэтому, коль скоро фальшивомонетчики и другие злодеи незамедлительно осуждаются светской властью на смерть, то тем более еретики по осуждению их ереси должны быть не только отлучены, но и преданы смерти» [30, часть II—II, вопрос 11, с. 149]. Примечательно, что если еретик отпадает второй раз, то, даже несмотря на свое покаяние, он однозначно должен быть предан смерти! Так, если бывшие еретики «будучи раз уже приняты, отпадают снова, то это, похоже, являет их неустойчивость в вере, и потому по возвращении они вновь допускаются к покаянию, но не освобождаются от наказания смертью» [30, часть II—II, вопрос 11, с. 151–152].

Христианская церковь прощает только один раз, четко провозглашает Фома Аквинский, и его слова звучали в течение столетий не просто угрозой всякому, кто просто начинал самостоятельно думать, а находили свое постоянное воплощение в аутодафе. Причем глубокое исследование Библии практически всегда шло параллельно с занятиями наукой, и наоборот, научные занятия приводили людей к более глубокому познанию Библии, а не тем суевериям, которые исповедовала государственная церковь Средневековья. Поэтому инквизиция и обрушивалась в равной мере на Евангелие и науку.

Фома Аквинский не менее прямо пишет: «Если бы даже все еретики были искоренены через предание их смерти, то и это не противоречило бы распоряжению Господа, которое должно понимать, как сказанное относительно того случая, когда нельзя выбрать плевелы без того, чтобы не выдергать вместе с ними пшеницы» [30, часть II—II, вопрос 11, с. 150]. Поэтому, даже если с еретиками пострадает случайно и невинный, это не страшно, ибо, выдерживая плевелы, церковь может случайно вырвать с ними и пшеницу. Папа Григорий девятый прямо писал, что «мы обязаны выбрасывать камни преткновения из царства Бога» [4, с. 73].

По мере роста папского могущества, а с другой стороны — по мере роста недовольства людей деспотизмом папской власти, скрывающей от людей Библию, и с появлением вальденцев, стремящихся познакомить людей с тем, чему учит Библия, а не государственная церковь, папство основывает институт инквизиции, который был призван не только карать, но, самое главное, своевременно выявлять всех еретиков [28, с. 121]. Недаром вскоре папство

и инквизиция будут обвинять вальденцев в колдовстве [28, с. 140].

При этом «в случае, если объяснения подозреваемого в глазах судьи оказывались недостаточными, он для раскрытия всей истины прибегал к принудительным мерам. Такими легальными принудительными мерами, чтобы сломить сопротивление подсудимых и нежелание назвать сообщников, служили тюремное заключение в тяжелых цепях, изнурение человека путем голода, жажды и бессонницы и, наконец, пытка в собственном смысле слова. При этом следует заметить, что в ту эпоху, когда вводилась инквизиция (XII—XIII вв.), другие европейские суды еще не знали пытки как законного следственного приема» [28, с. 123]. При этом многие здравомыслящие люди того времени высказывались против этого поиска ведьм и диких варварских методов обращения с ними, поэтому монашескому ордену доминиканцев, заведовавшему инквизицией, потребовалось еще определенное время, чтобы «научно» ответить всем врагам инквизиторских трибуналов. В 1484 году римский папа Иннокентий VIII публикует буллу, в которой именем апостольского престола приказывает всем не чинить никаких препятствий посланным им инквизиторам, которые имеют право привлекать к суду всякого человека вне зависимости от его положения. И заявляет, что инквизиторы вправе принимать все меры, которые почтут целесообразными [28, с. 143].

«Таково историческое значение той буллы, во имя которой в течение свыше двух столетий сжигали, мучили, терзали и уничтожали суеверных, больных, жалких и невежественных людей. Булла эта была поворотным пунктом в деятельности инквизиции» [32, с. 50].

«Всякая тень истинного евангельского учения исчезла теперь из религии правоверных католиков. Религиозные верования их приняли самые грубые формы идолопоклонства, учение о любви к ближнему превратилось в проповедь жестоких преследований своих ближних во имя этого же учения» [4, с. 72]. При этом «принимались наказания и малолетних детей, которые тоже, в свою очередь, могли быть обвинены в ереси. К ответственности могли привлечь беременную женщину, глубокую старуху, подвергать их пыткам, так же как и детей» [6, с. 112]. При этом, в частности, папа Григорий IX с гордостью вспоминал, что в подобных случаях родители выдавали своих детей, дети — своих родителей, мужья — жен, жены — мужей. Порой и сами папы собственноручно участвовали в пытках [29, с. 238].

Во всех городах Европы либо устраивались постоянно действующие инквизиторские трибуналы, либо инквизиторы появлялись наездом, совершая пасторский объезд вверенных земель, повергая в состояние панического страха все население данной территории. При инквизиторских трибуналах были специальные врачи-инквизиторы, являвшиеся помощниками палачей. Целью этих врачей было следующее: разработка и наблюдение за пыткой, чтобы подсудимый ее выдержал и не умер не вовремя; обеспечение прорезания его жизни до суда; залечивание ран, нанесенных пытками, чтобы «еретика» можно было невредимым, по крайней мере внешне, возвести на костер [25, с. 124–155].

Неудивительно, что подобные деяния, творимые регулярно государственной церковью в средневековых городах, приводили к массовому появлению необычных нервно-психических расстройств.

## ГУМАНИЗМ И ВОЗРОЖДЕНИЕ

И еще одно движение сыграло видную роль в формировании психических эпидемий Средневековья — движение гуманизма, эпоха Возрождения. Несмотря на свою неоднородность и отдельные исключения, общим для Возрождения было возрождение интереса к языческой, в первую очередь античной, философии, религии, культуре, обрядам, воззрениям, неотъемлемой частью которых была и магическая составляющая. Кстати, гуманистов весьма активно поддерживали римские папы, всячески покровительствуя большинству из них. «Гуманизм на место изучения Св. Писания поставил изучение древней литературы. И католический ученый демонизм своими корнями уходил в античную философию эпохи падения империи. Гуманисты (значительная их часть. — Прим. А.О.) черпали из того же первоисточника, что и Шпренгер с Инститориом. Их суеверие было особенно опасно потому, что оно подновляло и оживляло богатый его запас, сохраненный церковью» [28, с. 179].



Поэтому «охота на ведьм» появилась не в период мрачного и темного Средневековья, «когда народная вера в ведьм и их способность околдовывать людей вплоть до XII—XIII вв. считалась «ложным суеверием» [1, с. 51], а к началу XV века, когда «первые костры, зажженные для кары «чертовых жен», бросили свой кровавый отблеск на небо, на котором занималась уже заря Возрождения, и классическим периодом организованных судебных убийств, именованных «процессами ведьм», являются века, которые в истории законно характеризуются по таким их чертам, как гуманизм» [28, с. 6]. Именно «XV и XVI века особенно страдали этим ужасным недугом» [23, с. 13]. При этом «задержанный в своем развитии Восток Европы оставался свободен от этих ужасов» [28, с. 7].

Примечательно, что этот особый расцвет колдовства и суеверия начался в Европе прямо накануне Великой Реформации как своеобразная альтернатива ей, как отчаянная попытка воспрепятствовать этому великому очищению средневековой церкви, общества и людей от языческих и оккультных пут и суеверий.

Список литературы находится в редакции

## КАК ВЛИЯЕТ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА ИСХОДЫ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Известно, что гипергликемия, даже в отсутствие сахарного диабета, значительно ухудшает прогноз у пациентов с COVID-19. Повышенный уровень глюкозы связан с внутригоспитальными осложнениями, включая необходимость ИВЛ, ОРПТ и смерть.

Кроме того, ранее (еще до коронавируса) было показано, что стрессиндуцированная гипергликемия, возникающая у части пациентов без диабета в анамнезе при поступлении по поводу острого заболевания, травмы или операции, является худшим, чем диабет, прогностическим фактором для плохого исхода и смертности. А также у пациентов с SARS гипергликемия при поступлении была независимым предиктором летального исхода.

Поэтому исследователи предположили, что гипергликемия при поступлении у пациентов, госпитализируемых с COVID-19, может быть маркером плохого прогноза независимо от диабета, и решили это проверить и определить влияние гликемии при поступлении на исход заболевания.

За последние месяцы были опубликованы две очень интересные и актуальные статьи на эту тему (может, их было больше, но нам попались две).

В конце ноября в журнале *Annals of Medicine* была опубликована статья «Гипергликемия при поступлении как прогностический фактор смертности у пациентов, госпитализированных с COVID-19, независимо от наличия диабета: данные испанского регистра SEMI-COVID-19». Авторы решили оценить взаимосвязь между уровнем глюкозы при поступлении и внутрибольничной смертностью у пациентов, госпитализированных в некритическом состоянии.

Это было ретроспективное многоцентровое (109 клиник) исследование, включившее более 11 000 пациентов из ковидного регистра Испании. Пациентов разделили на три группы согласно гликемии при поступлении: менее 140 мг/дл (7,8 ммоль/л), 140–180 мг/дл (7,8–10,0 ммоль/л) и более 180 мг/дл (10,0 ммоль/л). Первичной конечной точкой была внутрибольничная смертность от всех причин.

Только у 2128 (18,9 %) участников был диабет. 2289 (20,4 %) пациентов умерли в больнице.

Смертность составляла:

- 15,7 % в группе с глюкозой при поступлении менее 140 мг/дл (7,8 ммоль/л);
- 33,7 % в группе с 140–180 мг/дл (7,8–10 ммоль/л);
- 41,1 % в группе с более 180 мг/дл (10,0 ммоль/л).

Суммарная вероятность смертельного исхода была значимо выше у пациентов с гипергликемией по сравнению с пациентами с нормогликемией независимо от предшествующего диабета. Гипергликемия после коррекции по возрасту, диабету, гипертензии и другим факторам была независимым фактором риска смертельного исхода.

Но исследование является ретроспективным наблюдательным, проведено во время вспышки, и, возможно, есть много неучтенных искажающих факторов; кроме того, не измерялся гликированный гемоглобин — может, у кого-то из пациентов был недиагностированный диабет, а не стрессовая гипергликемия, отмечают авторы.

Гипергликемия была независимым прогностическим фактором прогрессирования до критического состояния и смертельного исхода независимо от диабета в анамнезе. То есть результаты этого исследования предполагают, что повышенный уровень глюкозы может играть решающую роль в тяжести заболевания на ранних стадиях, пишут авторы.

Еще одна статья была опубликована в октябрьском номере журнала *Diabetes Care* Американской диабетической ассоциации.

Целью исследования было выяснить влияние гипергликемии при поступлении на исходы у госпитализированных по поводу COVID-19 пациентов. Это исследование было небольшим и включало 271 пациента. Их поделили на 3 группы: 1) уровень глюкозы менее 7,78 ммоль/л — 149 человек, 2) с известным сахарным диабетом — 56 человек, медиана гликемии 9,18 ммоль/л (7,67–12,71), 3) без диабета и с уровнем

глюкозы более 7,78 ммоль/л — 66 человек, медиана 8,57 ммоль/л (8,18–10,47).

Результаты исследования также продемонстрировали, что гипергликемия — независимый фактор, связанный с тяжелым прогнозом у госпитализированных с COVID-19 пациентов. Трудно сказать, пишут авторы, был ли у пациентов с гипергликемией недиагностированный или впервые возникший диабет, однако уровень гликированного гемоглобина у них был ниже, чем у пациентов с диабетом, что говорит в пользу недавнего развития гипергликемии.

Согласно данным исследования, гипергликемия при поступлении — плохой прогностический параметр, требующий тщательной оценки и грамотного лечения. У пациентов из группы гипергликемии были хуже лабораторные показатели и частота смертельных исходов в два раза выше, чем в группе нормогликемии, и на 30 % выше, чем в группе лиц с сахарным диабетом.

В этом исследовании после коррекции по разным факторам гипергликемия, но не сахарный диабет оставалась независимым фактором риска смертельного исхода.

### МЕХАНИЗМЫ

Важно понять, играет ли повышенный уровень глюкозы роль в патофизиологии или он просто является фактором, сопровождающим воспаление.

У пациентов с инфекцией SARS-CoV-2 могут быть разные механизмы развития гипергликемии. Во-первых, возможно непосредственное повреждение поджелудочной железы вирусом, во-вторых, воспаление может приводить к инсулинорезистентности. Оба механизма могут привести к гипергликемии на ранних стадиях заболевания. Гипергликемия регулирует экспрессию ACE2 и индуцирует гликозилирование ACE2, что приводит к усилению инвазии клеток вирусом. В статьях значительно подробнее рассмотрены возможные механизмы (здесь мы останавливаться уже не будем, кому интересно, читайте в первоисточниках (ссылки в тексте и в конце)).

Необходимы дальнейшие исследования биохимии и патофизиологии процессов.

### ЧТО ДЕЛАТЬ?

В нескольких обсервационных исследованиях была проанализирована взаимосвязь между контролем гликемии и клиническими исходами у пациентов, госпитализированных по поводу COVID-19, как с диабетом, так и без него. Во всех из них была показана корреляция между неконтролируемой гипергликемией и плохим прогнозом и очень высокой смертностью, напоминают испанские исследователи.

В одном из китайских исследований были показаны не только худшие исходы у пациентов с диабетом, но и худшие исходы у лиц с плохо контролируемым диабетом по сравнению с хорошо контролируемым.

Очень важно мониторить уровень глюкозы и обеспечивать адекватную доставку кислорода у пациентов, которых оставили лечиться дома на ранних стадиях заболевания, чтобы не допустить клинического ухудшения, подчеркивают испанские авторы.

Зачастую небольшому повышению уровня глюкозы у пациента без диабета не придают особого значения при поступлении в больницу. Диабетикам сразу назначают контроль сахара во время госпитализации, тогда как у пациентов без диабета значения менее 180 мг/дл (10,0 ммоль/л) обычно упускают из виду, отмечают исследователи, так что нет достаточного наблюдения за пациентами в течение госпитализации. А недостаточный контроль, по мнению и испанских, и итальянских авторов, может быть одной из причин того, что исходы у этих пациентов были хуже.

Авторы едины во мнении о необходимости тщательного контроля гликемии. И если в начале пандемии, возможно, порой было не до глюкозы, то теперь, когда появилось больше знаний и опыта, следует очень тщательно подходить к этому аспекту ведения коронавирусных пациентов, заключают они.

[www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07853890.2020.1836566](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07853890.2020.1836566);

[www.care.diabetesjournals.org/content/43/10/2345](http://www.care.diabetesjournals.org/content/43/10/2345);

[www.medscape.com/viewarticle/941716#vp\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/941716#vp_1) ■

## КОРОНАВИРУС: УЧЕНЫЕ ВЫЯВИЛИ ГЕНЫ, ОТ КОТОРЫХ ЗАВИСИТ ТЯЖЕСТЬ БОЛЕЗНИ

Одна из главных загадок пандемии коронавируса заключается в том, что одни люди переносят заболевание практически без симптомов, а другие оказываются в реанимации. Опубликованные в журнале *Nature* результаты обследования более чем 2 тыс. пациентов реанимационных отделений показали, что у всех них присутствуют гены, которые могут усугублять симптомы COVID-19. Это, в свою очередь, может пролить свет на то, где именно происходит сбой в иммунной системе, и помочь подобрать новые методы лечения.

А в таком лечении, как полагает консультант Королевской больницы Эдинбурга профессор Кеннет Бейли, возглавлявший геномный проект (GenOMICC project), необходимость не отпадет даже по мере того, как будут создаваться новые вакцины.

«Вакцины должны резко снизить заболеваемость, однако, скорее всего, врачи во всем мире еще много лет будут лечить больных в отделениях реанимации, так что нужно срочно изыскивать новые методы лечения», — убежден профессор Бейли.

### АГРЕССИВНЫЕ КЛЕТКИ

В ходе исследования ученые изучили ДНК пациентов почти 200 отделений реанимации британских больниц, попавших туда с диагнозом «коронавирус». Затем геномы этих людей сравнили с геномами здоровых лиц с целью выявить возможные различия и нашли несколько. Первым из них оказался ген TUK2.

«Этот ген является частью системы, которая делает ваши иммунные клетки более агрессивными», — объясняет профессор Бейли.

Но если у этого гена имеется дефект, иммунная система может перегреться, и тогда у пациента может начаться сильное воспаление, опасное для легких.

Для сдерживания таких процессов (к примеру, ревматоидного артрита) применяются противовоспалительные лекарства, однако смогут ли они помочь в случае с коронавирусом, можно будет выяснить в ходе масштабных клинических испытаний.

### СЛИШКОМ МАЛО ИНТЕРФЕРОНА?

Генетические отличия были также обнаружены в гене DPP9, который играет важную роль при воспалениях, и в гене OAS, препятствующую репликации вируса.

У пациентов отделений реанимации были выявлены и вариации гена IFNAR2, который связан с выработкой интер-

ферона — мощной противовирусной молекулы, которая запускает иммунную систему при первом признаке инфекции.

Считается, что если организм вырабатывает слишком мало интерферона, это дает вирусу преимущество, он успевает быстро размножиться, и это усиливает болезнь.

Интерферон можно прописывать в качестве лечения, однако ВОЗ по результатам клинических испытаний пришла к выводу, что он не помогает больным коронавирусом в особо тяжелой форме.

Тем не менее, как утверждает профессор Университета Рокфеллера в Нью-Йорке Жан-Лоран Казанова, изучавший влияние интерферона, важную роль играет время начала его приема.

«Думаю, если начать принимать его в первые 1–2–3–4 дня с момента заболевания, интерферон будет работать, потому что он даст организму молекулы, которые пациент не в состоянии сам производить», — говорит профессор Казанова.

### КОГДА ВСЕ СТАНОВИТСЯ ПЛОХО

По словам генетика из Имперского колледжа Лондона доктора Ванессы Санчо-Шимицу, новые открытия в области генетики позволили детально изучить биологиче-

ские механизмы заболевания. «Это хороший пример сверхточной медицины, когда мы можем определить сам момент, в который что-то в организме пошло не так», — рассказала она в интервью Би-би-си. — Результаты этих генетических исследований помогут нам выявить пути дальнейшего терапевтического вмешательства».

При этом геном не спешит открывать все свои тайны. Геномный проект и ряд других исследований уже выявили генные кластеры на хромосоме-3, тесно связанные с тяжелыми симптомами заболевания, однако биологическая подоплека этих процессов пока не выяснена. Поэтому генетики намерены расширить круг пациентов, вовлеченных в исследования.

«Нам интересны все пациенты, но особенно хотелось бы видеть представителей этнических меньшинств, которых непропорционально много среди тяжелобольных», — говорит профессор Бейли. — К тому же срочно требуется найти новые методы лечения этого заболевания, и нам необходимо сделать правильный выбор, что испытывать в первую очередь, потому что у нас нет времени на ошибки».

[www.bbc.com/russian/news-55280917?fbclid=IwAR1NTcqTThriPkZ2FWb9NjwhHYzqv004hiRdWP\\_ICiYmHa8GhrYn6Is\\_Pcl](http://www.bbc.com/russian/news-55280917?fbclid=IwAR1NTcqTThriPkZ2FWb9NjwhHYzqv004hiRdWP_ICiYmHa8GhrYn6Is_Pcl) ■



**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



**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  
 Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 23005-12845ПР.  
 Видано Міністерством юстиції України 11.12.2017.



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\_ilijna@ukr.net

Видавець **Заславський О.Ю.**  
 Адреса для кореспонденції: а/с 74, м. Київ, 04107  
 Свідцтво суб'єкта видавничої діяльності  
 ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: **ТОВ «Ландпрес»**  
 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.Е.**  
 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
- НАЙШТЕТИК 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
- ФЕЄСЬКОВ 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 • № 15, 16 (742, 743) • 2020

# МЕДИЦИНА ТА ФАРМАЦІЯ



№ 15, 16 (742, 743) • 2020

**ЗМІСТ**

Проект наказу МОЗ України «Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу»

1

## ПРОЄКТ НАКАЗУ МОЗ УКРАЇНИ «ПРО ЗАТВЕРДЖЕННЯ ЗМІН ДО ПОРЯДКУ ВИБОРУ ЛІКАРЯ, ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ»

24 ЛИСТОПАДА 2020 РОКУ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

м. КИЇВ

від \_\_\_\_\_ 2020 року № \_\_\_\_\_

### Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу

Відповідно до частини четвертої статті 35-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», частин другої — четвертої статті 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», пункту 40 Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою уточнення механізму подання декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу з урахуванням необхідності вжиття заходів, спрямованих на протидію поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2,

**НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Зміни до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом

Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799, що додаються.

2. Директорату розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я (М. Карчевич) забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

3. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

*Заступник Міністра Ірина МИКИЧАК*

*Пропозиції та зауваження щодо проекту акта просимо надіслати протягом 15 днів з дати публікації на адресу МОЗ України у письмовому або електронному вигляді у формі порівняльної таблиці, що додається, за адресою: вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Директорат розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я, телефон: (044) 253-33-31, (e-mail: karchevych@moz.gov.ua).* ■

лінія згину

**ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ  
ДО ПРОЄКТУ НАКАЗУ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
«ПРО ЗАТВЕРДЖЕННЯ ЗМІН ДО ПОРЯДКУ ВИБОРУ ЛІКАРЯ,  
ЯКИЙ НАДАЄ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ»**

Зміст положення акта законодавства	Зміст відповідного положення проєкту акта	Пояснення змін
<b>Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799III</b>		
<p><b>III. Заповнення та подання Декларації</b> ***</p> <p>2. У разі подання пацієнтом (його законним представником) Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я пацієнт (його законний представник) має накласти на неї електронний підпис автора або підпис, прирівняний до власноручного підпису відповідно до закону. У такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання Декларації в паперовій формі. ***</p> <p><b>підпункт відсутній</b></p>	<p><b>III. Заповнення та подання Декларації</b> ***</p> <p>2. <b>Подання пацієнтом (його законним представником) Декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я здійснюється після електронної ідентифікації та автентифікації користувачів, з використанням інтегрованої системи електронної ідентифікації.</b> У такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання Декларації в паперовій формі. ***</p> <p>4. <b>На період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, забезпечення можливості електронної ідентифікації та автентифікації пацієнта з використанням інтегрованої системи електронної ідентифікації або кваліфікованого електронного підпису. Введення тимчасового заходу на період дії обмежувальних карантинних заходів, який вирішить питання підписання пацієнтами декларацій без відвідання закладів охорони та протягом 30 днів з дня його відміни, пацієнт (його законний представник) має право подати Декларацію шляхом звернення до уповноваженої особи надавача ПМД через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) без необхідності відвідування надавача ПМД. Пацієнт (його законний представник) в разі подання Декларації через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) надсилає фотокопію документів, що зазначені в підпункті 2 пункту 3 розділу III цього Порядку, уповноваженій особі надавача ПМД засобами телекомунікаційного зв'язку з подальшим зобов'язанням підписати Декларацію в паперовій формі при відвідуванні надавача ПМД (під час першого візиту до лікаря).</b></p>	<p>Забезпечення можливості електронної ідентифікації та автентифікації пацієнта з використанням інтегрованої системи електронної ідентифікації або кваліфікованого електронного підпису. Введення тимчасового заходу на період дії обмежувальних карантинних заходів, який вирішить питання підписання пацієнтами декларацій без відвідання закладів охорони здоров'я в разі відсутності технічних можливостей подачі декларації через електронну систему охорони здоров'я</p>

2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей  
Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1	Відсутні	Додаткові витрати на паперову документацію, додаткове навантаження щодо обробки паперових носіїв інформації, додаткові витрати щодо зберігання такої документації в архівах
Альтернатива 2	Забезпечення єдиного інформаційного простору медичної інформації; забезпечення прозорості інформації в сфері охорони здоров'я; забезпечення швидкого та достовірного обміну визначених даних про пацієнтів в електронному вигляді; підвищення ефективності протиепідемічних заходів для протидії поширенню на території України COVID-19; прискорення реалізації медичної реформи	Фінансування здійснюватиметься з державного та місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються у цих бюджетах на відповідний рік, інших джерел, не заборонених законодавством, а також за рахунок міжнародної технічної та фінансової допомоги

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1	Відсутні	Додаткове навантаження щодо обробки паперових носіїв
Альтернатива 2	Відсутність необхідності в умовах погіршення епідеміологічної ситуації відвідувати заклади охорони здоров'я для подання декларації; забезпечення швидкого та достовірного обміну визначених даних про пацієнтів в електронному вигляді; забезпечення доступності та прозорості інформації у сфері охорони здоров'я	Відсутні

*Продовження в наступному номері*

Окрім цього, з метою підвищення ефективності протиепідемічних заходів для протидії поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (далі — COVID-19), існує потреба

нормативно-правового врегулювання питання уточнення механізму подання декларації щодо тимчасової подачі декларації через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно). Основні групи, на які впливає проблема:

Групи (підгрупи)	Так	Ні
Громадяни	+	-
Держава	+	-
Суб'єкти господарювання (у тому числі суб'єкти малого підприємництва)	+	-

Урегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою: ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами; діючих регуляторних актів, оскільки чинним законодавством порушені питання не врегульовані.

**II. ЦІЛІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ**

Основними цілями державного регулювання є: забезпечення єдиного інформаційного простору медичної інформації;

забезпечення прозорості інформації в сфері охорони здоров'я; забезпечення швидкого та достовірного обміну визначених даних про пацієнтів в електронному вигляді; підвищення ефективності протиепідемічних заходів для протидії поширенню на території України COVID-19; прискорення реалізації медичної реформи.

**III. ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКА АЛЬТЕРНАТИВНИХ СПОСОБІВ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ**

1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Опис альтернативи
Альтернатива 1. Збереження ситуації, яка існує на цей час	Не забезпечує досягнення цілей державного регулювання, передбачених у розділі II цього аналізу регуляторного впливу
Альтернатива 2. Розробити проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу»	Така альтернатива передбачатиме: визначення, що подання пацієнтом (його законним представником) декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я здійснюється після електронної ідентифікації та автентифікації користувачів, з використанням інтегрованої системи електронної ідентифікації; у такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання декларації в паперовій формі; встановлення на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню COVID-19 та протягом 30 днів з дня його відміни того, що пацієнт (його законний представник) має право подати декларацію шляхом звернення до уповноваженої особи надавача ПМД через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) без необхідності відвідування надавача ПМД; пацієнт (його законний представник) в разі подання Декларації через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) надсилає фотокопію документів, що зазначені в підпункті 2 пункту 3 розділу III цього Порядку, уповноваженій особі надавача ПМД засобами телекомунікаційного зв'язку з подальшим зобов'язанням підписати Декларацію в паперовій формі при відвідуванні надавача ПМД (під час першого візиту до лікаря); визначення, що пацієнт (його законний представник) обирає зручний для нього спосіб передачі інформації та документів уповноваженій особі ПМД для подання Декларації, узгодивши його з нею. Зазначена альтернатива забезпечуватиме досягнення цілей щодо: забезпечення єдиного інформаційного простору медичної інформації; забезпечення прозорості інформації в сфері охорони здоров'я; забезпечення швидкого та достовірного обміну визначених даних про пацієнтів в електронному вигляді; підвищення ефективності протиепідемічних заходів для протидії поширенню на території України COVID-19; прискорення реалізації медичної реформи. Зазначені цілі будуть досягнуті шляхом врегулювання питання щодо подання декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я та тимчасово через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) з урахуванням необхідності вжиття заходів, спрямованих на запобігання, виникнення і поширення COVID-19. Зважаючи на те, що станом на сьогодні пацієнти мають вільний доступ до мережі Інтернет, а робочі місця лікарів комп'ютеризовані на 92 %, перспектива дієвості вказаної альтернативи є висока

	Пацієнт (його законний представник) обирає зручний для нього спосіб передачі інформації та документів уповноваженій особі ПМД для подання Декларації, узгодивши його з нею.	
<b>IV. Припинення та тимчасове припинення дії Декларації</b> 1. Підставами для припинення Декларації є:  ***  2) подання пацієнтом (його законним представником) заяви про припинення Декларації у довільній формі;	<b>IV. Припинення та тимчасове припинення дії Декларації</b> 1. Підставами для припинення Декларації є:  ***  2) подання пацієнтом (його законним представником) заяви про припинення Декларації у довільній формі, у тому числі самостійно через електронну систему охорони здоров'я;	Забезпечення можливості використання електронних сервісів електронної системи охорони здоров'я з метою подання пацієнтом заяви про припинення декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу

Генеральний директор Директорату з розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я  
Марія КАРЧЕВИЧ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 р. ■

**ПОВІДОМЛЕННЯ  
про оприлюднення проекту наказу  
Міністерства охорони здоров'я України  
«Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря,  
який надає первинну медичну допомогу»**

Міністерством охорони здоров'я України на громадське обговорення пропонується проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (далі — проект акта).

Проект акта розроблено Міністерством охорони здоров'я України з метою уточнення механізму подання декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу самостійно через електронну систему охорони здоров'я та тимчасово через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) з урахуванням необхідності вжиття заходів, спрямованих на запобігання, виникнення і поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Проект акта оприлюднено шляхом розміщення на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України у мережі Інтернет (<https://moz.gov.ua>).

Пропозиції та зауваження щодо проекту акта просимо надсилати протягом 15 днів з дати публікації на адресу МОЗ України у письмовому або електронному вигляді у формі порівняльної таблиці, що додається, за адресою: вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Директорат з розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я, телефон: (044) 253-33-31, (e-mail: [karchevych@moz.gov.ua](mailto:karchevych@moz.gov.ua)).

Генеральний директор Директорату з розвитку цифрових трансформацій в охороні здоров'я  
Марія КАРЧЕВИЧ

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА  
до проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України  
«Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря,  
який надає первинну медичну допомогу»**

**1. РЕЗЮМЕ**

Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (далі — проект наказу) розроблено Міністерством охорони здоров'я України з метою уточнення механізму подання декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі — де-

кларація) самостійно через електронну систему охорони здоров'я (далі — ЕСОЗ) та тимчасово через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) з урахуванням необхідності вжиття заходів, спрямованих на запобігання, виникнення і поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (далі — COVID-19).

## 2. ПРОБЛЕМА, ЯКА ПОТРЕБУЄ РОЗВ'ЯЗАННЯ

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» заклали основи медичної реформи в Україні та передбачили створення ЕСОЗ.

Кабінет Міністрів України постановою від 25 квітня 2018 року № 411 затвердив Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, який визначає механізм функціонування ЕСОЗ та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в системі. Зазначеною постановою Кабінету Міністрів України визначено право пацієнта подавати декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі — декларація), через систему відповідно до встановленого Міністерством охорони здоров'я України порядку. Наразі наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 347/31799 передбачено можливість та механізм самостійного подання декларації, але фактично такий функціонал досі не був впроваджений.

На виконання Указу Президента України від 29 липня 2019 року № 558 «Про деякі заходи щодо поліпшення доступу фізичних та юридичних осіб до електронних послуг» та Указу Президента України від 8 листопада 2019 року № 837 «Про невідкладні заходи з проведення реформ та зміцнення держави» Міністерством охорони здоров'я України опрацьовано можливість поетапного забезпечення реалізації доступу пацієнта до електронних сервісів ЕСОЗ.

З урахуванням розвитку державних цифрових сервісів та виявленням додаткових технічних можливостей після запуску інтегрованої системи електронної ідентифікації чинні норми, які регламентують порядок самостійної подачі пацієнтом декларації через ЕСОЗ, потребують зміни.

Окрім цього, з метою підвищення ефективності протиепідемічних заходів для протидії поширенню на території України COVID-19 існує потреба нормативно-правового врегулювання питання уточнення механізму подання декларації щодо тимчасової подачі декларації через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно).

## 3. СУТЬ ПРОЄКТУ АКТА

Проектом наказу пропонується затвердити зміни Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за №347/31799, щодо:

визначення, що подання пацієнтом (його законним представником) декларації самостійно через електронну систему охорони здоров'я здійснюється після електронної ідентифікації та автентифікації користувачів, з використанням інтегрованої системи електронної ідентифікації; у такому випадку надавачі ПМД не мають права вимагати у пацієнтів (їх законних представників) подання декларації в паперовій формі;

встановлення на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню COVID-19 та протягом 30 днів з дня його відміни того, що пацієнт (його законний представник) має право пода-

ти декларацію шляхом звернення до уповноваженої особи надавача ПМД через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) без необхідності відвідування надавача ПМД; пацієнт (його законний представник) в разі подання Декларації через засоби телекомунікаційного зв'язку (дистанційно) надсилає фотокопію документів, що зазначені в підпункті 2 пункту 3 розділу III цього Порядку, уповноваженій особі надавача ПМД засобами телекомунікаційного зв'язку з подальшим зобов'язанням підписати Декларацію в паперовій формі при відвідуванні надавача ПМД (під час першого візиту до лікаря);

визначення, що пацієнт (його законний представник) обирає зручний для нього спосіб передачі інформації та документів уповноваженій особі ПМД для подання Декларації, узгодивши його з нею.

## 4. ВПЛИВ НА БЮДЖЕТ

Реалізація проекту наказу не матиме впливу на надходження та витрати місцевого чи державного бюджетів.

## 5. ПОЗИЦІЯ ЗАІНТЕРЕСОВАНИХ СТОРІН

Проект наказу не стосується питань функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, тому не потребує погодження з уповноваженими представниками всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування чи відповідних органів місцевого самоврядування.

Проект наказу стосується питань соціально-трудової сфери, тому потребує погодження з уповноваженими представниками всеукраїнських профспілок, їх об'єднань та всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців.

Проект наказу не стосується прав осіб з інвалідністю, тому не потребує погодження з Уповноваженим Президента України з прав людей з інвалідністю, Урядовим уповноваженим з прав осіб з інвалідністю та всеукраїнськими громадськими організаціями осіб з інвалідністю, їх спілками.

Проект наказу не стосується сфери наукової та науково-технічної діяльності, тому не потребує погодження з Науковим комітетом Національної ради з питань розвитку науки і технологій.

Проект наказу оприлюднено на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України для проведення публічного громадського обговорення.

Прогноз впливу реалізації проекту акта на ключові інтереси заінтересованих сторін додається.

## 6. ПРОГНОЗ ВПЛИВУ

Реалізація проекту наказу не матиме негативного впливу на забезпечення захисту прав та інтересів суб'єктів господарювання, громадян та держави.

Реалізація проекту наказу не матиме впливу на розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад, ринок праці, рівень зайнятості населення, екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного повітря, води, земель, зокрема забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

Реалізація проекту наказу сприятиме протидії поширенню на території України COVID-19, а також слугуватиме однією з передумов для зміцнення і збереження громадського здоров'я.

## 7. ПОЗИЦІЯ ЗАІНТЕРЕСОВАНИХ ОРГАНІВ

Проект наказу потребує погодження з Міністерством цифрової трансформації України, Національною службою здоров'я України, Державною регуляторною службою України.

Проект наказу потребує державної реєстрації в Міністерстві юстиції України.

## 8. РИЗИКИ ТА ОБМЕЖЕННЯ

Проект наказу не містить норм, що порушують права та свободи, гарантовані Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод.

У проекті наказу відсутні положення, які порушують принцип забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Проект наказу не містить положень, які створюють підстави для дискримінації.

У проекті наказу відсутні положення, які містять ризики вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією.

Проект наказу потребує проведення цифрової експертизи у зв'язку з тим, що проект стосується питань інформатизації, використання національних електронних ресурсів, розвитку інформаційного суспільства та цифрового розвитку.

Проект наказу не передбачає надання державної допомоги суб'єктам господарювання та відповідно дія Закону України «Про державну допомогу суб'єктам господарювання»

# АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ до проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Змін до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу»

## I. ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» заклали основи медичної реформи в Україні та передбачили створення електронної системи охорони здоров'я (далі — ЕСОЗ).

Кабінет Міністрів України постановою від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» затвердив Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, який визначає механізм функціонування ЕСОЗ та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в системі. Зазначеною постановою Кабінету Міністрів України визначено право пацієнта подавати декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі — декларація), через систему відповідно до встановленого Міністерством охорони здоров'я України порядку. Наразі наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну

не поширюється на зазначений проект нормативно-правового акта та суб'єктів господарювання. У зв'язку з цим відповідне рішення Антимонопольного комітету, передбачене зазначеним Законом, не потребується.

## 9. ПІДСТАВА РОЗРОБЛЕННЯ ПРОЄКТУ АКТА

Відповідно до частини четвертої статті 35—1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», частин другої — четвертої статті 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», пункту 40 Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою уточнення механізму подання декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу з урахуванням необхідності вжиття заходів, спрямованих на протидію поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Заступник Міністра охорони здоров'я України  
Ірина МИКИЧАК

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р. ■