

НОВИТИ

МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

у світі

50 000 прим.

№ 3 (750) • 2021

Індексується: Google Scholar, Ulrichsweb Global Serials Directory

БЕЗКОШТОВНА ПЕРЕДПЛАТА
на електронні видання

Сторінка
16-17
у світі

СЕРІЯ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»



АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
СЕРЦЕВО-
СУДИННИХ
ХВОРОБ

у практиці
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

У ПРОДАЖУ!
www.bookvamed.com.ua

Берліприл®

еналаприлу малеат

- Лікування артеріальної гіпертензії¹
- Лікування серцевої недостатності з наявними симптомами¹
- Профілактика симптоматичної серцевої недостатності у хворих із безсимптомною дисфункцією лівого шлуночка (фракція викиду $\leq 35\%$)¹

Скорочена ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу БЕРЛІПРИЛ®

Склад.

1 таблетка містить еналаприлу малеату 5 мг, 10 мг, 20 мг.

Фармакотерапевтична група.

Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, монокомпонентні. Код АТХ C09A A02.

Показання.

- Лікування артеріальної гіпертензії.
- Лікування серцевої недостатності з наявними симптомами.
- Профілактика симптоматичної серцевої недостатності у хворих із безсимптомною дисфункцією лівого шлуночка (фракція викиду $\leq 35\%$).

Протипоказання.

- Підвищена чутливість до еналаприлу малеату, до будь-якої із допоміжних речовин або інших інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ).
- Наявність в анамнезі ангіонабряку, який розвинувся внаслідок призначення терапії інгібіторами АПФ.
- Спадковий або ідіопатичний ангіонабряк.
- Протипоказано вагітним та жінкам, що планують завагітніти (див. розділ «Застосування у період вагітності або годування груддю»).
- Протипоказано призначати Берліприл одночасно з препаратами, що містять аліскірен, пацієнтам з цукровим діабетом та порушенням функції нирок (ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м²).

Побічні реакції.

Кашель, анемія, ортостатична гіпотензія, нудота, діарея, біль у животі та інші.

Спосіб застосування.

Дозу препарату слід підбирати індивідуально залежно від стану пацієнта та від дії препарату на артеріальний тиск. Прийом їжі не впливає на процес всмоктування Берліприлу.



**Еналаприл – єдиний ІАПФ в списку життєво необхідних препаратів
для лікування артеріальної гіпертензії та серцевої недостатності^{2,*}**

¹ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Берліприл 5, Наказ № 2854 від 10.12.2020, Берліприл 10, Наказ № 90 від 20.01.2021, Берліприл 20, Наказ № 1186 від 28.05.2019.

² WHO Model List of Essential Medicines 21th List (2019), <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

* Як монопрепарат.

Виробник. Берлін-Хемі АГ. Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Глінікер Бер 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Адреса Представництва «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ»: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494-33-88, факс: (044) 494-33-89

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів у галузі охорони здоров'я. За додатковою інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування препарату Берліприл 5, Р.П. МОЗ України № UA/7553/01/03, Наказ № 2854 від 10.12.2020; Берліприл 10, Р.П. МОЗ України № UA/7553/01/01/01, Наказ № 90 від 20.01.2021; Берліприл 20, Р.П. МОЗ України № UA/7553/01/02, Наказ № 1186 від 28.05.2019

UA_Ber-01-2021_V1_press. Затверджено до друку 01.02.2021.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



німесулід
Німесил®

**НІМЕСУЛІД № 1
В УКРАЇНІ¹**

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО БОЛЮ^{2*}**



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17. **Склад:** 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом - 15 діб. З метою зниження частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекоменується застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відома підвищена чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Тяжке порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, лабільність артеріального тиску, диспепсія, гіпотермія та ін. **Виробник.** Лабораторіос Менаріні С.А./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

1. За результатами роздрібного продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі M01A X17 «Німесулід» за 2018–2019 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкція для медичного застосування препарату Німесил® № 1625 від 17.07.2019. * Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

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

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

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

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



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

ЗМІСТ



КРУПНИМ ПЛАНОМ

Онлайн науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекційні захворювання органів системи дихання. Клініка, діагностика, лікування, профілактика» 3



НОВИНИ

До конца 2021 года ожидается появление 6–8 новых усовершенствованных вакцин от COVID-19 4

Оксфорд получил 100 миллионов фунтов стерлингов на борьбу с супербактериями 4

Новые исследования подтвердили связь между витамином D и COVID-19 4

ВОЗ одобрила экстренное применение вакцины Johnson & Johnson против COVID-19 5

ВОЗ выступила с заявлением о недопустимости использования гидроксихлорохина от COVID-19 5

ЕМА выступило в поддержку вакцины AstraZeneca 5

Названа причина новой вспышки вируса Эбола в Африке 5

Пятидневный курс перорального противовирусного препарата может остановить распространение COVID-19 5

Pfizer договаривается с Индией о производстве собственной вакцины от коронавируса 5

Об ивермектине и COVID-19 13



ДОВІДНИК ФАХІВЦЯ

Кашлюк, дифтерія та правець: все нове — добре забуте старе (огляд сучасних міжнародних рекомендацій) 6

Біль у шії: сучасні підходи до використання методів немедикаментозного лікування. Частина II 10



ПИТАННЯ ОСВІТИ

Проблемы подготовки преподавателя медицинского вуза 9



ВІД ПЕРШОЇ ОСОБИ

Здравоохранение Израиля 14



ПЕРЕДПЛАТА

Передплата — 2021 16



УЛЮБЛЕНА СТОРІНКА

20 законов жизни, которые многое объясняют 18

Школа остроумия по-одески 18

Онлайн науково-практична конференція з міжнародною участю «ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ДИХАННЯ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА»

ТРИХЛІБ В.І., д.м.н., професор
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

5 березня 2021 року фахівцями Української військово-медичної академії, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Української асоціації медичної освіти, Міжнародного благодійного фонду «Видавництво «Сфера» за підтримки Видавничого дому «Заславський», газети «Новини медицини та фармації», журналів «Актуальна інфектологія» і «Здоров'я дитини», медичного порталу www.mif-ua.com була проведена онлайн науково-практична конференція «Інфекційні захворювання органів системи дихання. Клініка, діагностика, лікування, профілактика».

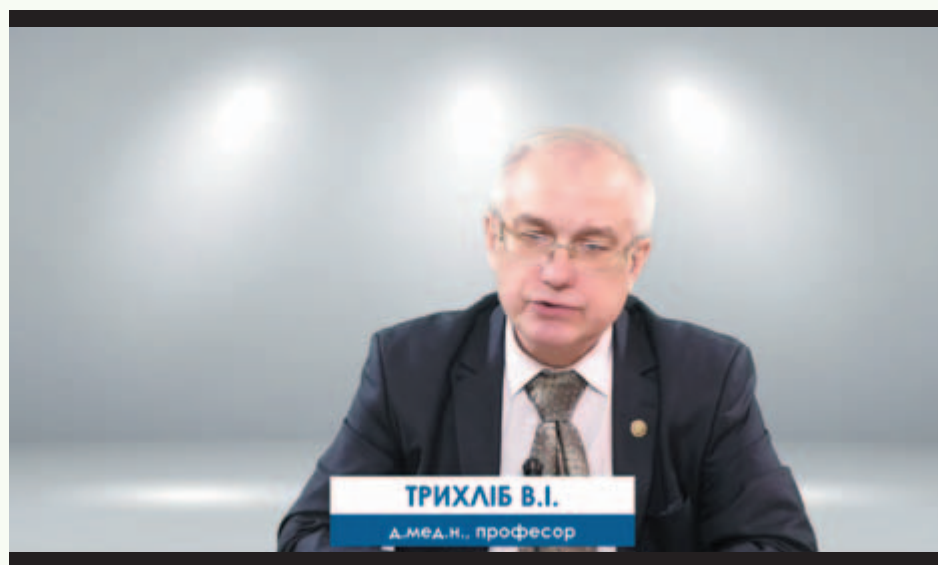
Конференцію відкрив **Володимир Іванович Трихліб**, полковник медичної служби у відставці, д.м.н., професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії МО України. З вітальними словами виступили **О.В. Охонько**, полковник медичної служби, заступник начальника Української військово-медичної академії МО України, **В.І. Задорожна**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України».

Для участі в конференції було зареєстровано 1924 медичних працівники (інфекціоністи (дорослі й дитячі), епідеміологи, сімейні лікарі, терапевти, педіатри, гастроентерологи, кардіологи, пульмонологи, організатори, фтизіатри, лаборанти). Ефірний час — 10 год 16 хв. Максимальна кількість учасників, які слухали протягом дня, була близько 360 осіб, на закінчення конференції слухали близько 180 чоловік. Станом на 07:00 9 березня було зареєстровано 3147 переглядів матеріалів конференції.

Багато доповідей було присвячено новій коронавірусній інфекції COVID-19. З питання імунопрофілактики виступили **І.Л. Маричев**, к.м.н., старший науковий співробітник, **В.І. Задорожна**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна.

Стосовно перспективних напрямків лікування й профілактики гепатопатій в еру COVID-19 виступила **Г.В. Осьодло**, полковник медичної служби, д.м.н., професор, начальник кафедри військової терапії, Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна.

Про різні захворювання печінки на фоні COVID-19 зробили спільну доповідь **В.І. Трихліб**, полковник медичної служби запасу, д.м.н., професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії, Україна, **А.М. Нагієв**, полковник медичної служби запасу, медичний центр MedEgaHospital, м. Баку, Азербайджан, і слухачі Української військово-медичної академії **Т.І. Лисенко**, лейтенант медичної служби, **О.С. Мартинчик**, лейтенант медичної служби, **К.П. Беляєва**, лейтенант медичної служби, **Н.Р. Цюрак**, лейтенант медичної служби, **А.О. Єрошенко**, лейтенант ме-



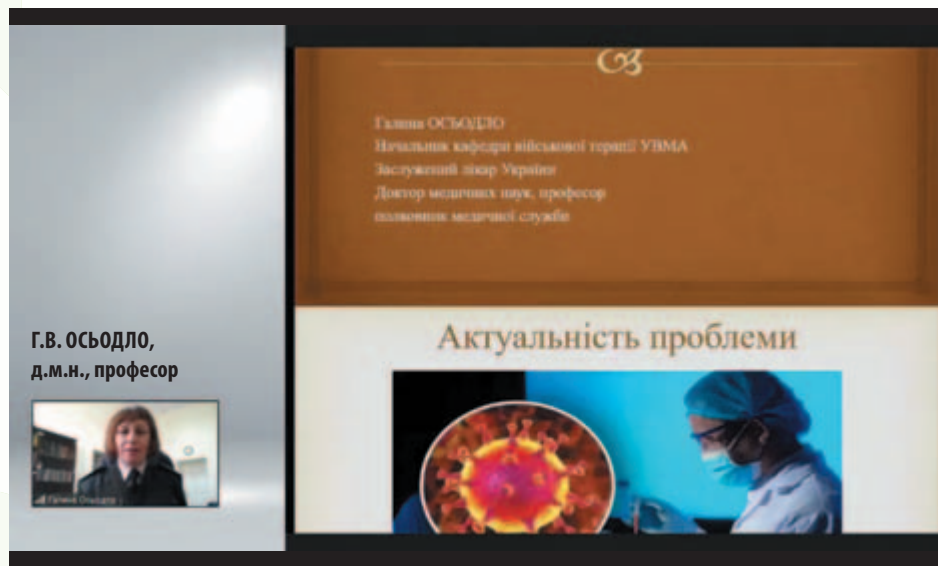
дичної служби, **В.А. Черняк**, працівник ЗСУ, Україна. Стосовно медикаментозних токсичних гепатитів при антибіотикотерапії доповів **Л.Л. Пінський**, д.м.н., професор, професор кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Україна.

О.В. Усачова, д.м.н., професор, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету, Україна, доповіла про мультизапальний педіатричний синдром, який розвивається після коронавірусної хвороби COVID-19.

Також про мультисистемний запальний синдром у дітей, асоційований з COVID-19, доповіли **О.Р. Буц**, к.м.н., доцент, **О.В. Корбут**, к.м.н.,

доцент, **Г.Г. Юхименко**, к.м.н., асистент, **О.А. Дмитрієва**, к.м.н., асистент, кафедра дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця; **Л.І. Бойченко**, завідувач, **О.М. Калініченко**, дитячий інфекціоніст, **Ю.А. Турій**, дитячий інфекціоніст П інфекційно-боксованого відділення, **Н.М. Мягка**, к.м.н., завідувач, **Г.Ю. Борисова**, лікар-педіатр, **Н.В. Дюденко**, лікар-педіатр педіатричного відділення КНП «Дитяча клінічна лікарня № 2», м. Київ, Україна.

Про клінічні особливості COVID-19 у дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні, доповіли **В.В. Євтушенко**, к.м.н., доцент кафедри, **С.О. Крамарьов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб



Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, **Т.М. Камінська**, д.м.н., директор, **О.В. Головач**, завідувач відділення, **Н.В. Чемеркіна**, завідувач відділення, **Л.А. Большакова**, завідувач відділення КНП «Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня»; **Н.С. Кириця**, асистент кафедри, **І.Ю. Серякова**, асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Про лікування дітей з COVID-19 на госпітальному етапі доповіли **С.О. Крамарьов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри, **Т.М. Камінська**, д.м.н., директор, КНП «Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня», **Л.О. Палатна**, к.м.н., доцент, **І.В. Шпак**, к.м.н., доцент, **Н.С. Кириця**, асистент, **І.Ю. Серякова**, асистент, кафедра дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця; **Т.М. Камінська**, д.м.н., директор, **А.О. Рязанських**, зав. ВАІТ КНП «Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня»; **С.І. Волгіна**, директор, **Н.О. Штепа**, обласний дитячий інфекціоніст КНП «Черкаська міська інфекційна лікарня»; **Ю.Р. Ізирінська**, студент 6-го курсу медичного факультету № 3, **С.А. Кропивко**, студент 5-го курсу медичного факультету № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

На даний час лікарі часто зустрічаються з постковідним синдромом, тому відповіді на різні запитання щодо даного синдрому дали **О.В. Виговська**, професор, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, **М.П. Нечаєв**, **Ю.Р. Ізирінська**, студенти 6-го курсу медичного факультету № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.



Про потенційну небезпеку поширення зоонозних штамів грипу доповіли **Н.О. Виноград**, д.м.н., професор, завідувач кафедри, **У.А. Шуль**, к.м.н., асистент, **З.П. Василишин**, к.м.н., доцент, **Л.П. Козак**, к.м.н., доцент, **І.Д. Байдалка**, к.м.н., доцент, кафедра епідеміології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна.

З урахуванням постійно існуючої загрози появи нових інфекційних захворювань, активізації природно-осередкових інфекцій **Н.О. Виноград**, д.м.н., професор, завідувач кафедри, **З.П. Василишин**, к.м.н., доцент, **Л.П. Козак**, к.м.н., доцент, **І.Д. Байдалка**, к.м.н., доцент, **У.А. Шуль**, к.м.н., асистент кафедри епідеміології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна, зробили доповідь про респіраторні прояви ендемічних природно-осередкових особливо небезпечних інфекцій. Ці автори також

зробили доповідь про потенційну небезпеку поширення зоонозних штамів грипу.

Про негоспітальну пневмонію під час епідемії COVID-19 доповіли **В.І. Трихліб**, полковник медичної служби запасу, д.м.н., професор кафедри військової терапії, **Т.І. Лисенко**, лейтенант медичної служби, **О.С. Мартинчик**, лейтенант медичної служби, **К.П. Беляєва**, лейтенант медичної служби, **Н.Р. Цюрак**, лейтенант медичної служби, **А.О. Єрошенко**, лейтенант медичної служби, **В.А. Черняк**, працівник ЗСУ, слухачі Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна. Дані доповідачі також представили доповідь стосовно деяких питань патогенетичної терапії при COVID-19.

А.А. Асауленко, асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна, доповіла про вірус-індуковані пневмонії в дітей, диференціальну діагностику й підходи до лікування.

Стосовно респіраторного мікоплазмозу в практиці лікаря поділилась інформацією **А.М. Гончарук**, асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна.

С.А. Бичкова, к.м.н., доцент, **В.В. Дяченко**, к.м.н., полковник медичної служби, головний терапевт Командування Медичних сил ЗСУ, м. Київ, Україна, зробили доповідь стосовно діагностики й лікування інфекційного загострення хронічного обструктивного захворювання легень.

Я.Б. Савченко, майор медичної служби, ординатор клініки гематології НВМКЦ «Головний військовий клінічний госпіталь», **С.А. Гусєва**, д.м.н., професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна, поділились інформацією стосовно клініко-лабораторних особливостей анемії в пацієнтів при коронавірусній хворобі.

Після закінчення конференції модератор **Володимир Іванович Трихліб**, полковник медичної служби у відставці, д.м.н., професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії МО України, подякував усім доповідачам, слухачам за цікаві доповіді, за те, що вони знайшли час для підготовки прекрасних матеріалів і поділитися ними з колегами, і запросив для участі в наступній онлайн-конференції з міжнародною участю «Актуальні інфекційні захворювання в практиці сімейного лікаря. Алгоритми діагностики, лікування, спостереження», яка планується 8–9 квітня 2021 року.

З матеріалами конференції від 5 березня 2021 року можна ознайомитись після реєстрації на сайті Видавничого дому «Заславський»

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

ДО КОНЦА 2021 ГОДА ОЖИДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ 6–8 НОВЫХ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ ВАКЦИН ОТ COVID-19

Ожидается, что уже к концу этого года или к началу следующего в мире появятся более совершенные вакцины против коронавиральной инфекции, которые можно будет хранить при комнатной температуре. Такую информацию сообщила Сумия Сваминатан, главный научный сотрудник ВОЗ, передает Bloomberg.

«Около шести или восьми новых вариантов вакцин против коронавируса могут пройти все клинические исследования до конца года», — отметила она.

Новые препараты добавятся к тем, которые уже используют во многих странах. Людям во всем мире необходимо большое количество вакцин от коронавируса, особенно с учетом того, что вирус мутирует и появляются опасные штаммы. По информации Bloomberg, кампания по иммунизации населения от COVID-19 стартовала лишь в 122 странах мира.

Госпожа Сваминатан заявила, что необходимо совершенствовать те вакцины от коронавируса, которые есть на данный момент.

«Мы должны активно использовать имеющиеся вакцины. Но также важно, чтобы препараты эволюционировали и совершенствовались. Думаю, что к 2022 году мы увидим появление новых, усовершенствованных вакцин», — пояснила она.

Следует отметить, что появляются экспериментальные вакцины, но они пока находятся на стадии разработки. В них применяют альтернативные технологии и системы ввода. Процесс усовершенствования вакцин поможет устранить недо-

статки их предшественников и обеспечить препаратами все категории населения. На данный момент более 80 вакцин-кандидатов проходят клинические испытания, некоторые еще находятся на стадии тестирования, так и не дойдя до массового применения.

Представитель ВОЗ пояснила, что необходимо поддерживать разработку вакцин-кандидатов, поскольку в мире возрастает потребность в иммунизации населения. Она также не исключила, что может потребоваться повторная вакцинация от коронавируса.

Изготовление новых вакцин также вызывает вопрос о том, как эффективно и этично проводить клинические испытания.

ОКСФОРД ПОЛУЧИЛ 100 МИЛЛИОНОВ ФУНТОВ СТЕРЛИНГОВ НА БОРЬБУ С СУПЕРБАКТЕРИЯМИ

Спустя почти 70 лет после того, как британские ученые получили пенициллин и подтвердили его действие в качестве антибактериального препарата, Оксфордский университет объявил о намерении бороться с угрозой, нарастающей с каждым годом, — устойчивостью к противомикробным препаратам.

С этой целью Оксфорд создает новый исследовательский институт, который первоначально будет финансироваться за счет пожертвований в размере 100 миллионов фунтов стерлингов (136 миллионов долларов США): эту сумму полностью выделил британский химический концерн Ipeos, основанный миллиардером Джимом Рэтклиффом. Помимо поиска новых противо-

микробных лекарств для людей, одной из приоритетных областей новой организации станет также создание антибиотиков для животных, поскольку большая часть используемых антибиотиков во всем мире приходится именно на сельское хозяйство.

«Мы получили прекрасную возможность связать синтетическую химию мирового класса и микробиологию в пределах одного института с целью создания революционных методов фармакотерапии, применимых в медицине и сельском хозяйстве», — заявил по поводу запуска нового проекта Крис Шофилд, руководитель отдела органической химии в Оксфордском университете, который также возглавит академический отдел созданного института.

НОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДТВЕРДИЛИ СВЯЗ МЕЖДУ ВИТАМИНОМ D И COVID-19

В нескольких недавних исследованиях, в которых изучалось влияние статуса витамина D на течение COVID-19, были получены результаты, подтверждающие теорию о том, что эти два фактора взаимосвязаны. Одно исследование с участием 489 человек показало, что люди с дефицитом витамина D с большей вероятностью получали положительный результат теста на вирус, вызывающий COVID-19, чем люди с нормальным уровнем витамина D.

Другое исследование выявило высокие показатели дефицита витамина D у пациентов с подтвержденным COVID-19, пере-

несших острую дыхательную недостаточность. Кроме этого, у таких пациентов отмечался значительно более высокий риск смерти в результате инфекции.

Небольшое рандомизированное исследование показало, что из 50 человек, госпитализированных с COVID-19 и получивших высокую дозу витамина D (кальцифедиол — 25-гидроксивитамин D), только одному потребовалось лечение в отделении интенсивной терапии. Напротив, из 26 человек с COVID-19, не получавших кальцифедиол, 13 были госпитализированы в отделение интенсивной терапии.

Впрочем, другие похожие испытания, которые проводились в последние годы, показали менее обнадеживающие или неоднозначные результаты. В частности, два рандомизированных клинических исследования не подтвердили пользу от применения высоких доз витамина D у людей с дефицитом этого нутриента и сопутствующим инфекционным заболеванием. Витамин D не уменьшил продолжительность их пребывания в больнице или уровень смертности по сравнению с пациентами, получавшими плацебо.

ВОЗ ОДОБРИЛА ЭКСТРЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНЫ JOHNSON & JOHNSON ПРОТИВ COVID-19

Еще одна вакцина от коронавируса получила зеленый свет и вскоре будет применяться в мире для профилактики коронавирусной инфекции. На сей раз ВОЗ одобрила экстренное применение вакцины, разработанной компанией Janssen, которая является подразделением концерна Johnson & Johnson.

Препарат представляет собой однодозовую вакцину, он не требует особых условий хранения, достаточно хранить ампулы и флаконы в обычном холодильнике при температурах, показанных для хранения большинства обычных вакцин.

Вакцина от J&J уже успела получить одобрение и Американского управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), и Европейского агентства лекарственных средств (EMA). Препарат начнет поступать в медучреждения уже в ближайшие дни.

Кроме того, вакцина под названием Ad26.CoV2.S показана ВОЗ для распространения через программу COVAX ввиду того, что препарат более удобен для применения в странах с плохо развитыми системой медицинского обеспечения и инфраструктурой. ■

ВОЗ ВЫСТУПИЛА С ЗАЯВЛЕНИЕМ О НЕДОПУСТИМОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИДРОКСИХЛОРОХИНА ОТ COVID-19

Группа экспертов Всемирной организации здравоохранения настоятельно рекомендует не использовать гидроксихлорохин для предотвращения развития COVID-19.

Специалисты ВОЗ также заявляют, что этот препарат больше не должен рассматриваться в качестве приоритета для соотвествующих исследований.

Их рекомендации основаны на данных шести рандомизированных контролируемых исследований, в которых приняли участие в общей сложности более 6000 человек. Данные высокой степени достоверности показали, что гидроксихлорохин не оказал зна-

чимого влияния на показатели смертности и частоты госпитализации, в то время как данные средней степени достоверности показали, что гидроксихлорохин не оказал значимого воздействия на течение лабораторно подтвержденной инфекции COVID-19. При этом препарат, по всей вероятности, увеличивал риск развития побочных эффектов.

Следовательно, эксперты ВОЗ сочли, что этот препарат больше не является приоритетом для исследований, а ресурсы, направленные на его проверку, следует использовать для оценки других, более перспективных препаратов. ■

ЕМА ВЫСТУПИЛО В ПОДДЕРЖКУ ВАКЦИНЫ AstraZeneca

Европейский регулятор высказал свое мнение на фоне отказа многих стран от вакцинации препаратом от фармконцерна AstraZeneca. В ЕМА отметили, что вакцина, которая разработана AstraZeneca и Оксфордским университетом, имеет больше преимуществ, чем рисков. В данный момент нет доказательств, что именно вакцинация стала причиной побочных эффектов, которые не были внесены в список побочных реакций.

Согласно информации на 10 марта, в Европейской экономической зоне было зафиксировано 30 случаев тромбозов среди почти 5 млн человек, которые привились препаратом от AstraZeneca. Комитет Европейского агентства лекарственных средств по оценке фармакологических рисков (PRAC) провел расследование случаев появления тромбозов, и пока оно не завершено, вакцину можно продолжать применять.

В заявлении фармконцерна отмечается, что они провели анализ более 10 млн медзаписей и не выявили доказательств

увеличения риска развития тромбозов легочной артерии или тромбоза глубоких вен, который связан с вакциной от коронавируса AstraZeneca, в какой-либо определенной возрастной группе, не наблюдалось также повышения риска в зависимости от пола, партии вакцины или ее применения в какой-либо конкретной стране.

«Фактически наблюдаемое количество событий такого типа значительно ниже у вакцинированных, чем можно было бы ожидать среди населения в целом», — говорится в официальном заявлении фармкомпании.

Стоит отметить, что некоторые страны Европы поставили на паузу введение вакцины от AstraZeneca для иммунизации своих граждан от коронавируса, поскольку у людей были выявлены случаи тромбоза. Пока идет расследование, в Дании, Исландии, Норвегии, Литве, Латвии, Эстонии, Австрии и Люксембурге вакцинация препаратом AstraZeneca будет приостановлена. ■

НАЗВАНА ПРИЧИНА НОВОЙ ВСПЫШКИ ВИРУСА ЭБОЛА В АФРИКЕ

Нынешняя вспышка вируса Эбола в Гвинее и Конго стала результатом передачи инфекции от человека к человеку, а не от животного к человеку. Такое заявление сделал исполнительный директор Всемирной организации здравоохранения по чрезвычайным ситуациям Майк Райан.

Он пояснил, что вирус сохранился среди населения африканских стран после вспышки, которая в 2013–2016 годах унесла жизни тысячи человек. И если раньше инфекция могла передаваться

человеку от летучих мышей или обезьян, то в настоящий момент речь не идет о нарушении межвидового барьера.

Райан напомнил, что Эбола является одним из самых смертоносных вирусов, известных человечеству. Инфекция способна выживать в глазах, груди и яичках переболевшего пациента.

Всего к настоящему времени на континенте зафиксировано 30 случаев заражения Эболой. Из них 18 — в Гвинее, 12 — в ДР Конго. Скончались от лихорадки уже 14 человек. ■

ПЯТИДНЕВНЫЙ КУРС ПЕРОРАЛЬНОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА МОЖЕТ ОСТАНОВИТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЕ COVID-19

Ученые представили подробный отчет о клинических испытаниях потенциально эффективного против COVID-19 препарата молнупиравир.

Судя по результатам нового исследования, в арсенале клиницистов может появиться лекарство, снижающее возможность передачи коронавируса: одна таблетка экспериментального препарата молнупиравир, принимаемая дважды в день в течение 5 дней, устраняла следы SARS-CoV-2 из смывов носоглотки.

Молнупиравир — экспериментальный противовирусный препарат для перорального использования, разрабатываемый изначально для лечения гриппа. Он представляет собой пролекарство на основе синтетического нуклеозидного производного N4-гидроксицитидина и проявляет свое противовирусное действие, «саботируя» репликацию РНК вируса. По сути, препарат перегружает вирус мутациями, пока его способность к воспроизведению не будет потеряна и он сам не погибнет.

Ранее было показано, что это соединение не только эффективно против возбудителя гриппа, но и обладает широким спектром действия против РНК-вирусов. Эти выводы подтвердили дальнейшие исследования, которые продемонстрировали, что молнупиравир эффективен против ряда коронавирусов, и в частности SARS-CoV-2.

В новом исследовании фазы 2а 202 пациента с подтвержденным тестом на SARS-CoV-2, лечившиеся амбулаторно, были распределены на три группы: принимавшие 200 мг, 400 мг и 800 мг молнупиравира (и дополнительно группу плацебо-контроля). Участники принимали препарат по одной таблетке два раза в день в течение

5 дней, а затем наблюдались в течение 28 дней для отслеживания осложнений или побочных эффектов. Уже на пятый день у одного из участников, получавших активное вещество, не было признаков SARS-CoV-2 в смывах из носоглотки. В то же время вирус обнаруживался у 24 % добровольцев из группы плацебо.

Специалисты из Университета Эмори в Атланте предположили, что в будущем такой препарат, как молнупиравир, можно было бы принимать в первые несколько дней появления симптомов, чтобы предотвратить тяжелое течение вирусной инфекции — как препарат тамифлю при гриппе. Молнупиравир можно принимать внутрь, поэтому лечение таким препаратом на ранней стадии заболевания потенциально дает несколько преимуществ: оно не позволяет COVID-19 прогрессировать до тяжелых осложнений, сокращает длительность инфекции и способно уменьшить контагиозность носителя. По их мнению, молнупиравир станет первым пероральным противовирусным препаратом, который можно будет использовать в амбулаторных условиях. К тому же такие таблетки не нужно хранить в холодильнике на любом этапе транспортировки или использования, что снижает проблемы поддержания холодовой цепи, которые препятствуют распространению вакцин.

В настоящее время проводится исследование фазы 2/3 по оценке эффективности и безопасности препарата среди госпитализированных и негоспитализированных пациентов. Если эффективность молнупиравира подтвердится, то пациенты с COVID-19, которые получают молнупиравир, могут стать незаразными в течение короткого времени после начала лечения. ■

PFIZER ДОГОВАРИВАЕТСЯ С ИНДИЕЙ О ПРОИЗВОДСТВЕ СОБСТВЕННОЙ ВАКЦИНЫ ОТ КОРОНАВИРУСА

Спрос на вакцины от коронавируса продолжает расти, а с ним нарастают и проблемы производителей, которые никак не могут обеспечить всех желающих препаратами. В таких условиях компании ищут всевозможные варианты расширения производства и даже локализации изготовления своих препаратов в мире. Индия, как одна из ведущих стран мира в плане фармацевтического производства, может в скором времени стать главной производственной базой для вакцин от коронавируса.

Крупнейший индийский завод по производству вакцин Serum Institute уже производит по лицензии вакцину CoviShield, которая является официальным аналогом препарата, разработанного специалистами AstraZeneca в сотрудничестве с учеными Оксфордского университета, а также вакцин американской компании NovaVax. Похоже, что в скором времени к ним может присоединиться и самая желанная в мире вакцина от Pfizer/BioNTech.

Pfizer предложила индийскому правительству организовать в стране лицензионное производство своей вакцины от коронавируса при условии, что препарат быстро одобряют для местного рынка и позволят компании контролировать ценообразование и экспорт вакцин за пределы Индии. Об этом изданию Reuters сообщили сразу два источника, которые участвуют в переговорах между Индией и Pfizer.

В прошлом месяце американская компания отозвала заявку на получение экстренного разрешения на ее вакцину в Индии после того, как регулятор отклонил ее просьбу пропустить небольшое местное испытание на безопасность. Благодаря

этому вакцина, разработанная совместно с немецкой компанией BioNTech, не попала на один из крупнейших мировых рынков лекарств.

Pfizer была первой компанией, которая подала заявку на использование вакцины в чрезвычайных ситуациях в Индии, предложив импортировать дозы со своих предприятий в США и Европе вместо производства на месте.

«Американские компании хотят производить вакцины в Индии в рамках совместных предприятий», — сказал один из источников со ссылкой на Pfizer и другого американского производителя лекарств Moderna Inc.

«Им нужны более быстрые разрешения на клинические испытания и одобрение на использование в экстренных случаях. Они опасаются, что правительство введет политику контроля над ценами».

Министерство здравоохранения Индии направило Reuters в министерство иностранных дел, которое не сразу ответило на запросы, отправленные по электронной почте.

Отзывая свою заявку в начале февраля, Pfizer заявила, что снова будет запрашивать разрешение на использование в чрезвычайных ситуациях для запуска своей вакцины COVID-19 в Индии, потенциальном рынке с населением в 1,35 миллиарда человек, и предоставит больше данных по мере их поступления.

Что касается правительственного спроса на производство в Индии, компания ранее сообщила Reuters: «Как только фаза поставок пандемии закончится и мы войдем в фазу регулярных поставок, Pfizer оценит все доступные дополнительные возможности». ■

КАШЛЮК, ДИФТЕРІЯ ТА ПРАВЕЦЬ: ВСЕ НОВЕ — ДОБРЕ ЗАБУТЕ СТАРЕ (огляд сучасних міжнародних рекомендацій)



Крамар'ов С.О.,
д.м.н., професор

ВСТУП

Кашлюк, дифтерія та правець є небезпечними бактеріальними інфекціями. Всі три хвороби підпадають під категорію вакцин-контрольованих. Незважаючи на це, у світі щороку реєструється ориєнтовно 24,1 мільйона випадків кашлюка (та приблизно 160 700 випадків смерті) [1], 8819 випадків дифтерії [2] та 15 103 випадки правця [3]. Дифтерія та кашлюк поширюються від людини до людини. Бактерії, що викликають правець, живуть у ґрунті; бактерії потрапляють в організм через порізи, подряпини або рани.

В даному огляді будуть обговорені особливості збудника, клінічні форми захворювань, особливості діагностики та лікування даних хвороб.

КАШЛЮК

Кашлюк — гостре інфекційне респіраторне захворювання, збудником якого є аеробна грамнегативна кокобацила *Bordetella pertussis* (шифр за МКХ-10 A37). Причиною виникнення симптомів, схожих на кашлюк, може бути бактерія *Bordetella parapertussis* (шифр A37.1) (і, відповідно, такий стан називають «паракашлюк»), інші бактерії (A37.8), та симптоми можуть бути неуточненої етіології (A37.9). Факторами вірулентності бактерій є кашлюковий токсин, філаментний гемаглютинін, пертактин та інші види токсинів.

Захворювання має циклічний затяжний перебіг, поява симптомів при якому має таку етапність [4]:

➔ **катаральна стадія.** В перші дні катаральної стадії хворі на кашлюк є висококонтагіозними, з високим показником виникнення вторинних випадків серед неімунних осіб (90 %). Особи, які не пройшли лікування антибіотиками, ще можуть поширювати інфекцію до 3 тижнів або більше з моменту появи типових нападів кашлю. Зазвичай дана стадія триває 1–2 тижні;

➔ **пароксизмальна стадія.** Пароксизмальна стадія відзначається частим, поступово наростаючим спазматичним кашлем, і саме на цій стадії (але не завжди) можна почути репризи — свистячий шум при вдиханні повітря. Стадія триває від 1 до 6 тижнів;

➔ **(ре)конвалесцентна стадія.** Характеризується менш частим і менш сильним кашлем. Кашель зникає протягом 1–2 тижнів.

Особливістю є відсутність лихоманки й інтоксикації. Внаслідок інтенсивного кашлю у дітей старшого віку може з'явитись ранка на вуздечці язика. У дітей молодшого віку перебіг хвороби має свої

Крамар'ов С.О., ГРЕЧУХА Є.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

особливості: скорочується інкубаційний період, часом катаральний період відсутній, а етап спазматичного кашлю, навпаки, з'являється раніше та подовжується у часі. У дітей грудного віку та до 6 місяців напади кашлю нерідко призводять до апное. Дефіцит кисню ускладнює перебіг захворювання та сприяє появі ускладнень (порушення свідомості, напади судом, посіпування м'язів). Також частіше виникають ускладнення з боку органів дихання — бронхіти, пневмонії, ателектази. Окрім цього, інтенсивний кашель може призвести до появи гриж, випадіння прямої кишки тощо.

СТАНДАРТНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПІДОЗРІЛОГО ВИПАДКУ КАШЛЮКА ТА ЗАКЛЮЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ [5]

Визначення підозри

Під підозрілий випадок кашлюка підпадають люди будь-якого віку, що мають кашель ≥ 2 тижнів, або кашель протягом будь-якого проміжку часу у немовлят або будь-якої особи в умовах спалаху, при відсутності більш імовірного діагнозу і як мінімум з одним із наступних симптомів за результатами спостереження або зі слів батьків (або при підозрі клініциста на кашлюк):

- ➔ пароксизми (приступи) кашлю;
- ➔ свистячий інспіраторний шум;
- ➔ блювання після кашлю або поява блювання без іншої причини;
- ➔ апное (лише в осіб віком < 1 року).

Варто пам'ятати, що кашлюк серед імунізованих або тих, хто раніше перехворів, може перебігати без класичних проявів хвороби і тому може залишатись невиявленим в рамках вищезазначених критеріїв.

Заключна класифікація випадку

Підтверджений випадок кашлюка може бути визначений на основі лабораторного тестування або епідеміологічно пов'язаного випадку.

Лабораторне тестування та підтвердження випадку визначається за допомогою однієї з наступних методик: отримання ізоляту *B.pertussis*, або визначення геномної послідовності *B.pertussis* за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), або виявлення підвищеного рівня антитіл класу IgG до кашлюкового токсину в осіб віком ≥ 11 років у межах одного року чи більше після отриманої останньої дози вакцини.

Культуральний метод і методика ПЛР мають більш високу специфічність порівняно з серологічними методами. Серологічне дослідження варто розглядати у випадку, коли тривалість кашлю становить ≥ 4 тижнів; при цьому рівень IgG може лишатись підвищеним протягом року після інфікування або отриманої дози вакцини, що обумовлює можливість хибнопозитивного результату.

Епідеміологічно пов'язаний випадок відповідає стандартному визначенню при підозрі на хворобу за наявності тісного контакту з лабораторно підтвердженим випадком у межах трьох тижнів до появи кашлю. Тісний контакт визначається як безпосереднє спілкування з особою, яка захворіла в домашньому або сімейному контакті, провела ніч в одній кімнаті з хворим або мала безпосередній контакт із виділеннями з дихальних шляхів, порожнини рота або носа лабораторно підтвердженого випадку.

Вірогідний випадок визначається для осіб, які відповідають стандартному визначенню підозрілого на захворювання випадку, але не відповідають класифікації підтвердженого випадку, як визначено вище. До цієї категорії входять особи з підозрою на захворювання, яким не виконувалось лабораторне тестування, та особи з негативними результатами тестування.

Лікування

Лікування випадків кашлюка (при підозрі та підтверджених випадках) включає курс антибіотикотерапії [6]. Першою лінією є макроліди (наприклад, азитро-

міцин, кларитроміцин, еритроміцин). Триметоприм/сульфаметоксазол використовується у пацієнтів з алергією на макроліди та протипоказаннями до них.

Окрім цього, Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (FDA) [7] зазначає, що азитроміцин може викликати зміни серцевої активності та призводити до аритмій. Варто розглядати альтернативні азитроміцину ліки в таких випадках:

- ➔ якщо відомо про подовження інтервалу QT, вроджений синдром подовженого інтервалу QT, брадиаритмію, декомпенсовану серцеву недостатність у пацієнта;
- ➔ пацієнтам, які використовують ліки, що впливають на інтервал QT;
- ➔ пацієнтам з тривалими проаритмічними станами (гіпокаліємія, гіпомagneмія, значна брадикардія тощо).

Згідно з останнім систематичним оглядом в бібліотеці Кохрейна [8], наразі немає достатніх доказів для висновку про ефективність застосування при кашлюку кортикостероїдів, бронходилататорів, протикашльових засобів, кашлюкового антиотоксину (кашлюковий імуноглобулін) та антигістамінних засобів. Отже, дані лікарські засоби не входять до загальних рекомендацій.

Відповідно до настанови DUODECIM [9]:

- ➔ діти першого року життя, особливо невакциновані, завжди проходять лікування в умовах стаціонару;

- ➔ препаратом вибору є азитроміцин (10 мг/кг/добу протягом 5 днів), альтернативою є рокситроміцин (не зареєстрований в Україні) і кларитроміцин;

- ➔ тривалість ізоляції становить 5 днів з початку антибактеріальної терапії. Якщо симптоми тривають довше 3 тижнів, ізоляція не потрібна.

Профілактика

Поділяється на два види:

- 1) первинна — вакцинація;
- 2) вторинна — антибіотикотерапія [5].

Таблиця 1. Антибіотики в лікуванні кашлюка

Вік	Лікарський засіб вибору	Примітки
Діти < 1 міс.	Кларитроміцин 7,5 мг/кг перорально двічі на добу протягом 7 днів або азитроміцин 10 мг/кг перорально один раз на добу протягом 3 днів	— Дозування залежно від маси тіла; — еритроміцин не рекомендується через ризик виникнення інфантильного пілоричного стенозу; — триметоприм/сульфаметоксазол протипоказаний
Діти > 1 міс.	Кларитроміцин: — дітям < 8 кг — 7,5 мг/кг перорально двічі на добу протягом 7 днів; — дітям 8–11 кг — 62,5 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів; — дітям 12–19 кг — 125 мг перорально двічі на день; — дітям > 20 –29 кг — 187,5 мг перорально двічі на день протягом 7 днів; — дітям > 30 –40 кг — 250 мг перорально двічі на день протягом 7 днів або азитроміцин 10 мг/кг, max 500 мг/кг, перорально один раз на добу протягом 3 днів	Дозування залежно від маси тіла Альтернатива 1. Еритроміцин: — діти 1–24 міс. — 125 мг перорально чотири рази на день протягом 7 днів; — діти 2–8 років — 250 мг перорально чотири рази на день протягом 7 днів; — діти > 8 років — 500 мг перорально чотири рази на день протягом 7 днів. Альтернатива 2. Триметоприм/сульфаметоксазол у випадку алергії на макроліди/резистентності у дітей > 2 місяців: — діти від 6 тижнів до 6 міс. — 20/100 мг перорально двічі на день протягом 7 днів; — діти від 6 міс. до 5 років — 40/200 мг перорально двічі на день протягом 7 днів; — діти 6–12 років — 80/400 мг перорально двічі на день протягом 7 днів; — діти ≥ 12 років — 160/800 мг перорально двічі на день протягом 7 днів
Дорослі та невагітні жінки	Кларитроміцин 500 мг перорально двічі на день протягом 7 днів або азитроміцин 500 мг перорально один раз на день протягом 3 днів	Альтернатива 1. Еритроміцин 500 мг перорально чотири рази на день протягом 3 днів. Альтернатива 2. Триметоприм/сульфаметоксазол у випадку алергії на макроліди/резистентності 160/800 мг перорально двічі на день протягом 7 днів
Вагітні жінки	Еритроміцин 500 мг перорально 4 рази на добу протягом 7 днів	Постконтактна профілактика у випадку терміну вагітності > 32 тижнів без вакцинації в останні 5 років. Триметоприм/сульфаметоксазол протипоказаний

Раннє лікування макролідами повинно бути призначене немовлятам віком до 6 місяців, які перебувають у тісному контакті. Окрім раннього лікування немовлят деякі країни (Австралія [10], Південна Африка [11] та Великобританія [12]) рекомендують застосовувати антибактеріальну профілактику після експозиції для безсимптомних контактів із ризиком, навіть якщо симптомів немає.

У Великій Британії визначені такі групи ризику [12]:

➔ група з підвищеним рівнем розвитку ускладнень:

а) невакциновані діти (які народились після 32-го тижня) віком молодше 2 місяців, матері яких не отримували вакцину від кашлюка після 16 тижнів вагітності та за 2 тижні до пологів;

б) невакциновані діти (які народились до 32-го тижня) віком молодше 2 місяців незалежно від вакцинального статусу матері;

в) невакциновані або частково вакциновані діти (менше 3 доз) віком 2 місяці або старше незалежно від вакцинального статусу матері;

➔ група, що має високий ризик передачі інфекції дітям з високим ризиком розвитку ускладнень:

а) вагітні жінки (> 32 тижнів гестації);
б) медичні працівники, які працюють з новонародженими, дітьми раннього віку та вагітними;

в) люди, робота яких передбачає контакт з дітьми раннього віку;

г) люди, які проживають із дітьми, які за віком ще не можуть бути вакцинованими.

ДИФТЕРІЯ

Дифтерія — гостре інфекційне захворювання, збудниками якого є аеробні грампозитивні токсигенні штами бактерій роду *Corynebacterium*, в основному *Corynebacterium diphtheriae*, рідше — *C.ulcerans* і *C.pseudotuberculosis*. Останні є зоонозними інфекціями та не передаються від людини до людини.

Під класичним терміном «дифтерія» (МКХ-10: A36) мають на увазі захворювання, що характеризується утворенням фібринових плівок у місці проникнення збудника, найчастіше на слизових оболонках глотки та дихальних шляхів (глотки — A36.0, носоглотки — A36.1; гортані — A36.2), з виділенням екзотоксину, що викликає значну інтоксикацію, з можливим ураженням серцевого м'язу, нирок і нервової системи.

Варто пам'ятати, що клінічно важливими є інші форми, наприклад шкірна (A36.3), інша дифтерія (A36.8) та неуточнена (A36.9), але вони становлять незначну питому вагу у захворюванні. Окрім цього, існує поняття «бактеріоносійство» (як у осіб, які перехворіли, так і у здорових).

Клінічні прояви залежать від форми дифтерії, тяжкості та локалізації. Загальними є такі прояви [13, 14]:

➔ сіро-білий наліт (мембранозна плівка), що щільно прилягає до поверхні (важко знімається та не розтирається між шпательями) та покриває набряклу слизову оболонку (дія токсину);

➔ локалізований початок, зазвичай асиметричний, з прогресуванням і поширенням нашарувань;

➔ збільшення лімфатичних вузлів, припухлість і набряк шкіри;

➔ ускладнення: респіраторний дистрес, інфекційно-токсичний шок, міокардит, ДВЗ-синдром.

СТАНДАРТНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПІДОЗРІЛОГО ВИПАДКУ ДИФТЕРІЇ ТА ЗАКЛЮЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ [15]

Стандартне визначення підозрілого випадку передбачає захворювання верхніх дихальних шляхів, що характеризується фарингітом, назофарингітом, тонзилітом або ларингітом, а також наявністю сі-

руватого щільного фібринозного нальоту, що щільно сполучений з навколишніми тканинами глотки, мигдаликів, гортані та/або носа.

Деякі країни можуть розширювати визначення підозрілого випадку з додаванням критеріїв: 1) легких форм без фібринозного нашарування; 2) наявності виразок, що довго не загоюються, в осіб, які відвідали ендемічні країни.

ЗАКЛЮЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ

➔ **Лабораторно підтверджений випадок.** До цієї категорії відносяться особи, в яких шляхом посіву (первинний посів на кров'яному теллурієвому середовищі, а потім на цистеїновому середовищі) виділили бактерію роду *Corynebacterium*, що виявилася позитивною на формування токсину незалежно від симптомів. В усіх випадках токсигенність має бути підтверджена методом імунопреципітації в агарі (метод Elek). ПЛР може бути додатковим методом діагностики. Залежно від клінічної картини випадки можуть: 1) включати стандартні критерії підозрілого випадку; 2) перебігати в легкій формі, без формування фібринового нальоту; 3) бути лабораторно підтвердженими, без залучення верхніх дихальних шляхів.

➔ **Епідеміологічно пов'язаний випадок.** Безпосередній фізичний або повітряно-крапельний контакт особи з лабораторно підтвердженим випадком протягом 14 днів до появи симптомів (наприклад, фарингіту).

Таблиця 2. Десенсибілізація до ДАТ при в/в шляху введення

Номер введення*	Розведення ДАТ у фізіологічному розчині	Об'єм ін'єкції (см ³ = мл)
1	1 : 1000**	0,1
2	1 : 1000	0,3
3	1 : 1000	0,6
4	1 : 100**	0,1
5	1 : 100	0,3
6	1 : 100	0,6
7	1 : 10**	0,1
8	1 : 10	0,3
9	1 : 10	0,6
10	Нерозведена	0,1
11	Нерозведена	0,2
12	Нерозведена	0,6
13	Нерозведена	1,0

Примітки: * — вводити з інтервалом 15 хв; ** — 1 мл (антитоксину) + 9,0 мл сольового розчину = 1 : 10 розведення; 1 мл (1 : 10 розведення) + 9,0 мл сольового розчину = 1 : 100 розведення; 0,2 мл (1 : 10 розведення) + 9,9 мл сольового розчину = 1 : 1000 розведення; 1 мл (1 : 100 розведення) + 9 мл сольового розчину = 1 : 1000 розведення.

Таблиця 3. Десенсибілізація до ДАТ при внутрішньошкірному (в/ш), підшкірному (п/ш) та внутрішньом'язовому (в/м) шляху введення

Номер введення*	Шлях введення	Розведення ДАТ в фізіологічному розчині	Об'єм ін'єкції (см ³ = мл)
1	в/ш	1 : 1000**	0,1
2	в/ш	1 : 1000	0,3
3	п/ш	1 : 1000	0,6
4	п/ш	1 : 100**	0,1
5	п/ш	1 : 100	0,3
6	п/ш	1 : 100	0,6
7	п/ш	1 : 10**	0,1
8	п/ш	1 : 10	0,3
9	п/ш	1 : 10	0,6
10	п/ш	Нерозведена	0,1
11	п/ш	Нерозведена	0,2
12	в/м	Нерозведена	0,6
13	в/м	Нерозведена	1,0

Примітки: * — вводити з інтервалом 15 хв; ** — 1 мл (антитоксину) + 9,0 мл сольового розчину = 1 : 10 розведення; 1 мл (1 : 10 розведення) + 9,0 мл сольового розчину = 1 : 100 розведення; 0,2 мл (1 : 10 розведення) + 9,9 мл сольового розчину = 1 : 1000 розведення; 1 мл (1 : 100 розведення) + 9 мл сольового розчину = 1 : 1000 розведення.

➔ **Клінічно сумісний випадок.** Випадок підлягає під критерії підозрілого діагнозу, проте не пов'язаний з результатом підтвердженого лабораторно та епідеміологічно пов'язаного випадку.

➔ **Випадок з відхиленням діагнозом.** Враховуються критерії підозрілого випадку плюс виділення бактерії, але негативний результат Elek-тесту або негативний результат за методом ПЛР на *tox*-ген.

➔ **Класифікація безсимптомних випадків або випадків у легкій формі.** Під час спалаху контактні особи можуть бути безсимптомними бактеріоносіями. В такому разі випадок реєструється як лабораторно підтверджений, а дані особи підлягають лікуванню.

Лікування [16–19]

У випадку підозри на дифтерію слід негайно розпочати специфічне лікування дифтерійним антитоксином (основа лікування — ДАТ) та антибіотиками (ерадикація збудника). При цьому не варто чекати на бактеріологічне підтвердження діагнозу.

ДАТ

Варто пам'ятати, що ДАТ, по суті, є гіперімунною кінською сироваткою, що має значну імуногенність і потенційно може викликати алергічну реакцію.

Згідно з настановами міжнародної організації «Лікарі без кордонів» [17], для уникнення алергічної реакції ДАТ потрібно вводити за методом О. Безредка:

1) підшкірне введення 0,1 мл та очікування протягом 15 хв;

2) якщо не спостерігається жодна реакція, ввести ще 0,25 мл підшкірно та очікувати 15 хв;

3) у випадку відсутності реакції ввести решту об'єму в/в або в/м.

Згідно з рекомендаціями CDC [18], чутливість до ДАТ перевіряється одним із двох методів — з використанням внутрішньодермальної перевірки або пункційного шкірного тесту. Пацієнти, в яких при проведенні тесту перевірки на алергічну чутливість до ДАТ був отриманий позитивний результат або такі випадки були в анамнезі, мають підвищений ризик анафілактичної реакції і повинні пройти процедуру десенсибілізації.

При цьому ВООЗ наразі не рекомендує тест на визначення чутливості для введення сироваткових засобів [19]. Загальними рекомендаціями є моніторинг тиску, серцевого ритму, інтервалу RR, SpO₂, стану свідомості перед введенням засобу та після нього. Температура антитоксину має становити 32–34 °С перед ін'єкцією. У випадку, якщо надається перевага в/в введенню, рекомендується змішати антитоксину дозу в 5 мл/кг 0,9% розчину NaCl.

Доза антитоксину залежить від тяжкості захворювання та появи симптомів: менша доза — для пацієнтів з ранньою появою симптомів захворювання та локалізованим нальотом; більш висока — для пацієнтів з поширеним нашаруванням, набряком підшкірної клітковини ший («бичача шия»), ознаками системного захворювання та з більш тривалим інтервалом від початку терапії.

Антитоксин є ефективним лише в тому випадку, якщо розпочати його використання в межах 3 днів від появи симптомів [20].

Можлива поява таких реакцій на введення сироватки:

1) анафілаксія (швидка поява): прояви з боку шкіри (свербіння, почервоніння, кропив'янка та ангіоневротичний набряк), серцевої (слабкий пульс, гіпотензія й аритмія) та легеневої (хриплість голосу і стридор, хрип, задишка і ціаноз) систем;

2) фебрильні реакції (протягом 20–60 хв): озноб, легка задишка, швидке підвищення температури. Більшість гарячкових реакцій легкі. Лікувати жарознижувальними засобами (тобто парацетамолом); тяжкі реакції можуть вимагати використання інших заходів (теплі водняні ванни тощо) для зниження температури;

3) сироваткова хвороба (зазвичай на 7–10-й день після введення). Симптомами є лихоманка, макулопапульозні висипання на шкірі або кропив'янка у більш легких формах (90 % випадків); при більш тяжких формах також можливі артрит, артралгія та лімфаденопатія. Рідко можуть зустрічатися ангіоневротичний набряк, гломерулонефрит, синдром Гієна — Барре, периферичний неврит або міокардит. Легкі випадки сироваткової хвороби минають протягом кількох днів або до 2 тижнів. До засобів, що можуть бути корисними, належать антигістамінні, нестероїдні протизапальні засоби та кортикостероїди.

В разі виникнення анафілаксії припиніть інфузію та перейдіть до невідкладної допомоги.

Антибіотики

ДАТ є основним методом лікування дифтерії. При цьому відкладати введення антибіотиків небажано. У пацієнтів, які не можуть ковтати або знаходяться в критичному стані, треба застосовувати в/в або в/м введення (у разі поліпшення стану — перевести на оральні форми).

Під час лікування пацієнт повинен перебувати у суворій ізоляції, поки не буде продемонстровано бактеріологічний кліренс негативними посівами з носоглотки

та горла, що отримані принаймні через 24 години після закінчення лікування.

Профілактика

Здійснюється шляхом вакцинації, що дозволяє запобігати ускладненням (що викликаються токсином), але не запобігає інфікуванню. ВООЗ визнає захисний рівень специфічних IgG в концентрації 0,1 МО/мл (за допомогою стандартного методу ELISA) [21].

ПРАВЕЦЬ

Правець — гостре захворювання, що викликається анаеробною грампозитивною спороутворюючою токсигенною (екзотоксин тетаноспазмін) паличкою *Clostridium tetani*. Збудник повсюдно поширений у навколишньому середовищі. Він потрапляє в організм внаслідок забруднення ран, при цьому не викликає запальних змін, нагноєння ран або некрозу тканин.

Захворювання характеризується коротким інкубаційним періодом (від 5 до 12 днів). Симптоми, а саме ригідність м’язів, наростають поступово. За добу захворювання набуває характерних ознак через тризм (значна ригідність) жувальних і потиличних м’язів. Різноманітні подразники викликають судомні скорочення м’язів. Патогномонічною ознакою є опістотонус (напруження тіла з вигнутою спиною, закинutoю назад головою, виправленими кінцівками). Можливий розвиток спазму м’язів обличчя з появою типової посмішки. Дія токсину має вплив на вегетативну нервову систему (підвищення тиску та аномальний пульс), дихальні м’язи та гортань, що може призводити до дихальної недостатності.

I. ПРАВЕЦЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Даний стан найчастіше виникає в результаті перетинання пуповини з використанням нестерильного інструментарію. Серед факторів ризику також виділяють прийняття пологів без належного дотримання гігієни.

СТАНДАРТНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПІДОЗРІЛОГО ВИПАДКУ ПРАВЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ЗАКЛЮЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ [22]

Класифікація випадків ґрунтується виключно на клінічних ознаках і не залежить від лабораторного підтвердження.

Підозра на випадок

Всі підозрілі випадки на правець новонароджених підлягають розслідуванню. Підозрілим є випадок, що відповідає одному з двох критеріїв:

- ➔ будь-який новонароджений, який міг нормально смоктати груди та плакати в перші 2 доби життя і в якого у віці від 3 до 28 діб виникло подібне до правця захворювання або настала смерть;
- ➔ будь-який новонароджений, який помер через невідому причину протягом першого місяця життя.

Заключна класифікація

➔ **Підтверджений випадок.** Підтвердженим є будь-який підозрілий на правець випадок у новонародженого, виявлений в процесі розслідування випадку з виявленням всіх трьох ознак: 1) нормальна здатність смоктати та плакати в перші 2 доби життя; 2) нездатність смоктати та плакати в період від 3 до 28 днів після народження; 3) ознаки м’язової ригідності та/або спазму.

➔ **Випадок з відхиленням діагнозом.** Випадком з відхиленням діагнозом є такий, що підлягає розслідуванню та не відповідає клінічним критеріям підтвердження випадку захворювання або має альтернативний діагноз.

➔ **Нерозслідуваний випадок.** Будь-який підозрілий на захворювання випадок, який виявився нерозслідуваним або

Таблиця 4. Дозування ДАТ

Тяжкість перебігу	Доза для дорослих та дітей (МО)	Поради
Фарингеальна або ларингеальна форма тривалістю 2 дні	20 000–40 000	1. Якщо є обмеження в доступі, використовувати менший діапазон доз. 2. Доза однакова для дітей і дорослих. 3. Не повторювати дозування. 4. В/в (кращий у тяжких випадках) або в/м (легкі або помірні випадки) шлях введення
Назофарингеальна форма	40 000–60 000	
Екстенсивна хвороба тривалістю 3 та більше дні або будь-який пацієнт з дифузним набряком шиї (дихальний дистрес, гемодинамічна нестабільність)	80 000–100 000	
Лише шкірні ураження (рідкі випадки, коли показано лікування) [18]	20 000–40 000	

Примітка: дозування в настанові CDC [18] вказано згідно з рекомендаціями Американської академії педіатрії.

Таблиця 5. Антибіотики при лікуванні ДАТ: тяжкі випадки

Прокаїн пеніцилін G в/м	Всім людям — 50 мг/кг 1 раз на день (max 1,2 г на день) протягом 14 днів (порошок для ін’єкцій: 1 г = 1 мільйон МО; 3 г = 3 мільйони МО)
Парентеральний пеніцилін G в/м або в/в повільно	Всім людям — 100 000 ОД/кг/день. Розділити на дози 25 000 МО/кг кожні 6 годин. Max доза 4 МО або 2,4 г на день (порошок для ін’єкцій: 600 мг = 1 мільйон МО; 3 г = 5 мільйонів МО)
Еритроміцин в/в	Всім людям — 40–50 мг/кг/день (max 2 г/день). Розділити на дози 10–15 мг/кг кожні 6 годин, max 500 мг на дозу. Тривалість 14 днів

Таблиця 6. Антибіотики при лікуванні ДАТ при легких формах і можливості ковтати

Феноксиметилпеніцилін	Всім людям — 50 мг/кг/день. Розділити на дози 10–15 мг/кг кожні 6 годин, max 500 мг на дозу. Тривалість 14 днів
Оральний еритроміцин	Всім людям — 40–50 мг/кг/день (max 2 г/день). Розділити на дози 10–15 мг/кг кожні 6 годин, max 500 мг на дозу. Тривалість 14 днів
Оральний азитроміцин	Для дітей — 20 мг/кг один раз на добу (max 500 мг/день). Тривалість 5 днів. Для дорослих — 500 мг 1 раз на день. Тривалість 14 днів

щодо якого відсутня інформація про вік і симптоми для його підтвердження, підлягає остаточній класифікації як нерозслідуваний.

II. ПРАВЕЦЬ ІНШИХ ВІКОВИХ ГРУП

СТАНДАРТНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПІДОЗРІЛОГО ВИПАДКУ ПРАВЦЯ В ІНШИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ ТА ЗАКЛЮЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ [23]

Підозрілий випадок

Підозрілим є випадок, що виник у будь-якої особи віком > 28 днів, з гострим початком захворювання та наявністю щонайменше одного з наступних проявів: тризм (спазм жувальних м’язів), сардонічна посмішка (тривалий спазм мімічних м’язів обличчя) або генералізовані м’язові спазми (скорочення).

Заключна класифікація

- ➔ **Підтверджений випадок.** Випадок, що відповідає стандартному визначенню підозрілого на захворювання випадку і клінічно підтверджений лікарем/кваліфікованим клініцистом як правець.
- ➔ **Вірогідний випадок.** Випадок, що відповідає стандартному визначенню підозрілого на правець без клінічного підтвердження лікаря/кваліфікованого клініциста.
- ➔ **Відхилений випадок.** Розслідуваний випадок, що не відповідає клінічним критеріям для підтвердження захворювання або має альтернативний діагноз.

Примітка

Класифікація випадків повністю визначається клінічними проявами і не залежить від лабораторного підтвердження. На відміну від конвульсій, коли хворий знаходиться в несвідомому стані, під час викликаних правцем спазмів пацієнт, як правило, не втрачає свідомості, а поштовхом для їх виникнення часто виявляються такі подразники, як світло і звук. Хоча діагностика правця зазвичай передбачає наявність травми або поранення в анамнезі, правець може спостерігатися у пацієнтів, які не можуть згадати конкретний епізод поранення або травми. Найбільш поширеними станами при диференціальній діагностиці правця є гіпокальціємічна тетанія, викликані лікарськими засобами дистонія (внаслідок прийому таких препаратів, як фенотіазини), менінгоенцефаліт, отруєння стрихніном і тризм.

Лікування [24–26]

У разі можливості потрібно забезпечити пацієнтам з правцем окрему палату/

місце. Пацієнтів слід розмістити в тихому затіненому місці і максимально захистити від тактильної та слухової стимуляції. Усі рани слід очистити та знезаразити. Згідно з поточними рекомендаціями лікування правця передбачає:

- ➔ **імунотерапію:** в разі доступності якомога швидше ввести 500 одиниць правцевого імуноглобуліну в/м або в/в (залежно від інструкції); додатково ввести відповідну віку дозу вакцини, що містить правцевий токсин. Нагадаємо, що, згідно з чинним Наказом Міністерства охорони здоров’я України «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця» № 198 від 05.08.99 [27], до препаратів, що застосовуються для лікування правця, окрім протиправцевого людського імуноглобуліну (з зазначеною дозою 1000–10 000 МО) належать протиправцева сироватка 500 МО/кг одномоментно доведено, для чого її розводять ізотонічним розчином NaCl;
- ➔ **антимікробну терапію:** засобом вибору є метронідазол 500 мг в/в кожні 6–8 годин. Ефективною та безпечною альтернативою є пеніцилін G (від 2 до 4 млн одиниць в/в кожні 4–6 годин). Тривалість лікування — від 7 до 10 днів. Ефективними є також тетрацикліни (доксидиклін 100 мг кожні 12 годин), макроліди, кліндаміцин, цефалоспорини (цефазолін 1–2 г в/в кожні 8 годин; цефтріаксон 1–2 г в/в кожні 8 годин) та хлорамфенікол;

- ➔ **контроль спазмів м’язів:** перевага надається бензодіазепінам. Для дорослих можливе поступове в/в введення діазепаму 5 мг або лоразепаму 2 мг, титруючи введення, щоб досягти контролю спазму без надмірної седації та гіповентиляції (для дітей починайте з дози 0,1–0,2 мг/кг кожні 2–6 годин, за потреби титруючи дозу з її підвищенням). Може знадобитися велика кількість (до 600 мг/добу). Пероральні препарати можна використовувати, але це повинно супроводжуватися ретельним моніторингом, щоб уникнути пригнічення/повної зупинки дихання.

Сульфат магнію можна застосовувати самостійно або в поєднанні з бензодіазепінами для контролю спазму та вегетативної дисфункції: 5 г (або 75 мг/кг) внутрішньовенної навантажувальної дози, потім 2–3 г на годину до досягнення контролю спазму. Щоб уникнути передозування, контролюйте колінний рефлекс, оскільки арефлексія (відсутність рефлексу) виникає у верхньому кінці терапевтичного діапазону (4 ммоль/л). Якщо розвивається арефлексія, дозу слід зменшити.

Інші засоби, що застосовуються для боротьби зі спазмами, включають бакло-

фен, дантролен (1–2 мг/кг в/в або перорально кожні 4 години), барбітурати, бажано короткої дії (100–150 мг кожні 1–4 години у дорослих, 6–10 мг/кг у дітей будь-яким способом) та хлорпромазин (50–150 мг в/м кожні 4–8 годин у дорослих, 4–12 мг в/м ін’єкцією кожні 4–8 годин у дітей);

- ➔ **контроль автономної дисфункції:** сульфат магнію, як зазначено вище, або морфін (примітка: β-адреноблокатори, такі як пропранолол, використовувалися в минулому, але можуть спричинити гіпотонію та раптову смерть; наразі рекомендується тільки есмолол);

- ➔ **контроль дихальних шляхів:** препарати, що застосовуються для боротьби зі спазмом і забезпечення седативного впливу, можуть призвести до пригнічення дихання. Якщо доступна механічна вентиляція, це значно зменшує проблеми; якщо ні, то потрібно ретельно контролювати стан пацієнтів і дозування ліків, щоб забезпечити максимальний контроль спазму та вегетативної дисфункції, уникаючи при цьому дихальної недостатності. Якщо спазм, включаючи спазм гортані, перешкоджає або загрожує адекватній вентиляції, рекомендується застосовувати механічну вентиляцію, коли це можливо. Рання трахеостомія є кращою, оскільки ендотрахеальні трубки можуть спровокувати спазм і посилити компретацію дихальних шляхів;
- ➔ **адекватне забезпечення рідини та нутрієнтів:** слід передбачити, оскільки спазми, викликані правцем, призводять до високих метаболічних потреб і каталічного стану. Харчова підтримка підвищить шанси на виживання.

ВИСНОВКИ

Загальний підхід до лікування вказаних захворювань є ледь не найбільш уніфікованим та узгодженим серед інфекційних хвороб: у лікуванні дифтерії з застосуванням ДАТ та правцю відсутні відмінності. При цьому чинний вітчизняний наказ МОЗ містить відмінності. Критерії визначення випадків зазнали незначних змін і тепер визначаються згідно з оновленнями ВООЗ 2018 року. Серед всіх рекомендацій наголошення йде на профілактиці даних хвороб із застосуванням ефективних вакцин.

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

Список літератури знаходиться в редакції ■

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА



КРИСТАФОР Д.А., к.м.н.



СТАНИН Д.М., к.м.н.

Днепропетровский государственный медицинский университет,
г. Днепр, Украина

При кажущейся простоте замены педагогических кадров в медицинских высших учебных заведениях качественная подготовка преподавателей представляет серьезную проблему.

Как правило, основной педагогический состав кафедры пополняется выпускниками аспирантуры или клинической ординатуры, которые показали интерес к научной работе (1). Второй вариант подбора сотрудников — это предложение для практических врачей, проявляющих интерес к науке. Но и в том и другом случае не учитывается, что сотрудник медицинского высшего учебного заведения — это в первую очередь преподаватель.

В то время как педагогические вузы целенаправленно готовят специалистов в сфере обучения, в медицинских высших учебных заведениях на педагогические способности будущего преподавателя обращают внимание в последнюю очередь. Согласно Порядку подготовки соискателей высшего образования степени доктора философии и доктора наук в учреждениях высшего образования [2], аспиранты и докторанты обязаны проходить педагогическую практику, но это требование не всегда соблюдается. Программа очной подготовки аспирантов далеко не всегда включает педагогический курс, а если он имеется, то его продолжительность и наполнение никак не регламентируются и определяются хаотично. При этом в программе обучения студентов 1-го курса медицинских вузов есть предмет «Основы психологии», включающий основы педагогики. Но вероятность сохранения знаний с 1-го курса до окончания аспирантуры, когда эти знания станут актуальными, крайне низкая.

После трудоустройства сотрудники медицинского вуза получают направление на педагогические курсы первичной подготовки или повышения квалификации, но это происходит один раз в пять лет и далеко не всегда в первые годы работы сотрудника. Кроме того, эти курсы слишком непродолжительны, чтобы освоить хотя бы одну актуальную проблему обучения [1]. В то время как в типовом положении об аттестации педагогических

сотрудников [3] четко прописаны критерии контроля качества работы, в положении об аттестации научных сотрудников [4], к которым относятся преподаватели медицинских вузов, такие критерии отсутствуют.

Со временем у большей части ассистентов вырабатываются кое-какие навыки педагога, однако это происходит, как правило, методом проб и ошибок. Как результат — у студентов нередко пропадает всякая охота учиться из-за неумения преподавателя качественно подать материал, заинтересовать своим предметом.

По мнению экспертов, сейчас знания полностью обновляются каждые 6 лет, и традиционные системы базового образования в силу инертности за этими изменениями не

успевают. В результате студент вуза на момент выпуска уже обладает устаревшими знаниями [5]. Учебники в библиотеке вуза не успевают обновляться, а новые учебники часто плохо структурированы и дают противоречивую информацию по одним и тем же вопросам. Актуальная информация, которая находится в свободном доступе онлайн, нередко не имеет официального перевода с английского языка. В результате у студента резко сужается выбор материалов для самообразования, которого требует от него Болонский процесс.

Кроме того, у большинства учащихся крайне низкие навыки самообразования и поиска информации. При анализе курсовых работ врачей-интернов мы отметили, что на литературные источники правильно ссылаются только 12,5 %. 37,5 % интернов считают допустимым использовать в качестве источника один учебник и признают, что поиск информации представляет для них большую сложность.

В отсутствие как единых базовых учебников, в полной мере структурирующих и раскрывающих суть предмета, так и навыков самообразования роль преподавателя в учебном процессе предполагает гораздо больше, чем простой контроль знаний. Согласно требованиям Болонского процесса, основная задача преподавателя — «научить учиться» [6]. Именно преподаватель является координатором учебной деятельности, который может структурировать предмет для учащихся, обучить поиску информации и порекомендовать конкретные источники, изложить содержание тех источников, которые учащийся не способен освоить самостоятельно ввиду незнания языка. Вот почему требование владения английским языком на уровне не ниже В2 в последние годы становится для преподавателей вузов настолько актуальным.

Согласно п. 9 ст. 55 Закона Украины о высшем образовании, занимать должность научно-педагогического работни-

ка имеет право лицо, имеющее научную степень или ученое звание [7]. Поэтому перед сотрудниками, не проходившими через аспирантуру, с первых дней работы в медицинском вузе ставится вопрос о написании научной работы. Согласно программе обучения доктора философии, для соискателей начинают проводить циклы занятий и лекций по биостатистике, биоэтике, методологии научного и патентного поиска, философии, идет повышение уровня знания иностранного языка, подготовка по специальности [8]. На третьем году обучения доктора философии в программе есть педагогическая практика, но основы педагогики при этом по-прежнему не преподаются. Даже если такой работник выберет сугубо научную стезю и будет работать со студентами минимально, все равно перед ним встанет вопрос подготовки научной смены. Дефекты педагогической подготовки в любом случае проявятся.

На наш взгляд, основы педагогики и дидактики следует давать уже в первые годы подготовки аспиранта или доктора философии. Особенно это актуально для тех соискателей, которые выполняют научную работу уже после трудоустройства в вуз и активно совмещают преподавательскую деятельность с собственным обучением. Изучение не только методик изложения предмета, но и основ психологии учащегося и преподавателя позволит избежать ошибок в преподавании и повысить его качество.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П., Краснов В.В. Організація безперервного професійного розвитку викладачів у системі медичної освіти (аналітичний огляд та пропозиції). *Медична освіта*. 2012. № 4. С. 6-17.
2. Про затвердження Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у закладах вищої освіти (наукових установах): Постанова Кабінету Міністрів України № 261 від 23.03.2016.
3. Типове положення про атестацію педагогічних працівників: наказ Міністерства освіти і науки України № 930 від 06.10.2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1255-10>
4. Про атестацію наукових працівників: положення Кабінету Міністрів України № 1475 від 13.08.1999. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1475-99-n>
5. Клігуненко О.М., Площенко Ю.О., Кравець О.В. Досвід впровадження концепції безперервної медичної освіти в навчанні лікарів-анестезіологів Дніпропетровської області. *Медична освіта*. 2019. № 4. С. 89-92.
6. Деріга В.В. Соціальна і гуманітарна політика. Миколаїв: ЧДУ ім. Петра Могили, 2012. 178 с.
7. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
8. Про затвердження та введення в дію Методичних рекомендацій щодо розроблення стандартів вищої освіти: наказ МОН № 600 від 01.06.16 року. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/rekomendatsii-1648.pdf> ■



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

Частину I
читайте в № 15-16, 2020



Григор'єва Н.В.,
Д.м.н., професор

Для досягнення мети проведено аналіз літературних джерел у базах даних MedLine, EMBASE, The Cochrane Library, Scopus, Web of Science, CyberLeninka та РИНЦ за останні 10 років, що містять результати сучасних досліджень, мета-аналізів та останніх кокранівських оглядів щодо ефективності й безпечності використання вищезазначених методів немедикаментозного лікування БШ.

Фізична терапія із застосуванням вправ (ФВ) — один із методів немедикаментозної терапії хворих з БШ, що полягає в застосуванні фізичних вправ як з лікувальною, так і з профілактичною метою. У його основі лежить принцип використання основної біологічної функції організму — руху. На сьогодні у комплексах ФВ використовують різні види вправ: статичні й динамічні, активні та пасивні, на розтягнення і напруження (для збільшення сили й витривалості) та інші.

М'язовий апарат шиї представлений чотирма групами м'язів (власні м'язи шиї, надпід'язикові, підпід'язикові та підпотиличні), перші з яких власне забезпечують рух і нахил (вперед, назад, убік) голови та шиї. Деякі з них беруть активну участь у акті дихання, тягнучи перше ребро догори. Власні м'язи шиї (*mm. proprii colli*) представлені 3 підгрупами, а саме бічними поверхневими м'язами (підшкірний м'яз шиї (*platysma*), груднино-ключично-соскоподібний м'яз (*m. sternocleidomastoideus*), бічними глибокими м'язами (передній, середній, задній і найменший драбинчасті м'язи (*m. scalenus anterior, medius, posterior, minimus*)) і серединними глибокими (довгий м'яз шиї (*m. longus colli*) та довгий м'яз голови (*m. longus capitis*)) м'язами. Комплекси ФТ-ФВ відрізняються залежно від типу вправ, що використовуються, залучення різних груп м'язів шиї (глибоких або поверхневих) та верхнього плечового пояса (плечового суглоба, лопатки, грудної клітки).

На сьогодні проведено багато досліджень щодо вивчення ефективності ФВ у лікуванні БШ як у вигляді монотерапії [5], так і в комбінації з іншими медикаментозними та немедикаментозними методами [6–10]. Дотепер точаться дискусії щодо вибору вправ, які б забезпечували максимальний ефект у лікуванні БШ, а також доцільності використання ФВ у гострому періоді захворювання [7, 11].

У нещодавно опублікованому проспективному когортному дослідженні

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 третини до більше половини дорослого населення планети протягом життя (1–3) і залишається важливою, але недооціненою проблемою сучасної медицини. Лікування БШ передбачає використання як медикаментозних, так і немедикаментозних методів (методів фізичної терапії (ФТ)) (4). Проте, незважаючи на досить велику накопичену доказову базу щодо їх ефективності в лікуванні БШ, на сьогодні немає єдиного підходу до ведення даної категорії хворих. Погляди відрізняються як серед різних спеціалістів (фізичні терапевти, хіропрактики, фахівці традиційної або нетрадиційної медицини), так і щодо ведення хворих у різних стадіях захворювання.

Метою другої частини статті є узагальнення даних щодо ефективності та безпечності деяких методів фізичної терапії (лікувальна гімнастика, кінезіотерапія, шийні коміри), поєднаного використання різних методик фізичної терапії у лікуванні хворих з БШ, обговорення власного досвіду авторів щодо ефективності й безпечності лікувальної фізкультури у комплексному лікуванні хворих, а також аналіз сучасних рекомендацій щодо використання фізичних методів лікування БШ.

[5] хворих з хронічним БШ віком 18–65 років вивчено вплив різних видів фізичних вправ на динаміку БШ, тривожність і депресію. Перша група пацієнтів виконувала вправи для глибоких м'язів — згиначів шиї (згинання голови та шиї на видиху, кивальні рухи головою (догори — донизу) з положення лежачи; кивальні рухи з положення сидячи близько до стіни та ін.) та загальнозміцнюючі вправи. Друга група виконувала вправи для поверхневих м'язів шиї (розгинання шиї з положення сидячи з використанням резинового бинта; розгинання шиї з положення лежачи, рухи у всіх напрямках з положення лежачи, вправи «рух кота» або «рух верблюда») та загальнозміцнюючі вправи. Третя група виконувала лише загальнозміцнюючі вправи. Усі пацієнти займалися вдома 40 хв двічі на тиждень протягом 7 тижнів. Найбільш виражена позитивна динаміка больового синдрому в шиї була відзначена в першій групі, а рівня тривожності та депресії — у першій та другій групах. Автори зробили висновок, що використання вправ, спрямованих на покращення функції як глибоких, так і поверхневих м'язів шиї, не лише позитивно впливає на вираженість хронічного БШ, але й зменшує тривожність і депресію, що має важливе клінічне значення.

У 2015 році в кокранівському огляді [11] проаналізовано вплив ФВ на вираженість больового синдрому в шиї, функцію та якість життя дорослих осіб з механічним БШ. Були проаналізовані результати 27 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) за участю 3005 осіб. Авторами не встановлено будь-яких доказів ефективності ФВ у лікуванні гострого больового синдрому в шиї, тоді як для хронічного БШ отримано докази з різним ризиком системної помилки. Для цього автори згрупували отримані результати у три групи (помірний, низький і дуже низький рівень доказовості).

Так, у хворих з **хронічним механічним БШ** докази помірної сили свідчать:

а) про те, що використання вправ на витривалість із залученням м'язів шийного, грудного відділу хребта, лопатки та верхньої кінцівки позитивно, хоча й незначно, впливають на вираженість болю безпосередньо після лікуван-

ня (об'єднана стандартизована різниця середніх (standardized mean difference, SMD) = $-0,71$; 95% довірчий інтервал (ДІ) від $-1,33$ до $-0,10$) та в умовах короткочасного (до 3 міс.) спостереження;

б) комбіновані вправи на зміцнення та розтягування м'язів шийного, грудного відділу хребта та лопатки виявляли позитивний вплив різної сили (від слабкого до помірного) на вираженість больового синдрому як при оцінці безпосередньо після застосування (протягом 1 дня; SMD = $-0,33$; 95% ДІ від $-0,55$ до $-0,10$), так і при довготривалому спостереженні (більше 1 року). Також встановлено помірний ефект цих вправ на позитивну динаміку показників функціональної активності хворих безпосередньо після лікування та при короткостроковому (до 3 міс.) спостереженні (SMD = $-0,45$; 95% ДІ від $-0,72$ до $-0,18$);

в) вправи на зміцнення і стабілізацію м'язів шийного, грудного відділу хребта та лопатки сприяли зменшенню вираженості больового синдрому і функції в середньочасові терміни (від 1 дня до 3 міс.; SMD = $-14,9$; 95% ДІ від $-22,4$ до $-7,39$);

г) вправи на концентрацію уваги (цигун) мінімально покращували функцію м'язів, але не впливали на величину загального ефекту в короткі терміни (до 3 міс.) спостереження.

Низка положень з низьким рівнем доказовості свідчить про те, що: а) дихальні вправи; б) загальні фітнес-тренування; в) вправи лише з розтягуванням м'язів і г) вправи дзеркальної терапії (із синхронізацією рухів в обох кінцівках) не впливають на рівень БШ і функцію як при оцінці безпосередньо після занять, так і при короткочасному спостереженні.

Докази дуже низької якості свідчать про те, що вправи на координацію та покращення нейром'язової пропріорецепції на рівні «очі — шия» можуть зменшувати вираженість больового синдрому в шиї та покращувати функцію м'язів за умови короткочасного спостереження.

У хворих з **хронічним цервікогенним головним болем** докази помірної якості свідчать про те, що статичні й динамічні вправи на зміцнення/підвищення витривалості м'язів шиї, плечового пояса та лопаток, включаючи постізометричну релаксацію, зменшують вираженість болю,

покращують функцію м'язів і надають загальний позитивний ефект при тривалому спостереженні (більше 1 року).

У пацієнтів з **гострою радикулопатією** докази низької якості свідчать про незначну ефективність вправ на розтягнення/зміцнення/стабілізацію м'язів шиї для зменшення вираженості больового синдрому безпосередньо після лікування (протягом одного дня).

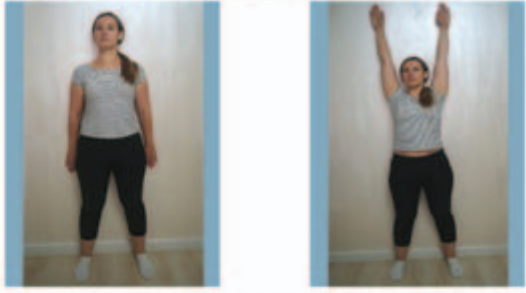
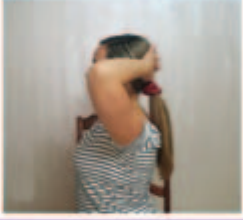
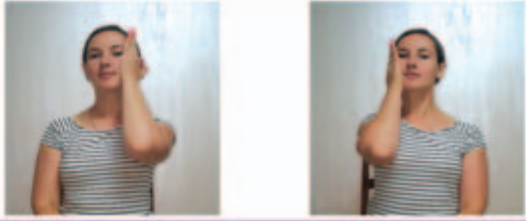
Авторами зроблено висновок, що, незважаючи на відсутність доказів високої якості щодо впливу ФВ на вираженість больового синдрому, функцію та якість життя, існуючі на сьогодні результати досліджень дозволяють рекомендувати конкретні зміцнювальні вправи як частину комплексного лікування хворих з хронічним БШ, цервікогенним головним болем і радикулопатією; при цьому лише використання вправ на розтягнення не надає значущого позитивного ефекту.

Вивчення ефективності ФВ у лікуванні болю в шиї проводилось співробітниками нашого відділу протягом останніх 25 років [8, 9]. Так, були розроблені [9] підходи до комплексної реабілітації хворих старших вікових груп з остеохондрозом шийного відділу хребта з використанням різних комплексів лікувальної гімнастики: ізометричної, ба дуань цзин та ін. Розроблені диференційовані підходи до призначення комплексів ФВ залежно від віку пацієнтів, стану мозкового кровообігу та функціонального стану вегетативної нервової системи [8].

На сьогодні нами накопичено значний досвід застосування ФВ у комплексному лікуванні хворих старших вікових груп з дегенеративно-дистрофічними змінами в хребті, розроблені підходи до їх ведення залежно від періоду захворювання (гострий — підгострий — хронічний), рівня болю, вихідної фізичної активності та супутньої патології. У табл. 1–3 надані апробовані нами комплекси ФВ, рекомендовані до застосування у хворих з неспецифічним БШ у різні періоди захворювання, з описанням вправ і режимів їх використання.

Усі вправи слід виконувати в повільному темпі, без зусиль і форсування дихання. Кількість повторів збільшується залежно від функціональних можливос-

Таблиця 1. Лікувальна фізкультура для хворих з болем у шиї в гострому періоді (до 6 тижнів)

Вправа 1. Мета: підвищення витривалості та покращення функції м'язів шиї, зокрема груднично-ключично-соскоподібного м'яза, дробничастих м'язів, довгих м'язів шиї та м'язів голови. Збільшення об'єму рухів плечових суглобів, покращення кровообігу та збільшення амплітуди рухів. Покращення витривалості та функції м'язів спини, як поверхневих, так і глибоких (трапецієподібний, широкий м'яз спини, ромбоподібні та зубчасті м'язи, включаючи м'язи поперекового відділу хребта).	
ВП: стоячи біля стіни, торкаючись її потилицею, лопатками, сідницями та п'ятками. Потягнутися максимально вгору (піднявши верхні кінцівки). Вправу повторити 2–3 рази. Тривалість потягування 20–40 с. Дихання довільне.	
Вправа 2. Мета: підвищення витривалості м'язів шиї, стимуляція довгого та широкого м'язів спини, включно з глибоким шаром м'язів спини. Покращення кровообігу та загального стану. Додатково: збільшення амплітуди рухів у плечових суглобах.	
ВП: сидючи (стоячи), долоні на потилиці. Намагатися нахилити голову назад при активній протидії долонь. Голова нерухома. Вправу виконувати з помірним зусиллям. При напруженні м'язів рахувати про себе до п'яти, при розслабленні — до десяти. Повторити вправу 3–5 разів.	
Вправа 3. Мета: стимуляція м'язів голови та шиї (потилично-лобовий, скронево-тім'язний, підборідний і щічний м'язи, підшкірний м'яз шиї, груднично-ключично-соскоподібний, надпід'язикові та підпід'язикові м'язи, глибокі м'язи шиї), покращення кровообігу, активація дельтоподібного м'яза та збільшення амплітуди рухів у плечовому та ліктьовому суглобах.	
ВП: те ж саме, долоні на лобі. Намагатися нахилити голову вперед із протидією долонь. Дихання довільне. Повторити 3–5 разів.	
Вправа 4. Мета: стимуляція м'язів верхніх кінцівок, м'язів шиї, великого та малого грудних м'язів, покращення кровопостачання у м'язах.	
ВП: те ж саме, із протидією долонь намагатися нахилити голову спочатку вправо, потім вліво. При нахилі вправо протидіє права долоня, що упирається в праву тім'язну ділянку. При нахилі вліво протидіє ліва долоня, що упирається в ліву тім'язну ділянку. Повторити по 1–2 рази в кожний бік.	

Примітки (тут і в табл. 2, 3): ВП — вихідне положення; фото жінки опубліковано з її письмової згоди.

тей хворого та рівня больового синдрому. Виконання вправ не повинно супроводжуватись виникненням або посиленням больового синдрому в шиї.

Декілька років тому був опублікований системний огляд [10] щодо ефективності можливих комбінацій мануальної терапії (МТ) та ФВ, автори якого проаналізували 121 РКД і відібрали з них 23, опубліковані протягом 16 років (2000–2015 рр.). Аналіз був проведений авторами залежно від виду болю (гострий — підгострий (Г-ПГ), хронічний (Х)) та типів втручання: 1) маніпуляційна техніка (МанТ) МТ; 2) мобілізаційна техніка (МобТ) МТ та/або використання м'якої техніки (МяТ) МТ; 3) комбінація перших двох технік; 4) МобТ МТ з елементами МанТ МТ. У кожній підкатегорії МТ можна було поєднувати з використанням ФВ або іншими методами лікування, до яких відносили навчання пацієнта (зокрема, поради залишатись активним) та покращання ергономічних умов, масаж, акупунктуру та ін.

У пацієнтів з *гострим/підгострим больовим синдромом* у шиї авторами підтверджено позитивний вплив МанТ МТ на рівні шийного відділу порівняно з маніпуляціями на рівні грудної клітки в комбінації з застосуванням ФВ (помірний рівень доказовості). Крім того, встановлено, що комбінація технік МТ (група 3) на рівні шиї та грудної клітки у поєднанні з фізичними вправами є більш ефективною порівняно з методикою групи 2 (комбінація МобТ МТ та МяТ МТ) у комбінації з фізичними вправами або іншими немедикаментозними методами як при короткочасному, так і при довготривалому спостереженні.

У пацієнтів з *хронічним больовим синдромом* у шиї ефективність МобТ МТ з використанням МяТ МТ або без нього не відрізняється за клінічним ефектом (вплив на біль і функцію) у хворих як із симптоматичним БШ, так і з безсимптомною патологією на рівні шийного відділу хребта (високий рівень доказовості). Дані від помірного до високого рівня доказовості свідчать про те, що МанТ МТ або її комбінація з іншими техніками МТ на рівні шиї та грудної клітки є більш ефективною в зменшенні вираженості болю, покращенні функції та задоволенні хворого лікуванням порівняно з застосуванням монотерапії однією з технік за умов короткочасного та середньотривалого спостереження. Дані помірної доказовості свідчать про переваги МанТ МТ порівняно з МобТ МТ на рівні шиї для збільшення об'єму рухів у ній у короткі терміни їх застосування та переваги МобТ МТ з використанням МяТ МТ на рівні шиї або грудної клітки або комбінації технік МТ у зменшенні больового синдрому та покращенні працездатності в короткі терміни після лікування. У результаті проведеного аналізу автори роблять висновки, що поєднання різних форм МТ з фізичними вправами є більш ефективним порівняно з використанням лише МТ або фізичних вправ.

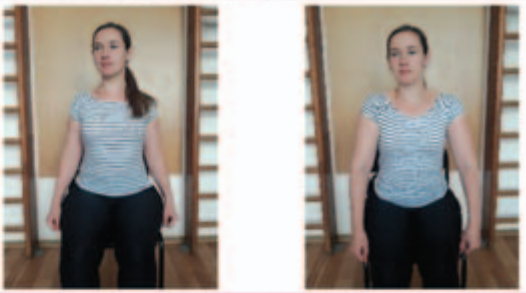
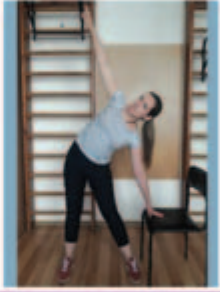
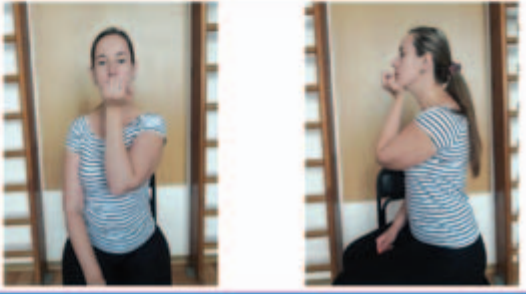
ІНШІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ БШ

Кінезіологічне тейпування на сьогодні широко використовують як у спортивній, так і в реабілітаційній медицині, при цьому застосовують спеціальні еластичні липкі стрічки (кінезіологічні тейпи), що наклеюються з різним

Таблиця 2. Лікувальна фізкультура для хворих з болем у шиї в підгострому періоді (від 6 тижнів до 3 місяців)

Вправи 1, 2, 3, 4, що виконують у гострому періоді БШ (див. табл. 1)	
Вправа 5. Мета: стимуляція м'язів голови та шиї, м'язів верхніх кінцівок і спини, включаючи м'яз, що підіймає лопатку, та грудних м'язів.	
ВП: сидючи на стільці, верхні кінцівки зігнуті в ліктьових суглобах. Повернутися праворуч і нахилитися через спинку стільця, те ж саме — ліворуч. Намагатися правим ліктем торкнутися лівого кута спинки стільця, та навпаки. Повторити по 5–6 разів у кожний бік.	
Вправа 6. Мета: стимуляція м'язів верхніх кінцівок, м'язів грудного відділу хребта, покращення функцій ремінного м'яза, міжостових м'язів, розтягнення та збільшення постачання кисню в мікроберні м'язи (як поверхневі, так і глибокі), покращення функції діафрагми. Покращення функції внутрішнього косого м'яза живота (допомагає збільшити рухливість тулуба та хребта).	
ВП: сидючи на стільці, пальці верхніх кінцівок зчеплені перед грудьми. Два ривки зчепленими перед грудьми кінцівками вліво, потім — вправо при утримуванні голови у вихідному положенні. Повторити 5–6 разів. При повороті тулуба вбін — видих, при поверненні у вихідне положення — вдих. Звернути увагу на те, що хребет повертається в грудному відділі, шийний відділ при цьому залишається нерухомим.	
Вправа 7. Мета: стимуляція м'язів верхніх кінцівок, дельтоподібного м'яза, м'яза-підіймача лопатки, триголового м'яза плеча, довгого та широкого м'язів спини. Покращення та збільшення рухливості плечового суглоба.	
ВП: сидючи на стільці, верхні кінцівки вздовж тулуба, долоні упираються в край стільця. Потягнутися правим плечем вперед та вгору, те ж саме — лівим плечем. Повторити 5–6 разів у кожний бік. При виконанні вправи зусиллям м'язових груп досягти максимального витягування хребта вгору вліво та вгору вправо.	

Таблиця 3. Лікувальна фізкультура для хворих з болем у шиї в хронічному періоді (більше 3 місяців)

Вправи 1–7, що виконують у гострому та підгострому періодах (див. табл. 1, 2)	
Вправа 8. Мета: активація м'язів шиї та верхньої частини спини, м'язів плечового пояса.	
ВП: сидючи, тулуб нерухомий, виконуємо кругові рухи в плечових суглобах вперед і назад, по 20 разів у кожен бік.	
Вправа 9. Мета: зняття напруження з м'язів шиї та спини, стимуляція м'язів нижніх кінцівок.	
ВП: стати обличчям до сидіння стільця та зробити випад назад лівою нижньою кінцівкою. Розвернути ліву ступню вліво перпендикулярно, а праву — вліво. Розвернути тулуб вліво й витягнути верхні кінцівки в сторони. На видиху нахилитися вправо, поставити праву долоню на стілець, а ліву верхню кінцівку витягнути вгору. Утримувати позу впродовж 30 с.	
Вправа 10. Мета: збільшення витривалості та сили поверхневих і глибоких м'язів шиї та спини, їх активація і стимуляція.	
ВП: Підставити долоню під підборіддя. Сильно надавити підборіддям на долоню, що протидіє рухові. Постаратися із зусиллям «упогнути» підборіддя в шию, а потиличну частину при цьому підняти вгору. Кожну вправу виконувати протягом 7–10 с, повторювати 3–5 разів.	

натягом на поверхню тіла, з дією на різні системи організму — м’язову, фасціальну, лімфатичну та інші.

Зазвичай при неспецифічному БШ застосовують м’язову методику тейпування, використовуючи Y- і I-подібні стрічки. Позитивний результат тейпування досягається за рахунок як розслаблення, так і стимуляції м’язів (залежно від періоду захворювання (гострий або хронічний) та поставлених цілей), поліпшення кровообігу на ураженій ділянці за рахунок зменшення венозного застою та лімфодренажу, зменшення запальних змін. Дія тейпа починається відразу після аплікації та підтримується протягом періоду його використання (у середньому 3–5 діб).

Методика тейпування є досить безпечною, до рідких побічних ефектів відносять місцеві алергічні реакції. Інша методика тейпування — біомеханічне тейпування — не використовується при лікуванні БШ, а більшою мірою рекомендована при патології суглобів.

Нещодавно проведене порівняльне дослідження [11] кінезіотейпування й акупунктури у хворих з міофасціальним БШ і боєм у верхній частині трапецієподібного м’яза вивчало ефективність цих методик у зменшенні вираженості болю, покращенні функції безпосередньо після їх використання та в короткочасних і середньотривалих термінах спостереження. Авторами відзначено вірогідне покращення показників, що вивчалися, без вірогідних відмінностей між групами, що дозволило їм зробити висновок про те, що кінезіотерапія може бути методом вибору для лікування міофасціальних синдромів у пацієнтів, які відмовляються від застосування голкореклексотерапії (ГРТ) або мають протипоказання до її проведення.

На сьогодні результати існуючих метааналізів як підтверджують [13], так і заперечують [14] позитивний вплив кінезіотейпування в лікуванні болю в спині, що потребує подальшого вивчення цього питання.

Використання **шийних комірів** (зокрема, коміру Шанца) проводять з метою фіксації шийних хребців у потрібному положенні (більш часто застосовуються в гострому періоді захворювання) і для збільшення проміжку між ними.

Шийні коміри поділяють на м’які (виготовлені з поролону або інших м’яких матеріалів, зазвичай використовуються при неспецифічному БШ), напівтверді (виготовлені з досить щільних матеріалів з металевими вставками, застосовуються при вивихах хребців, неповних переломах) та жорсткі (виготовлені в основному з металу або твердого пластика, повністю усувають рухи в шийному відділі хребта та використовуються при складних переломах, вираженій нестабільності тіл хребців).

На сьогодні застосування шийних комірів не довело свою ефективність у лікуванні БШ і має обмежене використання у зв’язку з активною тактикою ведення хворих. Деякими дослідниками воно рекомендоване для лікування неспецифічного БШ, але обмежене використанням не більше 4 годин на добу для попередження негативних наслідків, пов’язаних зі зниженням тону, гіпотрофією м’язів та іншими ускладненнями, спричиненими вимушеним положенням.

СУЧАСНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
 ЩОДО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ
 З БОЛЕМ У ШИЇ

На сьогодні в численних рекомендаціях [4, 15–17] висвітлено відношення як лікарів традиційної медицини, так і фізичних терапевтів та хіропрактиків до лікування БШ.

Таблиця 4. Рекомендації фізичних терапевтів щодо діагностики та лікування болю в шиї (2017 р.) (16)

Біль у шиї з руховими дефіцитами	Біль у шиї з порушеннями координації при рухах	Біль у шиї з головним боєм (цервікогенним)	Біль у шиї з іррадіацією
Загальні симптоми			
— Центральний та/або односторонній біль; — обмеження діапазону рухів (ОДР) з посиленням симптомів; — може бути відображений біль у верхній кінцівці	— Травма (часто хлстова); — відображений біль у верхній кінцівці; — запаморочення/нудота; — головний біль, труднощі в концентрації та/або порушення пам’яті, гіперчутливість, посилений афективний дистрес	— Безперервний односторонній біль у шиї та відображений головний біль; — головний біль зменшується або посилюється рухом у шиї при певному положенні	— Біль у шиї з іррадіацією в уражені кінцівки; — парестезія у відповідних дерматомах верхньої кінцівки, оніміння, слабкість відповідно до міотомів
Результати об’єктивного обстеження			
— ОДР у шиї; — біль при завершенні обмеженого діапазону рухів (активного або пасивного); — сегментарне обмеження рухливості (у шиї або грудному відділі хребта); — біль посилюється (сегментарно) при провокації; — дефіцит сили та діапазону рухів при підгострому або хронічному болю	— Позитивний тест на згинання голови та шиї; — позитивний тест на витривалість м’язів — згиначів шиї; — позитивні результати альгометрії; — дефіцит сили та витривалості м’язів шиї; — біль у шиї при рухах у середньому діапазоні, що посилюється наприкінці діапазону руху; — чутливість міофасціальних тригерних точок; — порушення сенсомоторних характеристик; — біль у шиї разом з відображеним боєм	— Позитивний тест на згинання-ротацію шиї; — головний біль, що посилюється (сегментарно) при провокації; — ОДР у шиї; — обмеження (сегментарне) рухливості верхньої частини шиї; — дефіцит сили, витривалості та координації м’язів шиї	— Позитивні тести на наявність радикулопатії (посилення симптомів при рухах верхньої кінцівкою, тест Спурлінга, при розтягненні шиї, обмеження діапазону руху в шиї); — можливі сенсорні, рухові або рефлекторні дефіцити на рівні верхньої кінцівки, пов’язані з залученим нервом
— Маніпуляційна техніка МТ (грудна тракція): Г-В І ПГ-С І Х-В; — маніпуляційна техніка МТ (шийна тракція): Г-С І ПГ-С; — мобілізація шиї: Г-С І ПГ-С; — ФВ при ОДР: Г-В; — поради залишатись активним: Х-С; — ФВ при ОДР вдома: Г-В; — контрольовані вправи для зміцнення та покращення витривалості верхнього квадранту грудної клітки: Г-В І ПГ-В І Х-В; — розтягування шиї: Г-В; — загальнозміцнююча ФВ: Х-В; — фізичні вправи для шийної/грудної ділянки в комбінації з тракційними маніпуляціями/мобілізацією даних ділянок: Х-В; — вправи для шийної/грудної ділянки хребта, лопатки: Х-В; — мультимодальний підхід: Х-В; — акупунктура, лазеротерапія, переривчаста тракція: Х-В	— Поради залишатися активним: Г-В; — ФВ при ОДР вдома з корекцією постави: Г-В; — моніторинг клінічного перебігу: Г-В; — мінімальне використання шийних комірив: Г-В; — комбінація ФВ та мануальної тепапії: Г-В І Х-С; — ФВ для активного розширення об’ємів рухів, вправи для збільшення сили, витривалості та функції, корекції постави, координації, аеробіка: Г-В; — TENS: Г-С І Х-С; — навчання щодо прогнозу, корекції болю, самовідновлення: Х-С; — мобілізація шиї в комбінації з індивідуально підібраними вправами: низькодозоване збільшення сили, витривалості, гнучкості, функціональні тренування, принципи когнітивної поведінкової терапії, нервово-м’язова координація: Х-С	— Активна рухова активність: Г-В; — маніпуляційна техніка МТ (шийна тракція) або мобілізаційна техніка МТ на рівні шиї: ПГ-В І Х-В; — маніпуляційна техніка МТ (грудна тракція): Х-В; — мануальна терапія в комбінації з вправами на збільшення сили та витривалості м’язів шийного, грудного відділу хребта, лопатки: Х-В	— Вправи з мобілізуючими та стабілізуючими елементами: Г-С; — низькочастотна лазеротерапія: Г-С; — можливе короткочасне використання шийних комірив: Г-С; — ФВ (вправи з розтягненням і силою) в комбінації з МТ для шийного та грудного відділів: Х-В; — навчання для заохочення до професійної та фізичної діяльності: Х-В; — переривчаста тракція: Х-В

Примітки: стратегії втручання кодуються за стадією (Г — гостра; ПГ — підгостра; Х — хронічна) та ступенем рекомендації (А-Е). Наприклад, А-В вказує на те, що для осіб з гострим больовим синдромом є дані з рівнем доказовості В, що підтверджують ефективність втручання. ОДР — обмеження діапазону рухів; ФВ — фізичні вправи; МТ — мануальна терапія; TENS — транскутанна електрична стимуляція нерва.

Так, у 2017 році в журналі ортопедичної та спортивної фізичної терапії (Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy) були опубліковані оновлені рекомендації американських фізичних терапевтів разом з International Collaboration on Neck Pain [15, 16] щодо використання немедикаментозних методів лікування БШ, які містили аналіз приблизно 4 тисяч статей, опублікованих з 2007 по 2016 рік. Попередні рекомендації, опубліковані в 2008 році, містили дані літературних джерел до 2007 року.

При оцінці отриманих результатів автори нових рекомендацій надавали перевагу систематичним оглядам і метааналізам та запропонували алгоритм скринінгу, діагностики і лікування БШ залежно від тривалості больового синдрому (гострий, підгострий і хронічний) та станів, які його супроводжують:

1) рухові дефіцити;

2) порушення координації руху (порушення, пов’язані з травмою, зокрема хлстовою);

3) головний (цервікогенний) біль;

4) іррадіюючий (радикулярний) біль.

На першому етапі (скринінг) рекомендовано визначення необхідності застосування немедикаментозної терапії та консультації інших фахівців. У подальшому залежно від стану, оціненого за даними клінічних тестів, і після визначення типу (4 типи, зазначені вище) та тривалості (гострий, підгострий, хронічний) больового синдрому в шиї та супутніх (біопсихосоціальних) чинників БШ запропоновано чотири стратегії лікування (табл. 4), компоненти яких можуть повторюватись протягом курсу лікування залежно від отримання результатів і перебігу больового синдрому. Автори даних рекомендацій роблять висновок, що мануальна терапія

та ФВ є дієвими методами фізичної терапії при більшості больових синдромів у шиї.

У 2018 році були опубліковані ще одні рекомендації Голландського королівського товариства з фізичної терапії (Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF)) для фізичних терапевтів щодо оцінки та лікування пацієнтів первинної ланки з неспецифічним БШ, включаючи цервікальну радикулопатію, що ґрунтувались на аналізі сучасних систематичних оглядів [17]. Автори також зазначають необхідність детального вивчення анамнезу, проведення специфічних тестів для виявлення причин больового синдрому в шиї (тест Спурлінга, тракційно-дистракційний тест тощо), а також пошуку «червоних прапорців» для встановлення серйозних інфекційних, онкологічних, системних захворювань, травм спинного мозку,

шийної мієлопатії, переломів тощо. На основі аналізу цих даних автори виділяють чотири види больового синдрому в ший: 1) біль без ознак і симптомів, що підтверджують значні структурні зміни, з мінімальними симптомами, що впливають на повсякденне життя (або без них); 2) біль без ознак і симптомів, що підтверджують значні структурні зміни, з вираженими симптомами, що впливають на повсякденне життя; 3) біль без ознак і симптомів, що підтверджують значні структурні зміни, на тлі наявності певних неврологічних симптомів (зниження глибоких сухожильних рефлексів, рухові або чутливі дефіцити); 4) ознаки та симптоми значних структурних змін, що включають переломи, вивихи хребця, травми спинного мозку, інфекцію, новоутворення, системні захворювання тощо, але не обмежені ними.

Залежно від причин больового синдрому, супутніх факторів, клінічного перебігу можливі 4 сценарії щодо ведення хворих:

➔ за умов збереження нормальних темпів одужання (сценарій А) МТ не повинна застосовуватись, пацієнти повинні отримати від фізичного терапевта пояснення щодо перебігу захворювання, рекомендації щодо виконання вдома декількох простих фізичних вправ і підтримання звичного режиму повсякденної активності;

➔ у разі затримки одужання (сценарій Б) фізичний терапевт повинен рекомендувати використовувати, крім рекомендацій, зазначених у попередньому сценарії, мобілізаційну та/або маніпуляційну техніку МТ у поєднанні з ФВ. Важливим є повернення пацієнта до звичного режиму активності для попередження хронізації процесу. Можуть бути включені

ні й інші втручання, проте фізіотерапевтами не повинні бути рекомендовані ГРТ, низькочастотна лазеротерапія, електро-терапія (ЕТ), ультразвук, тракційна терапія (ТТ) та/або шийні коміри;

➔ у разі затримки одужання з чіткими та/або домінуючими психосоціальними прогностичними факторами (сценарій В) корекція цих факторів повинна бути першочерговим завданням, яке повинен вирішувати фізичний терапевт. При неможливості вирішення пацієнт повинен бути направлений до інших фахівців;

➔ за умов БШ ІІІ типу (див. вище) (сценарій Г) необхідно дотримуватись рекомендацій сценарію Б з можливим застосуванням шийного коміра, проте протягом коротких проміжків часу протягом дня та нетривало (до декількох тижнів).

У 2016 році був опублікований [18] висновок групи експертів Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders (Neck Pain Task Force) щодо ефективності різних методів фізичної терапії в лікуванні БШ. На основі аналізу РКД в 5 науково-метричних базах даних за 2000–2014 роки вибрано 38 досліджень, 22 з яких мали низький ризик системної помилки. Авторами зроблено висновок про те, що МТ (маніпуляційна та мобілізаційна техніки) і класичний масаж є ефективними в лікуванні БШ. Електроакупунктура, релаксаційний масаж і деякі пасивні види фізичної терапії (тепло, холод, діатермія, гідротерапія та ультразвук) є неефективними і не повинні використовуватись для лікування хворих з БШ.

У минулому році був опублікований [4] систематичний огляд, у якому були проаналізовані існуючі в літературі рекомендації щодо діагностики, профілактики та лікування неспецифічного БШ. До ана-

лізу увійшло 46 рекомендацій з різних країн (93 % — Австралія, Канада, США та Великобританія), опублікованих в період з 1995 по 2018 рік, різного рівня доказовості. Авторами рекомендацій були лікарі, фізичні терапевти, хіропрактики, медсестери, остеопати, масажисти та науковці. Лікарі були авторами рекомендацій щодо лікування (n = 8), тоді як фізичні та мануальні терапевти були основними авторами рекомендацій, присвячених БШ, пов'язаному з хлстовою травмою, неспецифічному болю, та загальних рекомендацій (n = 28).

У всіх проаналізованих авторами настанов щодо лікування БШ (крім одних) ФВ визнано ефективним методом лікування БШ (в одних рекомендаціях даний метод не був включений). Усі, окрім двох рекомендацій, пропонують використання МТ (маніпуляційної та мобілізаційної технік) для лікування БШ. Більшість рекомендацій пропонують використовувати комбінацію ФВ, МТ і мультимодальний підхід (комбінація різних фізичних методів), а також навчання пацієнта. Проте чотири з них не вважають навчання пацієнта корисним. Авторами зазначено, що на сьогодні не існує єдиного підходу щодо рекомендацій до використання таких методів фізичної терапії, як ТТ, електро-, лазеро- та ГРТ, а також використання холоду або тепла. Половина керівництв, що стосуються загальних підходів до терапії (n = 8), рекомендували медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні засоби, парацетамол, опіоїди та ін.) як самостійний метод або її використання в комбінації з немедикаментозними методами лікування (у більшості рекомендацій лікарі були співавторами). Більшість настанов не рекомендують використання шийних комірів, п'ять із них рекомендують застосування імпульсної електромаг-

нітної терапії. Авторами було зроблено висновок щодо нагальної необхідності розробки не тільки підходів до лікування БШ, але й настанов щодо алгоритмів діагностики та прогнозу БШ. Гетерогенність існуючих на сьогодні рекомендацій пояснюється авторськими колективами, якістю настанов та іншими факторами.

Таким чином, проведений нами аналіз сучасних літературних джерел засвідчив, що, незважаючи на велику доказову базу щодо ефективності різних методів фізичної терапії, сучасні рекомендації щодо БШ суттєво різняться. Методиками з найбільш доведеною ефективністю залишаються лікувальна фізкультура та мануальна терапія, а також комбінація різних фізичних методів з медикаментозним лікуванням. Індивідуалізований підхід до призначення різних методів фізичної реабілітації з урахуванням рівня больового синдрому, фізичного стану хворого, супутньої патології є оптимальним і забезпечує отримання максимального терапевтичного ефекту.

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: Григор'єва Н.В. — концепція і дизайн роботи, розробка комплексів лікувальної гімнастики у хворих з болем у ший, написання тексту статті; Поворознюк В.В. — аналіз отриманого матеріалу, корекція тексту статті; Немецька С.В. — розробка й апробація комплексів лікувальної гімнастики у хворих з болем у ший, написання тексту статті.

Список літератури знаходиться в редакції ■

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

ОБ ИВЕРМЕКТИНЕ И COVID-19

На фоне многочисленных разговоров и суеты вокруг ивермектина 8 марта Американское управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) опубликовало уведомление, предостерегающее от использования этого противопаразитарного препарата для лечения или профилактики COVID-19. Необходимость в этом возникла в связи со все возрастающим интересом к этому препарату, а также со множественными сообщениями о нуждающихся в медицинской помощи пациентах после самолечения ветеринарным ивермектином, сообщает портал Medscape.

Популярность ивермектина возросла после нескольких небольших работ, рассказывающих о положительных результатах его применения при COVID-19, однако Национальный институт здоровья (NIH) пишет, что «большинство этих исследований обладают неполной информацией и имеют значительные методологические ограничения». Согласно февральским рекомендациям NIH, нет достаточных доказательств для рекомендации за или против применения ивермектина для лечения COVID-19. «Необходимы достаточно мощные, с хорошим дизайном и хорошо организованные клинические исследования... для получения основанной на доказательствах рекомендации о роли ивермектина в лечении COVID-19», — цитирует NIH портал Medscape.

Исследования о возможном применении ивермектина при COVID-19 ведутся.

Так, например, на днях в JAMA опубликовали результаты колумбийского исследования. Авторы решили посмотреть, как влияет ивермектин на длительность симптомов у взрослых с легким течением COVID-19. Гипо-

теза исследования была такова: **ивермектин сможет улучшить выздоровление при применении в первые дни инфекции.**

Значимого влияния ивермектина на течение болезни у пациентов с легким COVID-19 авторы не обнаружили. Исследование, правда, проходило не совсем гладко: была смена первичного исхода, проблемы в процессе рандомизации у части пациентов, о чем они пишут в тексте (кому интересно, читайте в первоисточнике), но тем не менее это было двойное слепое рандомизированное контролируемое испытание, включавшее изначально 476 пациентов с легким течением COVID-19.

Включали пациентов с симптомами, возникшими в течение 7 дней, с легкой формой заболевания (амбулаторных или госпитализированных, но не на высокопоточном назальном кислороде и не на искусственной вентиляции легких. Исключали бессимптомных, с тяжелой пневмонией, получавших ивермектин в течение предыдущих 5 дней, пациентов с нарушением функции печени или с уровнем печеночных ферментов более 1,5 нормы. Всего в первичный анализ включили 398 пациентов (200 — получавшие ивермектин, 198 — плацебо) с легкими симптомами и длительностью заболевания менее 7 дней (амбулаторных или госпитализированных). Средний возраст участников составил 37 лет. У 316 человек не было сопутствующих заболеваний на входе в исследование. Большинство, 232 человека, были дома и могли выполнять повседневные задачи. Пациенты получали перорально ивермектин или плацебо в течение 5 дней. Период наблюдения составил 21 день.

По результатам исследования получалось, что длительность симптомов значимо

не различалась у пациентов, получавших ивермектин 5 дней, и тех, кто получал плацебо (среднее время до разрешения симптомов 10 vs 12 дней; относительный риск для разрешения симптомов 1,07).

К 21-му дню у 82 % пациентов в группе ивермектина и 79 % в группе плацебо симптомы разрешились.

Среди вторичных исходов: состояние нескольких пациентов ухудшилось, значимой разницы между группами не было (2 % в группе ивермектина и 3,5 % в группе плацебо). Не было значимой разницы между группами в количестве пациентов, которым понадобилась эскалация лечения (2 % в группе ивермектина и 3 % в группе плацебо). Умер один пациент в группе плацебо. Из-за нежелательных явлений покинули исследование 15 пациентов в группе ивермектина и 5 пациентов в группе плацебо.

Наиболее частыми нежелательными явлениями были головная боль (104 пациента (52 %) в группе ивермектина и 111 пациентов (56 %) в группе плацебо). Серьезные нежелательные явления возникли у четырех человек, по два в каждой группе, ни одно из них не было связано с исследуемым препаратом, пишут авторы.

Авторы напоминают, что интерес к ивермектину возник после одного из исследований *in vitro*, в котором в культуре клеток ивермектин вызывал снижение числа вирусных РНК. Однако таких концентраций *in vivo* нельзя достичь в безопасных дозах.

В общей сложности полученные в этом исследовании результаты говорят о том, что ивермектин не влияет значимо на течение COVID-19 на ранней стадии. Это согласуется с фармакокинетическими моделями, которые демонстрируют, что общая плазменная

концентрация и концентрация свободного ивермектина не достигают уровня, приводящего к 50% ингибированию вируса, даже в дозе, 10-кратно превышающей допустимую, пишут авторы.

Среди ограничений исследования авторы отмечают смену дизайна во время исследования (первоначально первичный исход представлял способность ивермектина предотвращать клиническое ухудшение, однако исход сменили в связи с малой частотой ухудшений у исследуемых пациентов); возможно, недостаточную мощность исследования для оценки первичного исхода.

Кроме того, в исследовании участвовали молодые люди с малым числом сопутствующих заболеваний и печеночными ферментами менее чем 1,5 нормы, поэтому результаты могут относиться только к таким популяциям. Важно также, что у молодых и здоровых редко развивается тяжелое течение COVID-19, поэтому способность ивермектина предотвращать тяжелое течение нужно оценить в последующих исследованиях, пишут авторы.

Таким образом, у взрослых с легким течением COVID-19 5-дневный курс ивермектина не уменьшал значимо время до разрешения симптомов по сравнению с плацебо. Результаты этого исследования не поддерживают использование ивермектина для лечения легкого COVID-19, хотя необходимы более масштабные исследования для понимания влияния ивермектина на другие клинически значимые исходы, заключают авторы.

www.fda.gov
www.medscape.com
www.jamanetwork.com ■

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ИЗРАИЛЯ



ПУХЛИК Б.М.,
д.м.н., профессор

Во главе израильского здравоохранения стоит министр — ставленник коалиции, победившей на выборах. Как правило, это политик, но не медик. Ниже есть генеральный директор, который чаще тоже не врач, и лишь его заместитель — ученый-медик. Как известно, Израиль давно перешел на страховую медицину, в основе которой лежит деятельность так называемых страховых касс. Каждый гражданин с 18-летнего возраста платит за обязательную медицинскую страховку от 3,1 до 5 % от своей зарплаты («грязной»). Корзина услуг этой страховки определена государством. За некоторые категории населения платит государство. Больничные кассы являются исполнительными органами закона об обязательном медицинском страховании, предоставляя медицинские услуги, определенные государством и входящие в корзину медицинских услуг. Основных больничных касс в Израиле четыре («Клалит», «Маккаби», «Меухедет», «Леумит»), их медицинские амбулаторные сети рассредоточены на всей территории страны. Все больничные кассы оказывают четыре уровня медицинских услуг: первый уровень — семейный врач и педиатр, принимающие в районных поликлиниках, второй — специалисты различных направлений, принимающие в районных поликлиниках, третий — стационар, четвертый уровень — реабилитация.

Каждая больничная касса сотрудничает (или имеет их в собственности) с различными медицинскими учреждениями: поликлиниками, стационарами, аптеками, женскими и детскими консультациями, диагностическими центрами, домами престарелых, пунктами неотложной помощи, а также врачами частной практики. Житель Израиля обязан записаться в одну из них, иначе он не сможет получить медицинскую помощь. Страховка обеспечивает так называемую корзину здоровья. Содержимое этой «корзины» определяется Министерством здравоохранения и периодически пересматривается: некоторые виды медуслуг и лекарственных препаратов заменяют более современными. В базовую «корзину» включены основные виды амбулаторного и стационарного лечения, диагностика и проведение анализов, физиотерапевтические процедуры, лекарственные препараты по льготным ценам, восстановительное лечение, акушерство и гинекология, общая госпитализация, вакцинация детей, психиатрическая помощь. Каждый член больничной кассы имеет свою личную карточку, которая применима в любом медицинском учреждении Израиля.

В медицинскую страховку обычно не входит обслуживание стоматологами (для этого есть специальная система страхо-

Никогда и никому не верьте, что где-то есть идеальное здравоохранение. К нему всегда есть и будут претензии. К большому сожалению, даже то, что было в моем советском прошлом, что я испытал, будучи врачом в Украине на разных уровнях, как мне кажется, было гораздо лучшим, нежели мы имеем сейчас в нашей стране. В моем прошлом доминировало высказывание Н.И. Пирогова: *«Будущее принадлежит медицине предупредительной»*, то есть профилактической. И я помню, как нас постоянно проверяли в школах, как женщины ходили к гинекологам, как проводилась ректороманоскопия, маммография, флюорография для выявления тубер-

кулеза и многое другое. Сейчас этого нет или почти нет. В Израиле не сказать чтобы тоже очень озадачивались профилактикой заболеваний, хотя медсестра может тебя взвесить, что-то спросить, женщин пошлют на маммографию, анализы. Но это, конечно, далеко не то, что нужно, а теперь, в связи с ковидом, и того почти нет. Говоря о здравоохранении Израиля, которое, конечно,

Явный недостаток медицины Израиля — большинство клиник, врачебных кабинетов и аптек не работают с середины пятницы до утра воскресенья в связи с празднованием Шаббата (субботы). В этот же период прекращается движение транспорта, что, естественно, создает помехи для заболевшего человека. Это не совсем медицина, но все же я преклоняюсь перед социальной защитой граждан Израиля, заботой об инвалидах, стариках. Но при этом не понимаю, как можно почти не кормить детей в израильских детских садиках (не говорю уже об убогих помещениях этих заведений), не кормить в школах. Горячей пищи нет, все несут в рюкзаках бутерброды. Думаю, это не может пройти бесследно для здоровья маленьких граждан Израиля. И еще один минус, который я испытал на себе. Постоянно ношу при себе нитроглицерин — возраст, эмоции. Он закончился, я попросил в аптеке «Супер-Фарм»



продать мне. Ответ: *«Нужен рецепт»*. — *«А если я вот тут сейчас упаду, то что делать?»* — *«Вызовем скорую»*. Конечно, никакая скорая в такой ситуации не успеет, но фармацевту это не объяснить. Выписал врач рецепт на аэрозольный нитроглицерин — *«А у нас нет»*. — *«Тогда дайте в таблетках»*. — *«Не имею права»*. Поэтому, конечно, плохо, что в Украине без рецепта можно получить многие препараты. Но мне кажется, что это все же лучше вышеописанного.

1. Несмотря на уничтожение принципа участковости и внедрение института семейного врача, я бы сказал, что первичное звено в Украине не слабее, чем в Израиле. Считал и считаю, что семейную медицину в Украине нужно было начинать внедрять с сельского уровня, где была острая нужда в переменах. Однако начали «ломать» именно с городских центров, где участковые врачи совсем неплохо делали свое дело. Ранее не было такого, чтобы на дом к больному в Израиле приходил врач, тогда как в Украине вызвать врача на дом — банальное дело. Сейчас здесь уже есть врачи, приходящие на дом. А вот о таком постулате в педиатрии, как до- и послеродовый патронаж,

я знаю лишь фрагментарно, нельзя не признать, что в целом его уровень значительно выше, чем в Украине. Чему удивляться: десять лет тому назад я был поражен, увидев, что и уровень здравоохранения в Молдове во многом опережает украинский, хотя ранее такого не было. Поэтому мое описание будет в определенной мере сравнительным: Израиль — Украина.

в Израиле мне неизвестно. Хочешь показать 2-недельного ребенка — приходи в поликлинику к педиатру. Работая в селе в период Союза, я запросто мог вызвать в село санавиацию, отвезти больного в областную больницу, заказать и получить (совершенно бесплатно для больного) практически любой препарат (если его не было в наличии, заведующая аптекой заказывала его в области или же брала из вблизи расположенных складов Гражданской обороны). Теперь от этой участковой больницы мало что осталось, а мой противотуберкулезный санаторный интернат вообще давно закрыли, хотя, учитывая войну, миллионы переселенцев, тотальную бедность населения, почти поголовное инфицирование туберкулезом детей, такие санаторные интернаты, где прекрасно кормили, долечивали малые формы туберкулеза, оздоравливали детей из тубконтактов, были бы очень нужны! С улыбкой вспоминаю, как на положительные реакции Манту у моих взрослых дочерей — врачей в Израиле — приходили посмотреть, настолько редким здесь было инфицирование туберкулезом. В Украине в 16 лет инфицированы туберкулезом до 90 %, в Израиле — до 5 %. А противотуберкулезных учреждений в Израиле, насколько мне известно, вообще не было и нет. Периодически мою дочь (пульмонолога), ранее работавшую в Израиле, приглашали посмотреть больных с подозрением на туберкулез в одном из общетерапевтических стационаров Израиля. О пульмонологии Израиля сказать ничего не могу, хотя моя дочь работала в центре по пересадке легких в больнице «Бейлинсон» (Петах-Тиква). Теперь это же она делает в США (Бирмингем). Врачи этих центров всего мира иногда общаются.

И еще о недостатках медицины Израиля. Скажем, семейному врачу на 1 больного отведено всего 10 минут. Что за это время можно сделать? Поэтому нередко работа семейного врача напоминает конвейер или он сознательно нарушает график приема больных. К тому же вся до-

И еще о недостатках медицины Израиля. Скажем, семейному врачу на 1 больного отведено всего 10 минут. Что за это время можно сделать? Поэтому нередко работа семейного врача напоминает конвейер или он сознательно нарушает график приема больных. К тому же вся до-

И еще о недостатках медицины Израиля. Скажем, семейному врачу на 1 больного отведено всего 10 минут. Что за это время можно сделать? Поэтому нередко работа семейного врача напоминает конвейер или он сознательно нарушает график приема больных. К тому же вся до-



кументация ведется в электронном виде, что требует большего времени, нежели начертание «каракулей» в амбулаторной карте, как было при мне в Украине. Не лишне заметить, что ведется электронный учет прихода и ухода с работы, врачи больниц обеспечиваются корпоративной телефонной мобильной связью.

Несколько слов о моей аллергологии. Мне кажется, что в Израиле она слабее украинской. Нет, они, как и мы, умеют опросить, ставят прик-тест, проводят функциональные пробы, способны провести аллерген-специфическую иммунотерапию (никаких «Алех», «Иммунокап» или иных сложных аппаратов нет). В аллергологии, как и везде, соблюдается принцип рентабельности, ибо эти методы врачу информации не добавляют. Аллергологов здесь очень мало: врач-аллерголог, как правило, набирает ставку, работая в 3–4 больницах, перемещаясь на своем транспорте (больницы возвращают 80 % денег за бензин). Больным здесь некогда получать аллерген-специфическую иммунотерапию — все (или родители детей) работают. А вот таких препаратов, как у нас, типа драже с аллергеном, которые можно самостоятельно принимать, здесь нет. Лет 15–20 тому назад я обратился в Минздрав Израиля с предложением создать здесь предприятие и производить аллергены из сырья Израиля. Но ответа не было, и израильские аллергологи продолжают работать с малоспецифичными для Израиля аллергенами США.

В Израиле непросто получить консультацию узкого специалиста. Иногда ее нужно ждать после направления семейного врача месяцами. Или можно ускорить процесс, проконсультировавшись у врача, ведущего приватный прием. При этом пациент заплатит только часть гонорара (его сумма колеблется в широких пределах — от 400 до 1000 и более шекелей (отношение к гривне сейчас примерно 1 : 8,5)), остальное компенсирует страховая касса. Как известно, у нас не так, но это не только плюс, но и минус, поскольку врач-специалист нередко как бы ведет первичный прием больных, что нерационально.

2. Не нужно считать, что медицина в Израиле бесплатная: во-первых, есть налог на здравоохранение для работающих. Кроме того, жители немало платят за дифференцированную (разный объем предоставляемых услуг) медицинскую страховку (даже пенсионеры), больницы очень хорошо зарабатывают на «медицинских туристах» (тут россияне и украинцы в первых рядах), конкурируют (что всегда хорошо) медицинские страховые компании и многое другое.

3. Могу несколько слов сказать и о скорой помощи Израиля. Существует два вида скорой помощи. Первый — белая карета скорой помощи с водителем-фельдшером, и с ним в паре, как правило, парамедик. Такая машина предназначена для доставки пациентов с заболеваниями и травмами средней тяжести в больницу. К подобным случаям относятся: роды, нетяжелые травмы, боли в животе и про-

чее, то есть состояния, не требующие особого лечения в дороге. Тем не менее эта бригада при необходимости может провести первичную реанимацию, дать больному кислород, даже сделать электростимуляцию, например, при аритмии.

Вызов белой кареты скорой помощи стоит от 250 до 450 шекелей. Второй вид машин скорой помощи — это оранжевые передвижные реанимационные бригады. Такие бригады укомплектованы врачами. Оснащены так же, как и отделение реанимации в больнице, — есть все необходимые приборы и лекарства. Вызов оранжевой кареты скорой помощи стоит около 750 шекелей, но во многих городах муниципалитеты участвуют в оплате, и больной платит меньше половины этой суммы. Больной не платит за обоснованные вызовы, вызовы, инспирированные семейным врачом. У нас скорую можно гонять бесконечно и «на дурняк».

4. Что касается стационара, то в Израиле многое намного лучше, чем у нас: палаты с перегородками или боксы на 1 человека с «полным фаршем», заказ меню, свободное посещение больных, одноразовые халаты для посетителей или ухаживающих (там, где это нужно) и неукоснительное исполнение протоколов по соответствующим заболеваниям. Естественно, никто не думает об отсутствии лекарств, стоимости диагностических процедур и т.п. Если вы попали в больницу по направлению врачей скорой помощи или вашего семейного врача, то все пребывание в больнице будет бесплатным. Глубоких стариков лечат и спасают, не считаясь ни с возрастом, ни с затратами. Вы можете заказать определенное меню, в поликлинике и стационаре везде установлены кулеры с холодной очищенной водой и кипятком, для тех, кто ждет врача (включая родственников больных), постоянно есть кофе и чай. В середине дня в дневном стационаре раздают бутерброды и пр. Наиболее затратную часть медицинских расходов составляют операции. Конечно, большую часть расходов берет на себя государство, но для больного оперативное вмешательство также может оказаться дорогостоящим. Я, по сути, лишь однажды попал в стационар — по поводу мочекаменной болезни. Все было сделано отлично, камни извлечены. Очнувшись после анестезии, я почувствовал боли в области сердца. Испугался, что это приступ стенокардии. Попросил дать мне нитроглицерин, но в послеоперационной его не было. «Возьмите у меня в палате», — предложил я. Но они вызвали заведующую кардиологическим отделением, она сделала УЗИ сердца и ничего не нашла — видимо, ущемился межреберный нерв.

5. Интересная ситуация и с аптеками. У нас аптеки — излишне часто встречающиеся учреждения. В Израиле изредка встречаются магазины, называемые «Супер-Фарм», где можно купить средства личной гигиены и даже некоторые лекарства по рецепту (без рецепта тут

мало что можно приобрести). Но в «Супер-Фарме» в большинстве случаев человек оплатит полную стоимость препарата. Наиболее посещаемые аптеки, принадлежащие страховым кассам, размещаются в амбулаториях/поликлиниках, где препараты выдаются со скидками (в зависимости от вида страховки, пенсионерам — 50 %) или даже бесплатно (онкология). В Украине мое заболевание «стоило» около 12 тыс. евро в месяц, что практически обрекло меня на смерть. Я уехал за спасением в Израиль, и здесь за 5 лет государство выдало мне бесплатно нужных препаратов на сумму свыше 750 тыс. евро. Есть компьютеризованная система очереди, фармацевтов одновременно работает 3–4. Последние выдадут тебе препараты, если они есть в твоём «деле», то есть выписаны семейным врачом. Есть связанная со страховыми кассами система разрешений (ишур) на определенные (как правило, дорогостоящие) препараты. То есть семейный врач или врач-специалист пишет «наверх» ходатайство на определенный редкий препарат, обосновывает его, и в большинстве случаев приходит положительный ответ на полгода-год. Потом все это нужно повторять.

6. Немного о врачах в Израиле.

Во-первых, нужно знать, что, сдав врачебный экзамен после израильского медицинского факультета университета и прохождения «стажа» (что-то типа нашей интернатуры) или сдав его в Израиле после окончания нашего медвуза, ты получаешь лишь сертификат врача (шлав алеф). Думаю, что без специальной подготовки его в лучшем случае сдадут единицы наших выпускников. Сейчас, ввиду дефицита врачей в Израиле, лица с 5-летним врачебным стажем такого экзамена уже не сдают. После целенаправленной подготовки эта цифра, возможно, вырастет до 20–30 %.



Больших усилий и определенного срока работы, прохождения специальной и длительной подготовки (итмахуд) требует сдача экзаменов на уровень врача-специалиста (шлав бет), и это крайне сложно, но возможно. Как правило, врачи также проходят дополнительную двухгодичную подготовку по одной из узких специальностей в США, Канаде или Европе. Естественно, зарплата врачей-специалистов гораздо выше. Больница ежемесячно перечисляет на особый счет серьезные средства на повышение квалификации врача. Он может за эти деньги поехать на определенный срок в интересующую его клинику мира или забрать их. Ученая степень даже доктора наук не дает никаких преимуществ врачу в Израиле. Это сомнительно.

Страховые компании также страхуют и профессиональную деятельность врачей: в Израиле существует личная ответственность за результат профессиональной деятельности. Страховые компании страхуют только ту профессиональную часть работы, по которой данный врач прошел специализацию.

Я встречал в Израиле множество своих бывших соотечественников — врачей-неспециалистов и специалистов, и все

они отмечают трудность работы врачом в Израиле. Подчас некогда поесть или сделать звонок по телефону. Плотность и объем работы нашего врача намного ниже. Естественно, врач в Израиле, как правило, небедный, но и небогатый, по здешним меркам, человек. Он всегда на машине (ее можно купить в рассрочку). Большинство врачей имеет свое жилье (тут обычно строят 3–4-комнатные квартиры или виллы), также купленное (или выкупаемое) в рассрочку под 3–4 % годовых. В отпуск для врача не проблема поехать на отдых или туристом за границу (отпуск, как правило, 2-недельный, позже в течение года можно взять еще часть дней). Наш врач, за редким исключением, об этом может только мечтать. Израильские врачи имеют бесплатное лекарственное обеспечение.

Я гораздо меньше знаю о ситуации со средними и младшими медработниками. В Израиле они уважительно относятся к врачам, но имеют свое руководство и подчиняются ему. Медработники не «мельгешат» в палатах, тем более врачи. Вообще, больным гораздо больше общается со средним медперсоналом, а врача видит мало. Там, где труднее и беднее, чаще работают наши земляки. Скажем, врачи и средние лаборанты — очень часто русскоязычные.

Пенсионная система в Израиле и государственная, и негосударственная (пенсионные фонды). Если стаж работы врачом больше 20 лет, то полученная из разных источников пенсия может обеспечить жизнь пенсионеру (хоть и не шикарную). Если ты проработал врачом менее 10 лет, то пенсия не отличается от помощи по старости (составляет примерно 3–3,5 нашей профессорской зарплаты, хотя цены на все в Израиле очень высокие). Из-за дефицита врачей здесь, как и у нас, работает много врачей-пенсионеров, хотя выходят на пенсию здесь позже (в 68 лет).

Очень небедное здравоохранение Израиля старается экономить средства и даже сложных больных лечит амбулаторно. Хорошо ли мне? И да, и нет. Хорошо, потому что моя болезнь, относимая к разряду онкологических, лечится для больного совершенно бесплатно. Плохо, потому что страна Украина, в которой я за свою врачебную жизнь принял и проконсультировал около полумиллиона пациентов, не нашла денег на мое лечение. Обидно ли это? Безусловно, да. Мог ли я рассчитывать на такое, старательно учась в общей сложности свыше 40 лет (а реально — по сей день), работая свыше 45 лет? Но, помимо только моих житейских проблем, страшно гнетет другое: как быть моим друзьям и сверстникам из Украины, таким же людям, которые всю жизнь пахали, но к старости остались без возможности полноценно лечиться (или даже купить элементарные лекарственные препараты), вынуждены униженно обращаться за подачкой-субсидией, то есть использовать народом придуманные 3Д (прошу не путать с мобильной связью): доедаю, донашиваю, доживаю. Встретившись с однокурсниками в 50-летний юбилей окончания мединститута, я увидел, насколько бедны мои коллеги. Одни что-то перепродают на рынке, другие даже не пришли на встречу, не имея, во что одеться.

Говорят, нужно иметь счастье не только родиться, но и умереть. Неудивительно, что я, врач, думаю и пишу в первую очередь о тех категориях (жизнь, смерть), с которыми имел дело многие годы. И поскольку пребывание по разные стороны больничной койки (врач — пациент) коренным образом меняет мировоззрение, я искренне надеюсь, что мои записки и соображения окажутся интересными не только для врачей, но и для больных. ■



УЛЮБЛЕНА ГАЗЕТА ЛІКАРІВ УКРАЇНИ



Тематичні номери газети «Новини медицини та фармації»:

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

Газета «Новини медицини та фармації» — надійне джерело наукової інформації для лікарів різних спеціальностей. У газеті оперативно публікуються всі нормативні акти МОЗ України, затверджені стандарти і протоколи лікування, міжнародні та вітчизняні рекомендації з лікування й діагностики різних захворювань.



ШЕФ-РЕДАКТОР
ЗАСЛАВСЬКИЙ
Олександр Юрійович



ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
БРАНДІС
Тетяна Яківна



ЗАСТ. ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА
КУПРІНЕНКО
Наталія Василівна



ЗАСТ. ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА
ТЛУСТОВА
Тетяна Володимирівна



Наклад 50 000 прим.

24 роки
бездоганної
роботи
в Україні

У 2021 році вийшов
750-й номер газети

ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС
21742

Індексується
в міжнародних
наукометричних
і спеціалізованих базах



Лауреат
міжнародного
академічного
рейтингу популярності
«Золота фортуна».
Лідер рейтингу думок
терапевтів
і сімейних лікарів України

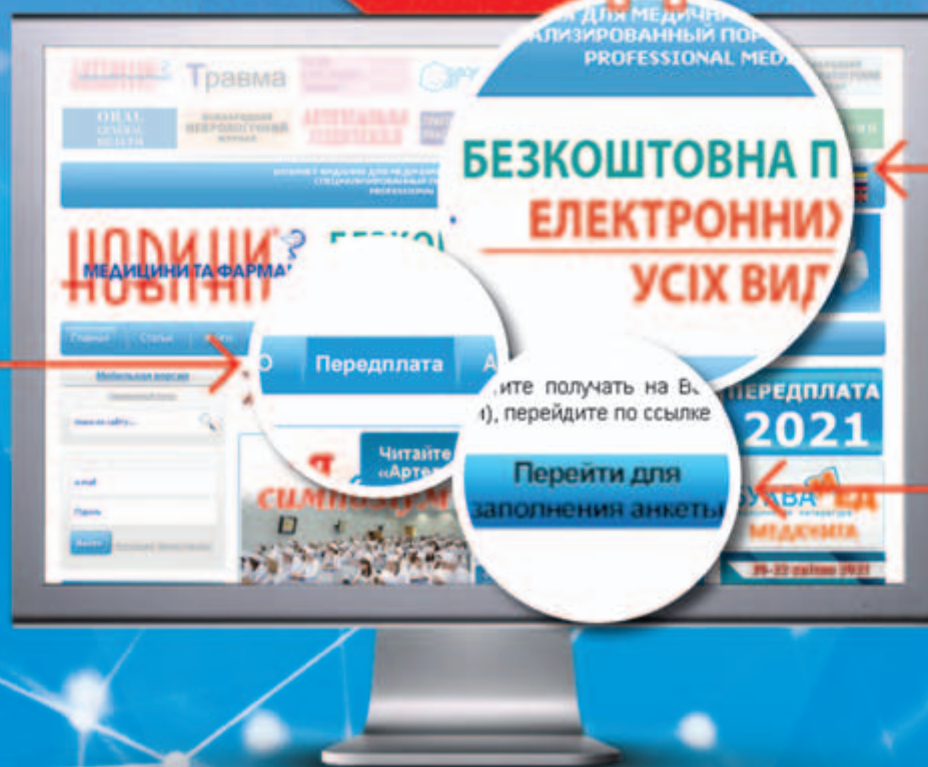
ШАНОВНИЙ ЧИТАЧУ!

ВД «ЗАСЛАВСЬКИЙ» ПРОПОНУЄ ВАМ

БЕЗКОШТОВНУ ПЕРЕДПЛАТУ НА ЕЛЕКТРОННІ ВЕРСІЇ ВСІХ НАШИХ ВИДАНЬ.

1

На сайті
www.mif-ua.com
знаходимо розділ
«Передплата»



2

Натискаємо
кнопку
«**Безкоштовна
передплата
на електронні
видання**»

3

Заповнюємо
анкету.
ВІТАЄМО!
**ВАША ПЕРЕДПЛАТА
ОФОРМЛЕНА!**
На вашу електронну
адресу будуть
надходити електронні
версії видань.

ПЕРЕДПЛАТА — 2021

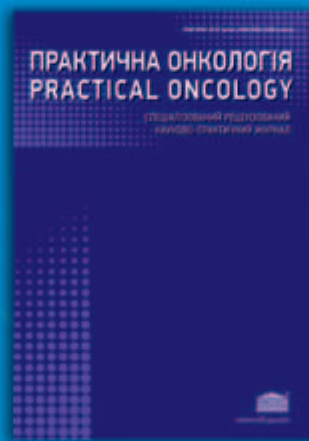
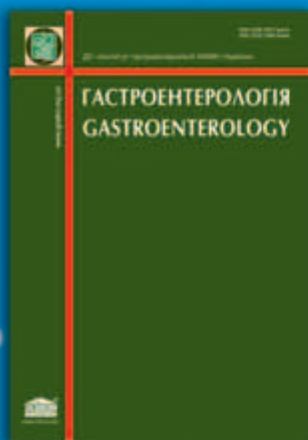
З ЛЮБОВ'Ю
ДО ЛІКАРІВ,
ІЗ ТУРБОЮ
ПРО ПАЦІЄНТІВ

ЗАСЛАВСЬКИЙ
Издательский дом



ПРОФЕСІЙНІ ВИДАННЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ

ВКЛЮЧЕНІ В НАУКОМЕТРИЧНІ І СПЕЦІАЛІЗОВАНІ БАЗИ ДАНИХ: НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», «Наукова періодика України», Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, Directory of Research Journals Indexing (DRJI), Academic Resource Index (Research Bible), Universal Impact Factor, General Impact Factor.



РЕДАКЦІЙНА ПЕРЕДПЛАТА НА ПЕРІОДИЧНІ ВИДАННЯ НА 2021 РІК

БЛАНК ЗАМОВЛЕННЯ І РАХУНОК-ФАКТУРА

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

Одержувач Адреса: _____
тел.: _____

Замовлення Без замовлення

Рахунок-фактура № 0000 _____

від «___» _____ р.

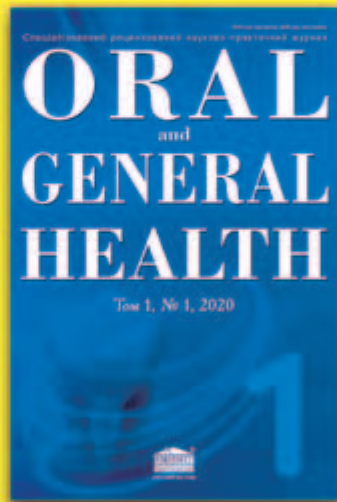
№	НАЙМЕНУВАННЯ	ОБ'ЄМ	СУМА БЕЗ ПДВ
1	Газета «Новини медицини та фармації» ☐	16 номерів	1680,00
Тематичні номери газети «Новини медицини та фармації» на 2021 рік			
2	Гастроентерологія. Проктологія ☐	6 номерів	900,00
3	Кардіологія. Ревматологія ☐	6 номерів	900,00
4	Неврологія. Нейрохірургія. Психіатрія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

Виписав (ла):



Заславський О.Ю.

Вийшов
ПЕРШИЙ
НОМЕР
нового
журналу
з проблем
стоматології
й комор-
бідних
станів



NEW

Кожному передплатнику друкованої версії газети на 2021 рік
ДАРУЄМО СЕРТИФІКАТ магазину «Буквамед» із 7% знижкою
і **ТРИ КНИГИ** на вибір із серії «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»



Ми раді бачити вас серед передплатників
Видавничого дому «Заславський» у 2021 році.
Сподіваємося, що всі наші видання, які ви отримаєте,
будуть вам корисні й цікаві. Чекаємо на вас!

Пишіть нам:
Заславський О.Ю.,
а/с № 74, м. Київ, Україна, 04107.

20 ЗАКОНОВ ЖИЗНІ, которые многое объясняют

Некоторые странные вещи, происходящие с вами, на самом деле закономерны.

Соседняя очередь всегда движется быстрее, а одежда, которой годами не пользовались, становится экстренно необходима только после того, как оказалась в мусорном баке? Эти и многие другие ситуации, с которыми сталкивался практически каждый, легли в основу жизненных законов.

1. ЗАКОН МЕРФИ

Все, что может пойти не так, пойдет не так. Согласно этому принципу, если что-то плохое может произойти, то оно обязательно произойдет. При этом из возможных неприятных ситуаций случится худшая.

2. ЗАКОН МЕСКИМЕНА

Никогда не хватает времени, чтобы сделать работу хорошо. Зато оно всегда находится, чтобы все переделать. И такое случается. До последнего момента мы откладываем важное дело, потом справляемся с ним кое-как и на переделывание тратим гораздо больше.

3. ЗАКОН ПО

Без улыбающегося смайлика или любого другого явного признака юмора невозможно шутить на острые темы, чтобы хоть кто-нибудь не воспринял это всерьез.

Любая шутка или пародия на острую тему обязательно будет воспринята кем-то как истинное утверждение.

4. СОСЕДНЯЯ ОЧЕРЕДЬ ВСЕГДА ДВИЖЕТСЯ БЫСТРЕЕ

Даже если в ней пять людей с полными тележками, а в вашей — только двое с бутылкой воды и пачкой макарон. Либо ломается касса, либо кто-нибудь из них начинает отсчитывать мелочь.

5. ЗАКОН ХЛЕЙДА

Поручайте сложную задачу ленивому сотруднику. Он найдет самый легкий путь ее решения. Ему просто будет лень усложнять себе работу.

6. ЗАКОН ПОИСКА

Нужно начинать поиски с самого неподходящего места. Если вы не ожидаете найти ножницы в корзине для белья, возможно, они именно там.

7. БРИТВА ХЭНЛОНА

Никогда не объясняйте злым умыслом то, что легко можно объяснить глупостью. Сначала ищите причину в людских ошибках и только потом думайте, что человек сделал что-то специально, из недобрых побуждений.

8. ЗАКОН ПАРЕТО

20 % усилий дают 80 % результата, остальные 80 % усилий — только 20 % результата.

Соотношение усилий и результата неравноценно: 20 % клиентов приносят компании 80 % прибыли, а 80 % времени, потраченного на текущие задачи, принесут только 20 % пользы. И так в любой сфере жизни.

9. ЗАКОН ПАРКИНСОНА

Работа заполняет время, отведенное на нее. Вы можете выполнить задачу за один день, но отвели на нее неделю. И вы будете работать над ней неделю.

10. ЗАКОН ЛЕРМАНА

Любую техническую проблему можно решить,

если есть достаточно времени и денег. Следствие Лермана: вам всегда будет не хватать времени или денег.

11. ОТКРОВЕНИЕ СТАРДЖОНА

90 % чего угодно — ерунда. Если вам скажут, что 90 % вашей дипломной работы — чушь, помните, что это относится не только к вашей писанине.

12. ПРИНЦИП ПИТЕРА

Компетентные сотрудники, поднимаясь по карьерной лестнице, достигают своего уровня некомпетентности.

Согласно этому принципу, рано или поздно человек окажется на должности, с которой не справляется.

13. ЗАКОН ГАМПЕРСОНА

Вероятность достижения желаемого результата обратно пропорциональна силе желания.

Когда вы опаздываете на работу, то попадаете в пробку, автобусы ломаются, приходится идти пешком. Но если вы решите прогуляться, то эти автобусы будут проезжать мимо вас один за другим.

14. ЧЕТВЕРТЫЙ ЗАКОН ФИНЭЙГЛА

Если работа идет не так, то любая попытка спасти ситуацию только ухудшит ее. Иногда лучшее — враг хорошего.

15. ТРЕТИЙ ЗАКОН ЧИЗХОЛМА

Люди понимают предложения не так, как тот, кто их делает. Даже если вы излагаете мысль четко и понятно, кто-нибудь истолкует ее по-своему.

16. АКСИОМА КАНА И ОРБЕНА

Если ничего больше не помогает, прочтите инструкцию. Почему-то о ней вспоминают слишком поздно.

17. ЗАКОН ОУЛДА И КАНА

Эффективность совещания снижается пропорционально росту числа участников и затраченного на него времени. Продолжительные встречи с большим количеством обсуждающих часто ни к чему не приводят.

18. ЗАКОН ХЕНДРИКСОНА

Если проблема требует неоднократных совещаний, они в итоге станут важнее самой проблемы. И, возможно, ее не решат.

19. ЗАКОН ПИСЬМА

Как только вы запечатываете конверт или бросите письмо в почтовый ящик, вам в голову сразу же придет важная мысль. В случае с электронными письмами все, конечно, проще. Можно следом отправить второе — много времени это не займет.

20. ЗАКОН ДОБРОВОЛЬНОГО ТРУДА ЗИМЕРГИ

Человек всегда согласен взяться за работу, когда это уже не нужно. Потому что, скорее всего, ему ничего и не придется делать.

А с какими из этих законов сталкивались вы? Или в вашей жизни бутерброды никогда не падают маслом вниз? ■



В Одессе никто не лезет за словом в карман, и на любую фразу вы можете получить совершенно неожиданный и оригинальный ответ. Он будет непременно пропитан местным колоритом и чувством юмора.

☺ ☺ ☺

— Доктор, это вам.
— Это что?
— Моя маленькая благодарность: коньяк, конфеты...
— Послушайте, а кто вам дал право тратить мои деньги?!

☺ ☺ ☺

— Я таки извиняюсь, но куда это вас так послали, шо ви пришли именно сюда?

☺ ☺ ☺

— Да пошло оно все на фиг!
— Роза, а как же я?
— А ты, Фима, будешь возглавлять это шествие!

☺ ☺ ☺

— Фима, мы едем в отпуск!
— И таки куда, если не секрет?
— Едем туда, где все включено, — к маме!

☺ ☺ ☺

— Как приготовить омлет по-еврейски?
— Для начала занимаем у соседа три яйца...

☺ ☺ ☺

— Фима, а ты таки знаешь, шо руки женщины должны содрогаться от подарков, ноги — от секса, а сердце — от пылкой и страстной любви?!
— Розочка, рыба моя, а тебя не разорвет от такого резонанса?!

☺ ☺ ☺

— Абрам, кажется, вы с Сарой в ссоре?
— Нет, ну ты таки скажи мне, Фима... Как я мог испортить ей день рождения, если я даже не помню, когда он у нее?

☺ ☺ ☺

— Абрам, ты мне плати за каждый сброшенный килограмм по 100 долларов — я тогда быстро и похудею.
— Да ты шо, Сара, бойся бога! Таких цен на сало нет ни в одной стране!

☺ ☺ ☺

— Сара, теперь мы будем жить в дорогой квартире, как ты и хотела!
— Ой, Абрам, как я рада! Мы покупаем квартиру?
— Нет, нам повысили квартплату...

☺ ☺ ☺

В Одессе фраза «ну, не буду вам мешать» означает, что помогать вам никто не собирается.

☺ ☺ ☺

— Абрам, что такое судьба?
— Ой, это если вы идете по улице, и вам на голову падает кирпич!
— А если мимо?
— Значит, не судьба.

☺ ☺ ☺

— Изя, как узнать человека поближе?
— Моня, это таки не сложно, просто приди к нему с вещами!

☺ ☺ ☺

— Мадам! Когда вы улыбаетесь, я жутко хочу пригласить вас к себе.
— О-о-о... Вы такой донжуан?!
— Я вас умоляю! Я шикарный стома-толог...

☺ ☺ ☺

Одесса. Пляж.
— Моня, ты куда таки пошел? Утонешь, у тебя же камни в почках!

☺ ☺ ☺

Одесса.
— Вы не подскажите, где здесь консульство?
— Какой страны?
— А какую вы посоветуете?

☺ ☺ ☺

Привоз.
— Мне, пожалуйста, пол-арбуза.
— Это самец.

☺ ☺ ☺

Встречаются две подруги:
— Цилия, ты таки хорошо поправилась!
— Это я еще похудела! Видела бы ты меня месяц назад! Я была такой, как ты сейчас!

☺ ☺ ☺

— Гуревич, вы пролежали у нас в клинике целый месяц. Вы мне лично обещали бросить курить и стать другим человеком!
— Доктор, я стал другим человеком, но этот человек тоже курит.

☺ ☺ ☺

— Соломон Маркович! Что такое зрелый возраст?
— Это период между концом иллюзий молодости и началом галлюцинаций старости... ■



АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
НЕРВОВИХ
ХВОРОБ

у практиці
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

У ПРОДАЖУ!
www.bookvamed.com.ua



Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення¹
Дименгідринат + цинаризин



ПЕРША ЛІНІЯ
лікування запаморочення⁴



Швидка дія^{4, 5, *}

№1 у Німеччині²

 **Ефективніший
за бетагістин та
інші препарати⁴**

 *Добре
переноситься*^{3, 4}



По

1 табл.
3 рази на день¹



* Вже протягом першого тижня.

1. За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® № 707 від 25.03.2020. Р.П. UA/14331/01/01.

2. Препарат № 1 від запаморочення за рівнем продажу в євро у Німеччині. IMS data MAT/06/2017

3. Shremmer D. Clin Drug Invest. 1999. Nov; 18 (5): 355-368.

4. Trinius K. F. Ukraine Health. Special Issue "Neurology, Psychiatry, Psychology": 2015. Dec: 4 (35): 3. 6-8

5. Scholtz et al., *Clin Drug Investig*. 2012; 32(6): 387-399.

АРЛЕВЕРТ®. 1 таблетка містить цинаризину 20 мг та дименгідринату 40 мг.

АЛКАРСЕРТ[®] – таблетка містить цинаризину 20 мг та діаметр циліндру 40 мм.

Лікарська форма. Таблетки. Фармакотерапевтична група. Комбінований препарат цинаризину. Код АТС N07CA52. **Показання.** Симптоматичне лікування запаморочення різного генезу.

Протипоказання. Алергічні реакції або гіперчутливість на будь-який із компонентів препарату. Тяжкі порушення функції нирок та печінки. Закритокутова глаукома. Судоми. Підозри на підвищений внутрішньочерепний тиск. Алкоголізм. Затримка сечі та інше. **Спосіб застосування та дози.** По 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість застосування препарату 4 тижні. Рішення про більш тривале лікування повинен приймати лікар. **Побічні реакції.** Сонливість, головний біль, сухість у роті, біль в животі, парестезія та інші.

Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник.** Хенніг Арцнайміттель ГмбХ & Ко КГ. Лібігштрассе 1-2, 65439 Фльорсхайм-на-Майні, Німеччина.

За повною інформацією звертайтеся до інструкції з медичного застосування препарату Арлеверт® № 707 від 25.03.2020. Р.П. UA/14331/01/01.

Представництво «Берлін-Хемі/А-Менаріні Україна ГмБХ»

Адреса: Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: (044) 494 33 88.

Інформація про рецептурний лікарський засіб для спеціалістів охорони здоров'я.

UA_Arl-01-2020_V1_Poster. Затверджено 03.04.2020.



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Респеро Миртол | Респеро Миртол форте

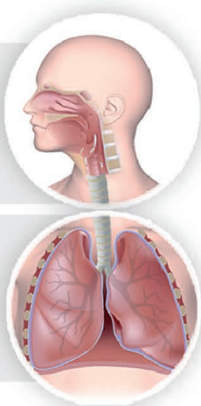
дистиллят суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона



ПРИ ГОСТРОМУ СИНУСИТІ ЗНАЧНЕ ПОЛЕГШЕННЯ СИМПТОМІВ ТА ЗМЕНШЕННЯ ПОТРЕБИ В АНТИБІОТИКАХ VS PLACEBO²

1 капсула

2 показання
(бронхіт та синусит)^{1*}



Інформація про безрецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група. Відхаркувальні засоби, за винятком комбінованих препаратів, що містять протикашльові засоби. Код АТХ R05C. **Склад Респеро Миртолу:** 1 капсула містить 120 мг дистилляту суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона. **Склад Респеро Миртолу Форте:** 1 капсула містить 300 мг дистилляту суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона. **Показання.** У складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, при запаленні придаткових пазух носа (синуситі). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату; запальні захворювання шлунка, кишечника та жовчовивідних шляхів; тяжкі порушення функції печінки. **Спосіб застосування та дози.** Капсули Респеро Миртолу рекомендовано приймати за 30 хвилин до їди, запивати великою кількістю прохолодної води або іншими напоями. Дорослим та дітям віком від 10 років рекомендовано приймати по 2 капсули 4-5 разів на добу при клінічній картині гострого запалення. При хронічному процесі приймати по 2 капсули 3 рази на добу. Таке ж дозування рекомендоване при довготривалій терапії. Для полегшення ранкового відходження мокротиння при хронічному бронхіті рекомендовано приймати додатково 2 капсули Респеро Миртолу ввечері, перед сном. Дітям віком від 3 до 10 років (даний препарат призначати дітям у той період, коли вони можуть самостійно ковтати капсулу): при клінічній картині гострого запалення дітям рекомендовано приймати по 1 капсулі 4-5 разів на добу. З метою створення умов для поліпшення сну останню дозу потрібно приймати перед сном; при хронічному процесі приймати по 1 капсулі 3 рази на добу. Таке ж дозування рекомендоване при довготривалій терапії; для полегшення ранкового відходження мокротиння при хронічному бронхіті рекомендовано приймати додатково 1 капсулу Респеро Миртолу ввечері, перед сном. Препарат застосовувати у період проявів симптомів захворювання та протягом 2-4 днів після їх зникнення. **Спосіб застосування**

та дози. Капсули Респеро Миртолу Форте рекомендовано приймати за 30 хвилин до їди, запивати великою кількістю прохолодної води або іншими напоями. Дорослим та дітям віком від 10 років при клінічній картині гострого запалення приймати по 1 капсулі 3-4 рази на добу. З метою створення умов для поліпшення сну останню дозу потрібно приймати перед сном. При хронічному процесі приймати по 1 капсулі 2 рази на добу. Таке ж дозування рекомендоване при довготривалій терапії. Для полегшення ранкового відходження мокротиння при хронічному бронхіті рекомендовано приймати додатково 1 капсулу Респеро Миртолу ввечері, перед сном. Дітям віком від 6 до 10 років (даний препарат призначати дітям у той період, коли вони можуть самостійно ковтати капсулу) призначати по 1 капсулі 2 рази на добу. Препарат застосовувати у період проявів симптомів захворювання та протягом 2-4 днів після їх зникнення. **Побічні реакції.** Рідко (від 1 до 10 випадків на 1000) можуть виникати більові явища і дискомфорт у шлунково-кишковому тракті. Дуже рідко (від 1 до 10 випадків на 10000) може виникати нудота, блювання, діарея. Також спостерігаються поодинокі випадки алергічних реакцій, у тому числі висипи на шкірі, свербіж, почервоніння, набряк обличчя, задишка, циркуляторні порушення. В 1 випадку на 10000 може виникати загострення жовчочам'яної і сечочам'яної хвороби. **Виробник.** Г. Поль-Боскамп ГмбХ & Ко. KG/G.Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, Kliner Штрассе 11, 25551 Хохенлохтедт, Німеччина/Kieler Strasse 11, 25551 Hohenlockstedt, Germany. РП №4948/01/01, 4948/01/02. Для докладної інформації дивись повну інструкцію для медичного застосування лікарського засобу Респеро Миртол та Респеро Миртол Форте. Затверджено наказом МОЗ України № 1957 від 25.08.2020. Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів. За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89.

1. Інструкції для медичного застосування препарату (Респеро Миртол та Респеро Миртол Форте № 1957 від 25.08.2020. 2. Federspil P, Wulkow R, Zimmermann T. Wirkung von Myrtol® standardisiert bei der Therapie der akuten Sinusitis-Ergebnisse einer doppelblinden, randomisierten Multicenterstudie gegen Placebo [Effects of standardized Myrtol® in therapy of acute sinusitis-results of a double-blind, randomized multicenter study compared with placebo]. Laryngorhinootologie. 1997;76(1):23-27. На основі результатів рандомізованого, подвійного сліпого, плацебо-контрольованого, багаточентрового дослідження, в якому оцінювали більшу ефективність препарату (300 мг x4) та/або іншого ефірного масла у порівнянні з плацебо на підставі оцінки симптомів до та після лікування, потреби в застосуванні антибактеріальних засобів та необхідності подальшого лікування. Ступінь тяжкості синуситу оцінювали за шкалою оцінки симптомів; для включення в дослідження необхідно було отримати 10 з 25 максимально можливих балів. Всього в дослідження було включено 331 пацієнта з діагнозом «гострий неускладнений синусит», з яких 330 були включені до аналізу всіх рандомізованих пацієнтів, а 291 – до аналізу ефективності. До аналізу всіх рандомізованих пацієнтів/ефективності були включені 109/94 пацієнти в групі застосування препарату Миртол®, 110/97 пацієнтів в групі застосування ефірних олій та 111/100 пацієнтів в групі плацебо. Пацієнти були рандомізовані для отримання препарату Миртол® 300 мг щодня, або 300 мг ефірної олії щодня, або плацебо щодня протягом 6 ± 2 днів під час періоду подальшого спостереження, який тривав 14 днів.

* У складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, при запаленні придаткових пазух носа (синуситі).

UA-RES-01-2021-V1 – Visual. Затверджено 04/01/2021



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

ЗМІСТ

МЕДИЦИНА
СЬОГОДНІ

Респіро Миртол®
та Респіро Миртол Форте®
для лікування риносинуситів:
нове рішення старої проблеми 3

АКТУАЛЬНА
ТЕМА

Вакцини проти COVID-19.
Зробити щеплення і/або вижити 6



НОВИНИ

У Верховній Раді зареєстрували
законопроект про відповідальність
виробників вакцин 7

Європейська медична агенція
не підтвердила залежність випадків
тромбозу від вакцинації 7

Китай схвалив четверту вакцину
проти коронавірусу
для екстреного використання 7

Ярно Хабіт:
«Вакцини від COVAX надійдуть
в Україну пізніше» 9

Максим Степанов:
«За три роки Україна досягне
трансплантаційної незалежності» 9

НОВІТНІ
ТЕХНОЛОГІЇ

Зцілення на відстані:
виклики, які вирішує телекардіологія 8



ДАЙДЖЕСТ

Пробіотики можуть бути корисними
при лікуванні COVID-19 10

Як підтримувати імунну систему
в хорошому стані 10

ОФІЦІЙНА
ІНФОРМАЦІЯ

Реалізація Програми медичних
гарантій — шлях до універсального
охоплення 11

Наказ МОЗ України від 01.03.2021
№ 369 «Про внесення змін
до Дорожньої карти
з впровадження вакцини
від гострої респіраторної хвороби
COVID-19, спричиненої коронавірусом
SARS-CoV-2, і проведення
масової вакцинації
у відповідь на пандемію...» 11

Кількість нещасних випадків
без урахування профхвороби
на COVID-19 зменшилась
на 18,3 % 11

ЕТИКА
І ДЕОНТОЛОГІЯ

Конфликтные ситуации
в медицинской практике:
этические и правовые аспекты 12

ІСТОРІЯ
МЕДИЦИНИ

Аптека средневекового города
и методы лечения эпохи
Средних веков 14

МЕДИЧНІ
ФОРУМИ

XII Міжнародний медичний форум
«Інновації в медицині —
здоров'я нації» 18

РЕСПЕРО МИРТОЛ® ТА РЕСПЕРО МИРТОЛ ФОРТЕ® ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РИНОСИНУСИТІВ: НОВЕ РІШЕННЯ СТАРОЇ ПРОБЛЕМИ

ДЄЄВА Ю.В., д.м.н., професор, завідувач кафедри оториноларингології
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Проблема риносинуситу є однією з найактуальніших у сучасній оториноларингології. Останніми роками спостерігається зростання частоти захворювань носа та приносових пазух, що проявляється збільшенням як абсолютних (захворюваності та поширеності), так і відносних (частка в структурі оториноларингологічної патології) показників (1). На сьогодні в Україні хворі на риносинусит становлять близько 20–40 % госпіталізованих від числа загальної кількості пацієнтів ЛОР-стаціонарів, у Польщі — 16 %, у Румунії — 13 %, у Білорусії — 9,71 %. Зростання гострих і хронічних захворювань порожнини носа й приносових пазух обумовлене несприятливою екологічною обстановкою, збільшенням кількості алергічних та респіраторних вірусних інфекцій, зниженням місцевого й загального імунітету, а також появою резистентних патогенних штамів (2).

Риносинусит має суттєвий негативний вплив на якість життя. Він призводить до великих витрат у галузі охорони здоров'я через візити до лікаря, призначення та застосування лікарських засобів, синусотомії, днів невідвідування робочого місця [5, 8]. Результатами досліджень доведено, що пацієнти оцінюють перебіг хронічного захворювання приносових пазух, зокрема біль у тілі та соціальне функціонування, як більш виснажливий, ніж таких захворювань, як ангіна, застійна серцева недостатність, емфізема, хронічний бронхіт та біль у попереку [8].

ДЕФІНІЦІЯ І КЛАСИФІКАЦІЯ РИНОСИНУСИТІВ

Згідно з рекомендаціями EPOS (2020), риносинусит визначають [3] як запалення носа та приносових пазух, яке характеризується двома або більше симптомами, один з яких — закладеність носа/утруднене носове дихання або виділення з носа (ринорея чи постназальне затікання) ± біль/тиск у ділянці обличчя ± зниження/втрата нюху і будь-яка з ендоскопічних ознак:

- ➔ носові поліпи,
- ➔ та/або слизово-гнійні виділення, насамперед із середнього носового ходу,
- ➔ та/або набряк/обструкція, переважно в середньому носовому ході,
- ➔ та/або КТ-зміни слизової оболонки в остіомеатальному комплексі та/або пазухах.

За тривалістю захворювання розрізняють такі форми риносинуситу: гостру, рецидивну гостру та хронічну [4]. Гострий риносинусит (ГРС) характеризується симптомами, які зберігаються протягом менше 12 тижнів. До нього належать вірусний риносинусит та бактеріальний риносинусит. У контексті ГРС також розглядають гострий рецидивний риносинусит — наявність принаймні 3–4 задокументованих епізодів ГРС за умови, що кожен із них тривав не менше 7 днів. Хронічний риносинусит (ХРС) — це запалення приносових пазух понад 12 тижнів, із поліпами та без них.

Для вибору лікування поточного епізоду захворювання прийнято використовувати класифікацію риносинуситу за тяжкістю перебігу. У класифікації, запропонованій в EPOS (2020), визначення тяжкості риносинуситу здійснюється лікарем на підставі оцінки впливу симптомів риносинуситу на якість життя пацієнта [5, 6]. Для цього використовується 10-бальна візуально-аналогова шкала (ВАШ), де 0 — відсутність впливу на

якість життя пацієнта, 10 — максимальний негативний вплив синуситу на якість життя хворого. Залежно від значення ВАШ виділяють [7]:

- ➔ легкий перебіг — показники ВАШ становлять від 0 до 3 балів;
- ➔ середньотяжкий перебіг — показники ВАШ знаходяться в межах від 4 до 7 балів;
- ➔ тяжкий перебіг — значення ВАШ 8–10 балів.

Клінічно гострий риносинусит супроводжується гнійними, мутними або забавленими, виділеннями з носа та з носоглотки до 4 тижнів, закладеністю носа або утрудненим носовим диханням, відчуттям болю, тиском та розпиранням у ділянці обличчя, яке може визначатися в його передній частині, параорбітальній ділянці або проявлятися локалізованим або дифузним головним болем [4]. Вірусний риносинусит (ВРС) — ГРС, спричинений вірусною інфекцією. Його діагностують, якщо симптоми або ознаки ГРС тривають менше 10 днів і не спостерігається їх погіршення. Гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС) може виникати внаслідок бактеріальної інфекції. Його діагностують за відсутності поліпшення симптомів або ознак ГРС протягом 10 днів або більше після появи симптомів із боку верхніх дихальних шляхів або при погіршенні симптомів або ознак протягом 10 днів після первинного поліпшення стану (повторне погіршення) [4].

ЕТИОПАТОГЕНЕЗ РИНОСИНУСИТУ

Згідно з сучасними уявленнями, однією з провідних причин формування риносинуситу є розвиток пов'язаного із запаленням набряку, блокуючого протоку придаткових пазух носа, що призводить до зниження пневматизації синусів і створення в них від'ємного тиску. Розвиток запалення супроводжується перебуванням слизової оболонки, зокрема, збільшується кількість келихоподібних клітин і зменшується представництво війчастого епітелію. Поступово порожнина придаткових пазух носа заповнюється трансудатом. Накопичення в'язкого секрету супроводжується підвищенням тиску в параназальних синусах і призводить до виникнення больових відчуттів. Порушення функціонування миготливого епітелію й підвищення в'язкості мокротиння різко знижує ефективність мукоциліарного транспорту й призводить до мукостазу.

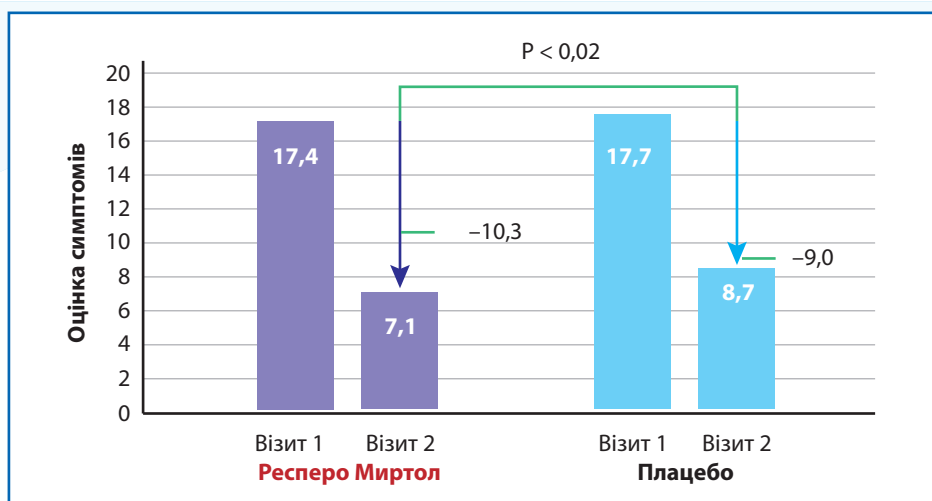
Практично в кожному випадку гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) розвивається запальний процес у при-

даткових пазухах. Таким чином, риносинусит є одним із типових проявів ГРВІ й має в більшості випадків вірусну етіологію. Цитопатичний ефект вірусів, що спостерігається при ГРВІ, спрямований на миготливий епітелій, порушує мукоциліарний кліренс. Ефективність останнього визначається ступенем активності війок миготливого епітелію й реологічними характеристиками слизу. Секрет дихальних шляхів становить невід'ємну частину мукоциліарної системи, що є першою лінією захисту організму. В умовах запалення змінюються реологічні властивості слизу та функціональний стан війок, на 60–80 % зменшується або зупиняється мукоциліарний транспорт, особливо в найбільш вузьких місцях вихідних отворів придаткових пазух носа, що призводить до порушення їх вентиляції, гіпоксії епітелію, зниження гуморальних і клітинних механізмів захисту. Зменшується кількість імуноглобулінів, лізоциму, сурфактанту, які в нормі сприяють санації дихальних шляхів. Порушення бар'єрної функції слизової оболонки сприяє ще більшому зниженню місцевого імунітету та зменшує здатність фагоцитів поглинати збудників інфекції [14, 15].

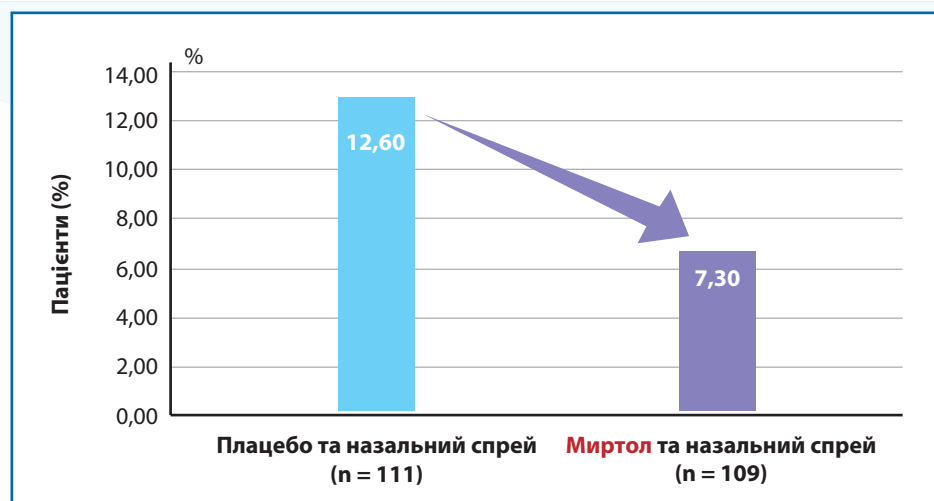
Таким чином, під дією вірусів пошкоджується й гине миготливий епітелій верхніх дихальних шляхів, розвивається набряк слизової оболонки носа й придаткових пазух з обструкцією природних вивідних проток останніх, у тому числі й остіомеатального комплексу. Надалі погіршується мукоциліарний кліренс, змінюються кількісні і якісні характеристики носового секрету, а також дренаж придаткових пазух носа й барабанної порожнини, що, крім застійних явищ, створює умови для вторинного бактеріального запалення, запускається складний каскад реакцій місцевого й загального імунітету. Тривале перевантаження миготливого епітелію призводить до його дистрофії й атрофії. Порочне коло патогенезу риносинуситу замикається [14, 15].

ЛІКУВАННЯ РИНОСИНУСИТУ ЗГІДНО З РЕКОМЕНДАЦІЯМИ EPOS-2020: МІСЦЕ ФІТОПРЕПАРАТІВ

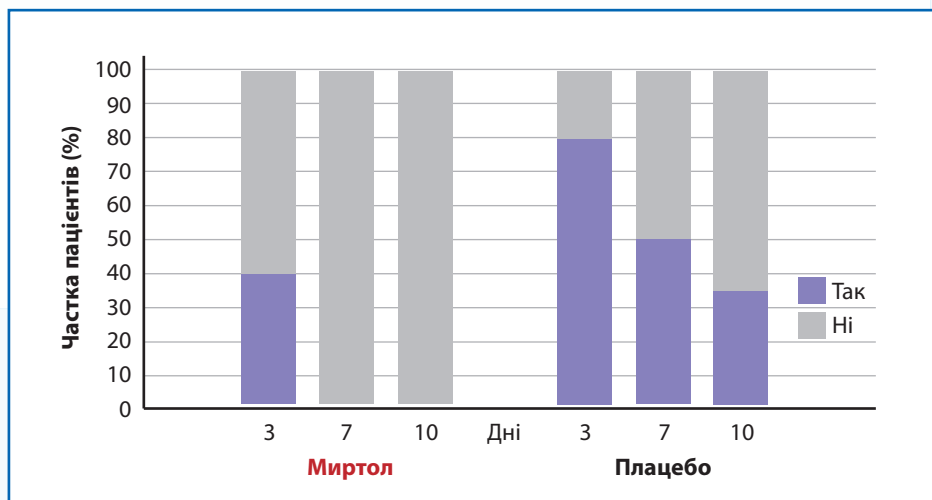
Як результат співпраці професійних і пацієнтських організацій у EPOS-2020 був представлений інтегрований підхід до ведення ГРС, що включає три обов'язкових компоненти: внесок фармацевта/провізора, участь пацієнта у форматі відповідального самолікування та консультації лікарів усіх рівнів медичної допомоги. Відповідно до положень



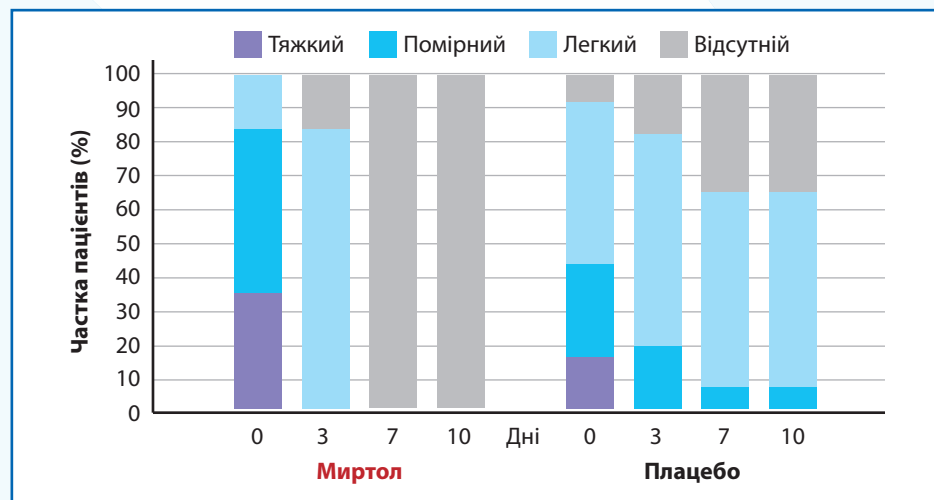
Рисунки 1. Оцінка симптомів у групі застосування миртолу порівняно з плацебо



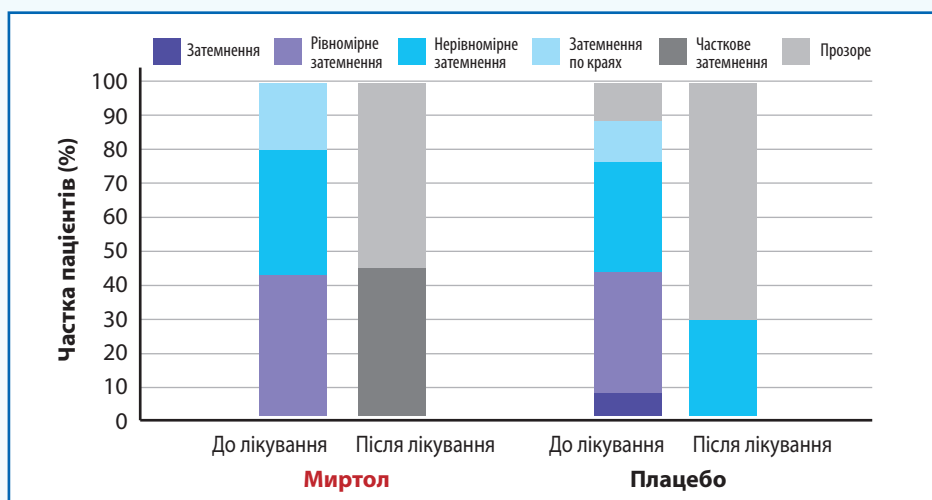
Рисунки 2. Пацієнти, які потребували антибактеріальної терапії після лікування миртолом та плацебо (%)



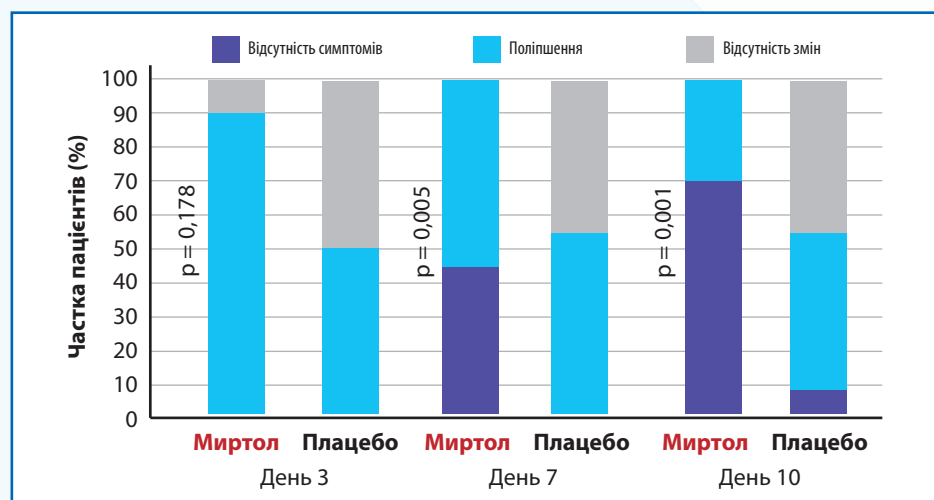
Рисунки 3. Біль у ділянці трійчастого нерва після лікування миртолом та плацебо



Рисунки 4. Перебіг клінічного симптому спонтанного головного болю



Рисунки 5. Результати рентгенографічного обстеження до та після лікування



Рисунки 6. Дослідження ефективності через 3, 7 та 10 днів

цього погоджувального документа припускається застосування безрецептурних лікарських засобів для усунення симптомів безпечних захворювань за умови використання препаратів при очевидних симптомах і станах, які не потребують спостереження фахівця та щодо яких пацієнт уже отримав консультацію лікаря/провізора [3].

Інтегрований підхід до ведення хворих на ГВРС на етапі відповідального самолікування/консультації фармацевта передбачає використання деконгестантів (протягом 10 діб), нестероїдних протизапальних засобів/парацетамолу, фітотерапії, препаратів цинку, вітаміну С, сольових назальних спреїв/крапель. На цьому етапі застосування антибіотиків протипоказане.

Наступний етап ведення ГВРС контролює лікар первинної ланки, який призначає лікування на засадах доказової медицини, рекомендуючи інтраназальні кортикостероїди, деконгестанти (> 10 діб у дорослих пацієнтів), фітотерапію, сольовий назальний спрей/краплі. Положення ЕРОС-2020 не передбачають призначення антибіотиків на цьому етапі, оскільки профілактичний прийом антибактеріальних засобів не має жодної переваги в запобіганні появі ГВРС. Додатково

лікар первинної ланки повинен провести необхідне опитування щодо виявлення ознак алергії (чихання, ринорея, свербіж у носі, кон'юнктивіт, анамнестичні дані).

Третій етап ведення ГВРС забезпечують лікарі-спеціалісти вторинної та третинної ланки шляхом проведення диференційної діагностики з одонтогенною інфекцією, ураженням антибіотикорезистентними штамами/грибами, імунodefіцитним станом і подальшого призначення відповідного лікування. Негайна консультація ЛОР-лікаря потрібна за наявності періорбітального набряку, зміщення очного яблука, двоїння в очах, зниження гостроти зору, вираженого головного болю, набряку в проекції лобних пазух, симптомів менінгіту, неврологічних ознак. Під час ендоскопічного огляду лікар оцінює наявність ознак носових поліпів, слизово-гнійних виділень (насамперед із середнього носового ходу), набряку/обструкції (переважно в середньому носовому ході), а також аналізує результати КТ щодо змін слизової оболонки в остіомеатальному комплексі та/або пазухах.

Також слід зазначити, що в ЕРОС-2020 фітотерапія ввійшла з високим рівнем доказовості — 1b. Звичайно, це стосується конкретних лікарських

рослин і конкретних лікарських засобів: цинеол (евкаліптол), *Pelargonium sidoides* і миртол [3].

РЕСПЕРО МИРТОЛ® ТА РЕСПЕРО МИРТОЛ ФОРТЕ® — ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНЕ ЛІКУВАННЯ РИНОСИНУСИТУ

Респеро Миртол® та Респеро Миртол Форте® («Берлін-Хемі/А. Менаріні») — це препарати рослинного походження, до складу яких входить миртол стандартизований — суміш ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона.

Стандартизація забезпечує точність дозування діючої речовини і прогнозований терапевтичний ефект. Завдяки стандартизації вивчена фармакокінетика діючої речовини миртолу: швидке всмоктування в тонкому кишечнику (відносна біодоступність становить 95,6 %), досягнення максимальної концентрації в крові через 2,5 години після прийому *per os*, виявлення у високих концентраціях у плазмі, мокротинні, виведення з організму різними шляхами, включаючи слизову оболонку дихальних шляхів.

Дослідження фармакокінетики миртолу довело його практично повне потрапляння в загальний крово-

тік, а потім у необхідній концентрації у вогнище запалення дихальних шляхів, де розкривається повний комплекс фармакологічних ефектів: муколітичний, секретолітичний, секретомоторний, антиоксидантний, протизапальний, антибактеріальний [16].

Мукосекретолітичний ефект проявляється в зниженні в'язкості патологічно зміненого секрету за рахунок розриву дисульфідних зв'язків, збільшенні секретолізу й частоти коливань війок миготливого епітелію, що призводить до поліпшення відтоку секрету з приносних пазух і нормалізації мукоциліарного кліренсу [17]. Протизапальна та антиоксидантна дії обумовлені нейтралізацією агресивних ОН-радикалів кисню, пригніченням синтезу етилену й зниженням рівня гістаміну [18]. Результати останніх досліджень встановили, що прийом препарату миртолу стандартизованого призводить до зниження вивільнення гранулоцитарно-макрофагального колонієстимулюючого фактора на 35,7 %, помірного зниження інтерлейкіну-8 і фактора некрозу пухлин альфа, що також обумовлює протизапальну й антиоксидантну активність [21]. Крім того, миртол пригнічує активність 5-ліпоксигенази лейкоцитів (базо-

філів та еозинофілів), знижує концентрацію лейкотрієнів і простагландину E2 [19]. Антибактеріальний ефект проявляється в бактеріостатичній дії на найбільш часті збудники захворювань дихальних шляхів: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* та *Haemophilus influenzae* [20].

Завдяки широкому спектру фармакологічних ефектів миртолу його використання в терапії гострих та хронічних риносинуситів є патофізіологічно обґрунтованим методом, що дозволяє уникнути поліпрагмазії та істотно знизити частоту призначення антибіотиків [22]. При гострому риносинуситі Респеро Миртол® (120 мг) призначається по 2 капсули 4–5 разів на день, при хронічному запаленні — по 2 капсули тричі на день. Респеро Миртол Форте® — по 1 капсулі 3–4 рази на день та по 1 капсулі двічі на день при ГРС та ХРС відповідно.

РЕСПЕРО МИРТОЛ® ТА РЕСПЕРО МИРТОЛ ФОРТЕ® — КЛІНІЧНО ДОВЕДЕНА ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕКА ЛІКУВАННЯ РИНОСИНУСИТІВ

Проведено кілька масштабних багаточентрових рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень ефективності й безпеки миртолу при запальних захворюваннях приносних пазух.

Ефективність миртолу стандартизованого в терапії ГРС у дорослих (n = 331) була показана в рандомізованому подвійному сліпому активно- і плацебо-контрольованому мультицентровому дослідженні в 16 центрах Німеччини [22, 23]. Пацієнти були рандомізовані в групи застосування миртолу в дозі 300 мг чотири рази на день, плацебо — чотири рази на день або ефірної олії в дозі 300 мг чотири рази на день.

До того ж пацієнти отримували ксило-метазолін у формі назального спрею — вприскування 4 рази на день. Період спостереження тривав 14 днів, 6 ± 2 дні пацієнти отримували відповідний препарат.

Аналіз результатів лікування показав статистично значущі відмінності зниження загальної вираженості симптомів, таких як головний біль, біль під час нахилу голови вперед, погіршення загального стану, відчуття тиску в ділянці трійчастого нерва, виділення з носа, кількість та густота секрету, порушення носового дихання. Оцінка симптомів у групі застосування миртолу суттєво змінилася порівняно з плацебо: –10,3 та –9,0 бала відповідно (рис. 1).

Прийом миртолу стандартизованого при ГРС дозволив утриматися від проведення антибіотикотерапії в 92,7 % пацієнтів після 6 ± 2 дні лікування, тоді як у групі плацебо в 12,6 % пацієнтів лікування антибіотиками виявилось неминучим (рис. 2). На підставі отриманих даних авторами було зроблено висновок про те, що терапія неускладнених ГРС миртолом стандартизованим у дорослих є раціональною та патогенетично обґрунтованою.

Побічні реакції під час лікування миртолом були незначними, що свідчило про хорошу переносимість препарату миртолу.

У порівняльному пілотному дослідженні [24] оцінювали ефективність препарату миртолу, препарату амброксолу та плацебо в пацієнтів із гострим синуситом. У нього були включені 33 пацієнти віком від 12 до 76 років. Порівнювали гнійні виділення, результат рентгенографії, суб'єктивний стан здоров'я пацієнта та секретолітичну дію лікарських засобів. Терапія в кожній групі тривала 10 днів із таким ре-

жимом дозування: миртол — 4 рази на день по одній капсулі по 300 мг щодня, амброксол — 3 рази на день по 1 таблетці по 30 мг щодня та плацебо — 4 рази на день по одній капсулі щодня. Одночасно застосовували протинабрякові назальні краплі.

Після проведеного лікування відзначалося чітке зменшення болю в ділянці трійчастого нерва в більшій частині пацієнтів, які отримували препарат миртолу, порівняно з плацебо, уже через 3 дні та далі протягом 10 днів лікування (рис. 3).

Також у більшій частині пацієнтів, які отримували лікування препаратом миртол та плацебо, спостерігалось чітке зменшення частоти суб'єктивних повідомлень про спонтанний головний біль та його ступінь тяжкості протягом 10 днів лікування (рис. 4).

Крім того, було виявлене поліпшення результатів рентгенологічного обстеження в більшій частині пацієнтів, які отримували препарат миртол, порівняно з плацебо (рис. 5).

80 % пацієнтів, які отримували лікування препаратом миртол, повідомили про відсутність симптомів через 10 днів, та 20 % пацієнтів відзначили поліпшення симптомів, тоді як 40 % пацієнтів у групі плацебо повідомили про відсутність змін симптомів через 10 днів (рис. 6).

Таким чином, усі клінічні дослідження продемонстрували високу ефективність і безпеку застосування миртолу в лікуванні пацієнтів із гострими риносинуситами. При його використанні відзначалися суттєве полегшення симптомів, зниження потреби в антибіотиках та задоволеність пацієнтів стосовно поліпшення загального стану здоров'я. Це знайшло відображення в рекомендаціях EPOS-2012, 2020 та національних протоколів із ведення пацієнта з синуситом, які рекомендують включення миртолу до складу комплексної терапії при даній патології.

нуситом, які рекомендують включення миртолу до складу комплексної терапії при даній патології.

ВИСНОВКИ

➔ Проблема риносинуситу є однією з найактуальніших у сучасній оториноларингології. На сьогодні в Україні хворі на риносинусит становлять близько 20–40 % госпіталізованих від числа загальної кількості пацієнтів ЛОР-стаціонарів.

➔ При риносинуситі в результаті впливу інфекційного агента (спочатку вірусного, а потім бактеріального) і розвитку запального процесу змінюються властивості секрету та порушується мукоциліарний транспорт.

➔ Завдяки широкому спектру фармакологічних ефектів миртолу (муколітичний, секретолітичний, секретомоторний, антиоксидантний, проти-запальний, антибактеріальний) його використання в терапії гострих та хронічних риносинуситів є патофізіологічно обґрунтованим методом, що дозволяє уникнути поліпрагмазії та істотно знизити частоту призначення антибіотиків.

➔ Клінічні дослідження продемонстрували високу ефективність і безпеку застосування миртолу в лікуванні пацієнтів із гострими риносинуситами. При його використанні відзначалися полегшення симптомів, зниження потреби в антибіотиках та задоволеність пацієнтів стосовно поліпшення загального стану здоров'я. Це знайшло відображення в рекомендаціях EPOS-2012, 2020 та національних протоколів із ведення пацієнта з синуситом, які рекомендують включення миртолу до складу комплексної терапії при даній патології.

Список літератури
знаходиться в редакції ■

ГОЛОВНІ ПОДІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



XII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ



МІЖНАРОДНИЙ ФОРУМ МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я



X ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС



II МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС З ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ

За підтримки:



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



Міністерства
охорони здоров'я
України



Київської міської
державної
адміністрації



Організатори:



Генеральний партнер:



Офіційний партнер:

20–22 квітня 2021 року



ВЦ «КиївЕкспоПлаза»

Київська обл., с. Березівка, вул. Амстердамська, 1

УВАГА! НОВЕ МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ

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

КРАЇН



25

50



НАУКОВИХ ЗАХОДІВ

ЕКСПОНЕНТІВ



250



500



ДОПОВІДАЧІВ

ВІДВІДУВАЧІВ



10 000

100



ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

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

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

ВАКЦИНИ ПРОТИ COVID-19. ЗРОБИТИ ЩЕПЛЕННЯ І/АБО ВИЖИТИ



КУЗЬМІНОВ Б.П., директор Науково-дослідного інституту епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.м.н., професор, м. Львів, Україна

В Україні 24 лютого стартувала вакцинація проти коронавірусної інфекції COVID-19, і багатьох людей, у тому числі медичних працівників, хвилюють питання: чи доцільно робити щеплення вакциною Oxford-AstraZeneca індійського виробництва, які побічні ефекти можуть виникнути при вакцинації, чи можливо захворіти після щеплення і як довго буде тривати імунітет, що є протипоказаннями для щеплення і, нарешті, чи піде епідемія на спад та коли це все припиниться?

Аналіз інформації, наведеної на сайтах виробників вакцин, Всесвітньої організації охорони здоров'я (<https://www.who.int>), Організації Об'єднаних Націй (ООН) (<https://www.un.org>) та Європейської медичної агенції (<https://www.ema>), дозволяє відповісти на цю низку питань.

Від початку епідемії коронавірусної інфекції COVID-19 у розробці світових медичних наукових центрів було більше 200 вакцин, станом на грудень 2020 року залишилося не більше 20 вакцин-кандидатів, а на сьогодні ми знаємо про 10–12 найменувань, які дійшли до фінішу в цих перегонях фармацевтичних фірм. Реально доступними є 8 вакцин, різних за своєю структурою і створених із використанням різних підходів.

Класичні вакцини, які використовуються людьми вже не першу сотню років, містять тільки інактивовані або атенуовані форми збудників хворіб, не призводять до захворювання і не створюють ризику пов'язаних із ними ускладнень. Інактивацію бактерії або вірусу проводять за допомогою хімікатів, тепла або випромінювання. Так виробляються вакцини проти сезонного грипу, поліомієліту, кашлюку, сказу і японського енцефаліту.

Вірус SARS-CoV-2 вирощують у культурі клітин із наступною хімічною інактивацією. Для вирощування вірусу використовують спеціальні лабораторні приміщення, а для випуску вакцини — виробничі потужності з високим рівнем біобезпеки.

Прикладом **інактивованих вакцин** проти коронавірусної інфекції є CoronaVac китайської компанії Sinovac Biotech та російська CoviVac.

Щеплення рекомендовано проводити починаючи з 18 років. Вводяться ці вакцини внутрішньом'язово. Одній людині знадобиться дві дози з проміжком у 14 днів. Зберігаються вакцини CoronaVac та CoviVac при температурі від двох до восьми градусів за Цельсієм.

Атенуовані вакцини являють собою живу, але ослаблену версію вірусу. Ослаблення може бути досягнуте шляхом адаптації вірусу до несприятливих умов (наприклад, вирощування при більш низькій температурі). При використанні вакцини захворювання не настає, а імунна відповідь подібна до тої, що викликається природною інфекцією. Однак подібні вакцини можуть не підходити для осіб із ослабленою імунною системою.

Вакцини проти кору, епідемічного паротиту, краснухи, вітряної віспи та оперізуючого лишая — це атенуовані вакцини.

Прикладом живої атенуованої вакцини проти коронавірусної інфекції служить

вакцина-кандидат альянсу SpyBiotech (спільне виробництво науковців Великобританії та Інституту сироватки Індії).

Одні з найпопулярніших на сьогодні — це **рекомбінантні, або векторні, вакцини**. Вони виготовляються на основі вірусів-носіїв або вірусних векторів. Для створення вакцини беруть вірусні частинки, «вичищають» із них всі патогенні складові і на їх місце вставляють потрібні елементи — генетичний матеріал вірусу, проти якого виготовляється вакцина. Вакцина проти Ебола — це вірусна векторна вакцина. За таким принципом була створена вакцина проти вірусного гепатиту В та ротавірусної інфекції. І за таким же принципом сьогодні багато розробників створюють вакцину від COVID-19.



Приклад векторної вакцини — вакцина Oxford-AstraZeneca. Вчені модифікували версію звичайного респіраторного вірусу, яким заражаються шимпанзе, та додали частину генетичного коду коронавірусу.

Вакциною Oxford-AstraZeneca рекомендовано вакцинуватися починаючи з 18 років. Схема включає внутрішньом'язове введення двох доз вакцини в інтервалі від 8 до 12 тижнів. Транспортується та зберігається вакцина при температурі 2–8 градусів за Цельсієм.

Ще у двох вакцинах використовують модифіковану версію вірусу як носія для доставки спайкового (S) білка коронавірусу. Це російська Sputnik V і односторова вакцина компанії Johnson&Johnson.

Субодиничні вакцини — це вакцини, в яких використовуються тільки дуже специфічні частини (субодиниці) вірусу або бактерії, які імунна система повинна розпізнати. Вони не містять цілого мікроба і не використовують безпечний вірус як переносник. Субодиниці можуть бути білками або цукрами. Більшість вакцин у календарі щеплень дітей — це субоди-

ничні вакцини, що захищають людей від таких хвороб, як коклюш, правець, дифтерія та менінгококовий менінгіт.

Прикладом субодиничної вакцини проти коронавірусної інфекції є вакцина американської компанії Novavax. Вона містить шипоподібні білки, які виробляються клітинами комарів, заражених генетично модифікованим вірусом й ад'ювантом (допоміжна речовина) Matrix-M. Після уколу імунна система визначає, що ці білки не належать організму, і починає виробляти Т-лімфоцити й антитіла. Вакцину можна зберігати при температурі 2–8 градусів за Цельсієм.

Також до субодиничних вакцин належить російська EpiVacCorona.

На відміну від вакцин, у яких використовують інактивовані або атенуовані цілий мікроб або його частини, **вакцини на основі нуклеїнової кислоти** доставляють нашим клітинам певний набір інструкцій у вигляді ДНК або мРНК, щоб вони виробляли певний білок, який наша імунна система повинна розпізнавати і на який має реагувати.

Підхід із використанням нуклеїнових кислот — це абсолютно новий спосіб розробки вакцин.

! До пандемії COVID-19 жодна вакцина ще не пройшла повний процес затвердження для використання на людях, хоча деякі ДНК-вакцини, у тому числі для конкретних видів раку, проходили випробування на людях.

Через пандемію дослідження в цій галузі просунулися дуже швидко, і деякі мРНК-вакцини від COVID-19 отримали дозвіл на екстрене використання, що означає, що тепер, крім їх застосування

тільки в клінічних випробуваннях, також можна такими вакцинами проводити щеплення.

Вакцини Pfizer-BioNTech та Moderna — це так звані РНК (мРНК)-вакцини, які використовують частину генетичного коду вірусу і вчать клітини організму виробляти «протеїн шипів коронавірусу». Це спонукає імунну систему утворювати антитіла для боротьби з вірусом.

Дозволено застосування вакцини Pfizer BioNTech COVID-19 для осіб віком 16 років і старше. Вакциною Moderna рекомендовано вакцинуватися починаючи з 18 років.

Вакцини Pfizer-BioNTech і Moderna вводяться внутрішньом'язово, серією з 2 доз. Інтервал для вакцини Pfizer-BioNTech становить 3 тижні, а для вакцини Moderna — 1 місяць. Зберігаються вакцини при температурі мінус 70 °С, що ускладнює їх використання в наших умовах і вимагає складного обладнання при зберіганні та транспортуванні. Після розморожування вакцину Moderna можна зберігати до 30 днів при температурі 2–8 °С, а Pfizer-BioNTech — максимум 5 днів. При кімнатній температурі (до 30 °С) обидві вакцини можуть залишатися не більше 2 години. Тому важливим є використання повністю всього флакона після відкриття, адже залишки доведеться утилізувати.

Кожна вакцина, як і всі лікарські засоби, повинна пройти широкомасштабне ретельне тестування для оцінки її безпеки, перш ніж вона може бути включена в програму вакцинації у своїй країні чи за кордоном.

Стандартний протокол випробувань вимагає, щоб експериментальні вакцини спочатку тестувалися на тваринах для оцінки їх безпеки і здатності запобігати хворобі, потім тільки за участю людей, випробування складаються з трьох фаз.

Під час першої фази клінічних випробувань вакцина вводиться невеликій кількості добровольців (10–40), при проведенні другої фази — сотням добровольців (100–400). На цьому етапі зазвичай включається група, яка не отримувала вакцину, як група порівняння для визначення того, чи належать зміни, що відбулися у вакцинованій групі учасників, до вакцини або ж вони відбулися випадково. Учасники цієї фази випробувань мають ті ж характеристики (вік і стать), що і особи, для яких призначається вакцина. Зазвичай на цьому етапі проводиться кілька випробувань.

Під час заключної, третьої, фази клінічних випробувань вакцина вводиться тисячам добровольців (10 000–40 000), і проводиться порівняння з аналогічною групою осіб, які не отримували вакцину, але отримували продукт порівняння,

із метою визначити, чи ефективна вакцина проти хвороби, для захисту від якої вона призначається, і вивчити її безпеку серед набагато більшої кількості осіб. Велику частину часу випробування на цьому етапі проводять у різних країнах і в різних місцях всередині країн для того, щоб упевнитися в тому, що отримані результати щодо ефективності вакцини застосовні до різних груп населення. Третя фаза найдовша та найдорожча, тому про неї стільки розмов в оцінці сучасних антиковідних вакцин.

Після отримання результатів клінічних випробувань у кожній країні приймають рішення про те, чи слід санкціонувати використання вакцини. Вакцина повинна бути безпечною й ефективною для всього населення, перш ніж вона буде затверджена і включена в національну програму імунізації. Після того як вакцина досягла стадії попереднього затвердження, вона оцінюється національним регулюючим органом на відповідність критеріям якості, безпеки та ефективності. Тільки після схвалення регулюючих органів виробники зможуть представити вакцину у Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) для процесу оцінки, що забезпечує якість, безпеку та ефективність і допомагає ООН та іншим міжнародним закупівельним організаціям визначити програмну придатність вакцини.

Лише під час надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я у світі на підставі сукупності наявних наукових даних, що демонструють, що вакцина може бути ефективною для запобігання COVID-19 під час пандемії, а відомі та потенційні її переваги переважають відомі і потенційні ризики, може бути видано дозвіл на екстрене застосування вакцини.

Саме в такому режимі в США використовують вакцини Pfizer-BioNTech і Moderna, адже вони такі не пройшли кінцевої реєстрації регулюючими органами США, а їх третя фаза клінічних випробувань у США ще триває.

Існуючі на сьогодні обмеження щодо щеплення такі:

1. Вакцинація проти коронавірусної інфекції протипоказана вагітним, годуючим матерям та дітям, оскільки дослідження на цих групах не проводилися.
2. Не можна проводити вакцинацію осіб, у яких спостерігалися тяжкі поствакцинальні ускладнення на будь-які попередні вакцинації, а також особам із тяжкими алергіями.
3. Тимчасово вакцинація протипоказана при гострих гарячкових станах, гострих інфекційних захворюваннях та загостренні хронічних хвороб. Щеплення в такому разі роблять через 2–4 тижні після одужання.

Верхнього порогового значення для літніх осіб немає. Вакцинація пацієнтів 65+ можлива за відсутності медичних протипоказань.

Перехворівшим на коронавірусну інфекцію, слід вакцинуватися не раніше ніж через пів року після одужання. До такого висновку дійшла ВООЗ. Експерти цієї організації вважають, що при дефіциті вакцин розподіляти їх потрібно на користь осіб, які не мають природного захисту від інфекції, а ті, хто перехворів, таким захистом забезпечені. Тим, хто перехворів на COVID-19, не варто робити щеплення навіть при низькому рівні антитіл, оскільки в них зберігається тривалий клітинний імунітет, що забезпечує захист організму.

Перед щепленням доцільно зробити аналіз на наявність антитіл, і при їх високому титрі вакцинація втрачає сенс.

Відносно побічних ефектів, то вони завжди відмічаються при вакцинації в певній малій пропорції щодо загальної кількості вакцинованих, але в більшості з них не є небезпечними для здоров'я. Усі побічні ефекти, які можуть виникнути після щеплення, описані в інструкціях до вакцин, наприклад біль у місці ін'єкції, стомлюваність, головні болі, м'язові болі, лихоманка, біль у суглобах, підвищення температури тіла, припухлість у місці ін'єкції, почервоніння в місці ін'єкції, нудота, загальне нездужання, що минають за день-два.

Якщо після введення першої дози вакцини з'являються побічні ефекти, які не вкладаються в стандарти, тоді від введення другої дози вакцини доцільно відмовитися або застосувати іншу вакцину.

Не секрет, що від вакцини Pfizer-BioNTech у деяких пацієнтів був параліч лицевого нерва, який минав через добу. Але таким особам не радили вводити другу дозу вакцини.

З урахуванням результатів третьої фази клінічних випробувань вакцин деякі виробники переглянули своє ставлення до схеми введення. Виявилося, що якщо термін між введенням першої і другої дози збільшити, то ефективність щеплення стає кращою. Тому в інструкціях до



вакцин, як і в практиці лікування, постійно будуть відбуватися зміни та доповнення, які є наслідком власне моніторингу виробниками використання вакцин.

Коли епідемія піде на спад і все це може припинитися, відомо. Тоді, коли в більшості населення планети з'явиться популяційний імунітет. І не має значення, чи це природний популяційний імунітет чи набутий шляхом вакцинавання.

ООН дала старт новій глобальній кампанії «Тільки разом», спрямованій на забезпечення справедливого та рівноправного доступу до вакцин проти COVID-19 по всьому світу. Слід зазначити, що вакцини при цьому розглядаються як глобальне суспільне благо.

В Україні перехворіло на коронавірусну інфекцію COVID-19, за найбільш оптимістичними підрахунками, не більше 6 млн, що від загальної кількості населення у нашій державі становить від 10 до 15 %. Тому альтернативи вакцинації немає, а потребу в щепленні пацієнта з врахуванням його стану та факторів користі та ризику повинен оцінювати сімейний лікар або лікар-спеціаліст, у якого пацієнт лікується. ■

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

У ВЕРХОВНІЙ РАДІ ЗАРЕЄСТРУВАЛИ ЗАКОНОПРОЄКТ ПРО ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ВИРОБНИКІВ ВАКЦИН

Як свідчать дані на порталі Верховної Ради, відповідний проект закону № 5247 зареєстрований у парламенті. У пояснювальній записці до документа пропонується внести зміни до закону України «Про лікарські засоби» щодо державної реєстрації вакцин або інших медичних імунобіологічних препаратів під зобов'язання. Зазначається, що з урахуванням обставин, за яких були розроблені вакцини для профілактики COVID-19, що на сьогодні застосовуються в межах дозволу на екстрене застосування для боротьби з пандемією, учасники механізму COVAX погоджуються звільнити виробників вакцин від відповідальності за певні ризики, що можуть виникнути внаслідок застосування цих вакцин.

Законопроект розроблено для забезпечення можливості виконання даної вимоги й отримання Україною вакцини в межах механізму COVAX. Як повідомляв «Укрінформ», Україна має отримати в межах глобальної ініціативи COVAX 8 млн доз вакцини. Поставка першої партії вакцини Pfizer у кількості 117 тис. доз очікувалася в середині лютого.

23 лютого в Україну було доставлено 500 тис. доз вакцини Covishield, розробки Oxford/AstraZeneca, виробленої на потужностях Serum Institute. Поставки були здійснені через міжнародну закупівельну організацію Crown Agents. Вакцинація проти COVID-19 в Україні розпочалася 24 лютого 2021 року. Вона відбуватиметься в п'ять етапів. На першому етапі щеплюватимуть медичних працівників ковідних лікарень, бригади екстреної допомоги, співробітників лабораторій, що тестують на COVID-19, мешканців і персонал будинків для людей похи-

лого віку та військових на фронті. Усі щеплення є добровільними й безоплатними.

До 31 березня Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) розраховує отримати ще 1,5 млн доз вакцини Oxford/AstraZeneca.

Також наприкінці 2020 року Україна уклала угоду на постачання 1,9 млн доз вакцини виробництва Sinovac Biotech. 10 березня МОЗ повідомило про реєстрацію вакцини китайського виробника Sinovac Biotech «Коронавак». Очікується, що перша поставка цієї вакцини буде становити 700 тис. доз. ■

КИТАЙ СХВАЛИВ ЧЕТВЕРТУ ВАКЦИНУ ПРОТИ КОРОНАВІРУСУ ДЛЯ ЕКСТРЕНОГО ВИКОРИСТАННЯ

Препарат, створений з використанням клітин яєчників китайського хом'ячка, розроблений групою китайських вчених на чолі з академіком Гао Фу, директором Китайських центрів з контролю і профілактики захворювань, та Китайською академією наук.

22 лютого узбецький законодавчий орган затвердив дозвіл на використання вакцини в надзвичайних ситуаціях в Узбекистані. Вакцина була схвалена до застосування 1 березня. В Узбекистані вакцина визнана однією з найбезпечніших та найефективніших у світі.

У заяві Китайської академії наук зазначається, що вакцина завершила фази I і II клінічних випробувань в жовтні 2020 року. Результати показали, що після повного

щеплення в учасників не було серйозних побічних реакцій. Рівень нейтралізуючих антитіл, які продукуються вакциною, можна порівняти з рівнем інших рекомбінантних білкових вакцин і мРНК-вакцин, які використовуються в даний час в усьому світі, що відповідає передовим міжнародним стандартам.

Фаза III клінічних випробувань вакцини була запущена в Китаї, Узбекистані, Пакистані, Еквадорі та Індонезії в листопаді 2020 року, де була запланована вакцинація 29 тис. учасників.

У заяві йдеться, що фаза III клінічного дослідження проходить добре, особливо завдяки високому визнанню з боку Узбекистану, країни, де дослідження було вперше розпочато. ■

ЄВРОПЕЙСЬКА МЕДИЧНА АГЕНЦІЯ НЕ ПІДТВЕРДИЛА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВИПАДКІВ ТРОМБОЗУ ВІД ВАКЦИНАЦІЇ

Європейська медична асоціація не підтвердила інформацію про те, що вакцина AstraZeneca (Covishield) спричиняє серйозні наслідки у вигляді тромбозу. Тож чутки про те, що нібито європейські країни відмовляються від цієї вакцини, — не більше, ніж черговий фейк. Його спростовує Міністерство охорони здоров'я.

Так, 11 березня Італія ухвалила рішення заборонити використання серії доз вакцини як запобіжний захід після повідомлень «про деякі серйозні негативні наслідки»: у непідтвердженій кількості людей утвори-

лися тромби. Однак італійський державний регулятор медицини наголосив, що на сьогодні не встановлено зв'язку між передбачуваними побічними ефектами та введенням доз. Згодом за Італією скандинавські країни Данія, Ісландія та Норвегія тимчасово припинили процес вакцинації Covishield (AstraZeneca) цією самою партією, яка йшла тільки на Європу. Данія зробила це на 14 днів, мовляв, вакцинацію пов'язують із виникненням тромбів у щеплених.

Дослідження здійснюють відповідні установи в інших країнах ЄС, а також Європейське агентство з лікарських засобів (ЕМА), яке відповідає за оцінку та нагляд за лікарськими засобами у 27 країнах — членах ЄС.

«Наразі немає жодних ознак того, що вакцинація спричинила ці стани, які не вказані як побічні ефекти цього препарату. Переваги вакцини продовжують перевищувати ризики», — йдеться в повідомленні ЕМА. Також агентство ЕМА повідомило, що не знайшло доказів, які підтверджували б випадки порушень згортання крові саме після вакцинації, що було зафіксовано в Австрії.

Федеральний офіс безпеки в охороні здоров'я (BASG) Австрії також дійшов висновку про відсутність причинно-наслідкового зв'язку між цими ускладненнями та вакцинацією, а канцлер Австрії Себастьян Курц заявив, що він сам готовий отримати щеплення, «щоб показати, що він довіряє цій вакцині».

Нагадаємо, що вакцина AstraZeneca (Covishield) рекомендована до використання Всесвітньою організацією охорони здоров'я, її застосовують в Австралії, Південній Кореї, Канаді й країнах ЄС. ■

ЗЦІЛЕННЯ НА ВІДСТАНІ: ВИКЛИКИ, ЯКІ ВИРІШУЄ ТЕЛЕКАРДІОЛОГІЯ



Дарина ЧЕРНІКОВА, лікар, професійний член Європейського товариства кардіологів (ESC), амбасадор в Україні від робочої групи з телекардіології Міжнародного товариства з телемедицини та e-Health (ISfTeH)

Підключення людей до телемедицини стало гаслом та символом 2020 року у сфері e-Health та телеінновацій. Тому цілком логічно, що значна увага світової медичної спільноти в лютому 2021 року була прикута до 25-ї міжнародної конференції Міжнародного товариства з телемедицини та e-Health (ISfTeH) в Японії та 24-ї щорічної академічної конференції Японської асоціації з телемедицини (JTТА). Один із найбільших заходів e-Health у світі зібрав як спікерів спеціалістів у галузі телемедицини з 20 країн. Цьогоріч через поточну пандемічну ситуацію конференція вперше пройшла в онлайн-форматі.

Прогресивне людство невпинно шукає та створює передумови розвитку в майбутньому. Наприклад, лютий 2021 року відзначився мегамицією NASA з пошуку доказів існування життя на Марсі. Можливість зробити це — справжній прорив всесвітнього значення. Але пошук передумов йде не тільки в космосі. У той самий час на Землі лікарі з усього світу теж у пошуку — удосконалення системи надання медичної допомоги. Поштовх до цього — критична ситуація, спровокована COVID-19. У 2020 році справжній прорив був здійснений цифровими технологіями в кардіології.

ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

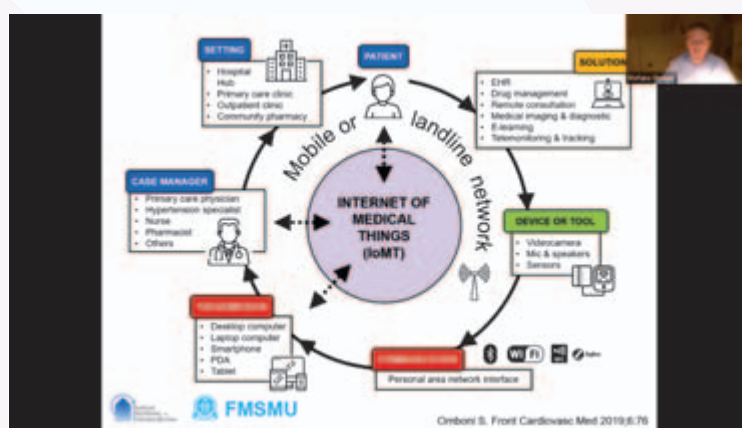
Місцем ефіру для міжнародної конференції було обрано місто Такасака. Одним із ключових пунктів програми стали міжнародні симпозиуми. Спікери з Китаю, Данії, Італії, США, Канади, Франції, Швеції, Філіппін, Фінляндії, України висвітлювали теми цифрової трансформації в епоху COVID-19.

Доповіді фахівців стосувалися дистанційної медичної освіти, змін регламенту надання віртуальної медичної допомоги, зокрема, пацієнтам із психічними розладами. Окремо був висвітлений досвід фахівців із США щодо застосування телемедицини для підтримки відмови від тютюнопаління. Увага учасників була прикута також до можливостей впровадження штучного інтелекту. Наприклад, у сфері поліпшення якості життя осіб з обмеженими фізичними можливостями. Тема телемоніторингу була розглянута з боку ефективного попереднього виявлення гострих форм захворювання. Підвищений інтерес викликало питання впровадження 5G-технологій для подальшого вдосконалення світової телемедицини.

ПРОВІДНИК У СВІТ КАРДІОІННОВАЦІЙ

Міжнародний симпозиум із телекардіології в рамках конференції ISfTeH був організований головою робочої групи з телекардіології, керівником Interventional Cardiology Department Centre Hospitalier Montluçon (Франція) доктором **Alexandru Mischie** та віцепрезидентом Товариства кардіологів Румунії професором **Dan Gaita**.

Представники робочої групи з телекардіології — спікери **Prof. Stefano Omboni** (Італія), **Dr. Daryna Chernikova** (Україна) і **Dr. Mihai Trofenciu** (Румунія) підготували доповіді про оновлення стосовно лікування пацієнтів з арте-



ріальною гіпертензією (АГ) та серцевою недостатністю (СН) з акцентом на девайсах для віддаленого моніторингу, а також щодо нововведень у наданні кардіологічної допомоги в умовах COVID-19.

Наразі робоча група з телекардіології в складі ISfTeH є найбільшим світовим співтовариством, що об'єднує фахівців у галузі кардіології та телемедицини з більше ніж 20 країн.

ДОСВІД ВАРТИЙ УВАГИ

Досвідом ведення пацієнтів з АГ за допомогою технологій дистанційного моніторингу поділився з колегами справжній професіонал своєї справи, директор Італійського інституту телемедицини (Варезе, Італія) **Prof. Stefano Omboni**.

Пацієнти з високим артеріальним тиском (АТ), ожирінням, цукровим діабетом та перенесеним інсультом мають найбільші переваги від використання телемедицини. Тому що саме телемоніторинг АТ на сьогодні є основним застосуванням телемедицини в галузі лікування гіпертензії.

Приблизно 1,13 млрд осіб в усьому світі страждають від АГ. Згідно з аналізом результатів скринінгу АТ, опублікованим у «The Lancet Global Health», 34,9 % від загальної кількості учасників дослідження (1,12 млн) мали гіпертензію, тоді як 17,3 % не отримували лікування, а в 46,3 % досліджуваних АТ був неконтрольованим, незважаючи на лікування.

За прогнозами, поширеність цієї хвороби збільшиться до 1,26 млрд до 2025 року. Додатково турбує те, що рівень АГ зростає серед молодих осіб та в розвинених країнах. При цьому встановлено, що сучасна проблема значної поширеності гіпертензії пов'язана з недостатнім контролем АТ в усьому світі.

«Для поліпшення виявлення та контролю АТ ми повинні розглядати «out-of-office» (домашнє та амбулаторне) вимірювання АТ як обов'язкове при лікуванні гіпертен-

зії. Також нам потрібно використовувати e-Health рішення, щоб налагодити більш ефективний та оперативний зв'язок між медичним працівником та пацієнтом», — зазначив Prof. Omboni.

Існують різні типи моніторингових пристроїв, такі як урег-арм електронні автоматизовані пристрої, пристрої для контролю кількох параметрів (медичні трикодері), програми для смартфонів, смартфони, що виконують функцію cuffless моніторів АТ та wearables. На сьогодні набувають популярності пристрої cuffless (без манжетів), засновані на тонометрії зап'ястя або фотоплетизмографії пальців.

Щодо мобільних додатків для самоконтролю, то для пацієнтів сьогодні доступні такі додатки для вимірювання АТ: Blood Pressure Monitor App, Blood Pressure Companion App, Blood Pressure Tracker and Qardio App.

Нещодавно оновлений метааналіз, що включав 46 рандомізованих контрольованих досліджень, підтвердив перевагу домашнього телемоніторингу АТ перед звичним методом вимірювання тиску пацієнтом. Технології спрощують передачу даних лікарю. Це робиться оперативно та за розкладом, який потрібний для ефективного спостереження. Для лікаря це можливість оцінювати стан пацієнта в режимі реального часу, а не за фактом його звернення за допомогою.

Потрібно зазначити, що телемедицина має специфічні рекомендації для лікування гіпертензії лише в чинних протоколах 2017 ACC/AHA (Американська асоціація серця), де телемоніторинг out-of-office АТ має найвищий клас рекомендацій та рівень доказовості (ІА). Рекомендації 2018 ESH/ESC (Європейське товариство кардіологів) визначають телемоніторинг або використання смартфона як доповнення до моніторингу АТ для покращення прихильності до лікування, однак дані рекомендації є загальними.

На сьогодні лікарям доступні рекомендації «Most Recent Comprehensive International Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension: An International Expert Position Paper» як одне з основних джерел найактуальнішої інформації щодо використання телемедицини для ведення пацієнтів з АГ.

ТЕЛЕКАРДІОЛОГІЯ ТА COVID-19

Зв'язок між цими двома актуальними темами був презентований у доповіді українського лікаря, амбасадора в Україні від робочої групи з телекардіології та члена робочої групи ESC (Європейське товариство кардіологів) із серцево-судинної фармакотерапії **Дарини Чернікової**.

«Ми живемо в динамічному світі технологій, який вимагає від нас прийняття швидко мінливих умов. Найбільш яскраво ми відчули це під час пандемії, оскільки боротьба з COVID-19 вимагає адаптацій та проливних нововведень у галузі охорони здоров'я. Особливо коли йдеться про лікування когорт пацієнтів високого та дуже високого серцево-судинного ризику. Телемедицина повинна стати способом зміни парадигми кардіологічної допомоги під час COVID-19», — зазначила доктор Чернікова.

У доповіді були подані результати досліджень у галузі використання телекомунікаційних та цифрових технологій для успішного надання невідкладної кардіологічної допомоги під час пандемії, приклади ефективної роботи відділень інтенсивної терапії (tele-ICU) із використанням телемедицини та нові мобільні додатки для взаємодії між лікарями та пацієнтами з COVID-19, щоб мінімізувати контакти та скоротити витрати часу в умовах стаціонару.

Саме телемедицина дає змогу медичним установам збільшувати ресурсне забезпечення вдосконаленими аудіовізуальними інтерфейсами. Одним з найкращих прикладів реорганізації охоро-

ни здоров'я в умовах пандемії є приклад Сполучених Штатів Америки, де telehealth carts, що використовувались для програми телеінсульту, були передислоковані для використання у COVID-відділеннях.

Система охорони здоров'я США надала цікаві дані про доцільність та вплив технологій телемедицини з підтримкою відеозйомки на надання кардіологічної допомоги. Виявилося, що на початку пандемії (протягом першого місяця — березень 2020 року) телевізити до лікаря при невідкладних станах зросли у 8 разів.

Щодо стаціонарної допомоги, то пандемія дала зрозуміти, що tele-ICU — це майбутнє інтенсивної терапії. Досвідчений фахівець із критичної допомоги може надати підтримку пацієнту в режимі реального часу, одночасно оцінюючи його реакцію на зміну режиму вентиляції легень та безпечно виконуючи віртуальні обходи за допомогою аудіовізуального (A/V) обладнання.

Більше того, tele-ICU може бути суттєвою перевагою для Heart team під час розширеної серцево-легеневої реанімації. Оскільки в даних обставинах час має принципове значення, можливість за декілька секунд віртуально (за допомогою A/V-технологій) доставити лікаря інтенсивної терапії до палати може значно пришвидшити життєво важливі заходи. Така віртуальна присутність дозволяє зменшити кількість персоналу, який проводить реанімаційні заходи, і вирішує питання недостатньої кількості медичних працівників в умовах COVID-19.

Для поліпшення кардіологічної допомоги в стаціонарі в умовах перенавантаження, яке викликане пандемією, створений мобільний додаток COVID Caregiver Cockpit. Цей додаток — засіб



безконтактної взаємодії з пацієнтами, що включає функцію негайного сповіщення при погіршенні стану. За допомогою цього додатку лікарі мають змогу проводити швидкий огляд тих пацієнтів, які потребують невідкладної допомоги.

CARDIOMEMS ТА ІНШІ ТЕХНОЛОГІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО МОНІТОРИНГУ

Кардіолог із Румунії та голова з медіа-комунікацій робочої групи з телекардіології **Mihai Trofenciu** у своїй доповіді зацентрував увагу на нових методах моніторингу серцевої недостатності, а саме імплантованих пристроях.

Серцева недостатність є основною причиною госпіталізації в країнах Західної Європи. Серед осіб віком понад 65 років, яким надається первинна медична допомога з приводу задишки при фізичному навантаженні, кожна шоста має нерозпізнану та недіагностовану СН (головним чином СН зі збереженою фракцією викиду).

Протягом останніх десятиліть метою ефективного ведення пацієнтів із СН було виявлення найкращого методу моніторингу застійних симптомів для запобігання госпіталізації. Оскільки N-термінальний промозковий натрійуретичний пептид (NT-proBNP) не може надійно передбачити смертність або загальний рівень госпіталізації з приводу СН, останнім часом були розроблені нові пристрої для ефективного моніторингу, такі як CardioMEMS. У реаліях COVID-19 така система віддаленого гемодинамічного моніторингу цілком заслужено посіла центральне місце серед усіх пристроїв для контролю симптомів СН, маючи найбільшу доказову базу з ефективності.

Ще до пандемії COVID-19 прилади для дистанційного контролю, такі як імплантовані сенсорні системи контролю тиску в легеневій артерії (PAP monitoring), з'явилися як дієвий спосіб подолати довгий часовий інтервал між відвідуваннями лікарів, дистанційно спостерігати

за пацієнтами та забезпечувати їх безпеку, вчасно виявляючи прогресування захворювання.

Згідно з останніми рекомендаціями щодо використання приладів CardioMEMS, їх імплантація показана пацієнтам із СН (NYHA III), які були госпіталізовані з приводу СН протягом одного року до моменту імплантації. Електронний блок такого приладу щодня передає дані про показники тиску в легеневій артерії. Ці дані можуть бути використані лікарями для зміни терапії СН (головним чином шляхом коригування дози діуретика) до розвитку застійних симптомів.

З огляду на результати багатьох досліджень можна зробити висновок, що доступні технології дистанційного моніторингу, такі як HeartLogic, CardioMEMS, Vree Health та інші, забезпечують кращу клінічну оцінку стану пацієнтів із СН та дотримання принципів соціального дистанціювання завдяки віртуальним відвідуванням.

Щодо найпопулярніших мобільних та вебдодатків 2020 року для ведення пацієнтів із СН, лікарям доступні такі варіанти, як TreatHF та CardioSmart Heart Explorer. TreatHF використовується для вибору оптимального методу терапії пацієнтів із СН. Інший варіант, CardioSmart Heart Explorer, пропонує новітні вдосконалені зображення органів серцево-судинної системи з високою роздільною здатністю та анімацію, що дає змогу лікарям переглядати, демонструвати зображення та обговорювати проблеми із серцем та можливі варіанти лікування з пацієнтами та колегами.

Список літератури
знаходиться в редакції ■

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

ЯРНО ХАБІХТ: «ВАКЦИНИ ВІД COVAX НАДІЙДУТЬ В УКРАЇНУ ПІЗНІШЕ»

Очільник українського офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Ярно Хабіхт заявив, що вакцини Pfizer і AstraZeneca для України від COVAX надійдуть до кінця першої половини 2021 року. Чергова затримка викликана проблемами з поставками вакцин у Європі.

Українські чиновники з Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) починаючи із січня — лютого 2021 року мало не кожен тиждень обіцяли надходження вакцин проти коронавірусу за механізмом COVAX у нашу державу, постійно переносючи терміни поставок із різних причин. Оскільки жодної адекватної інформації від МОЗ щодо термінів поставок отримати неможливо, журналісти видання «НВ», очевидно, вирішили зайти з іншого боку і розпитати про перспективи отримання вакцин очільника українського офісу ВООЗ Ярно Хабіхта.

Пан Хабіхт розповів, що сьогодні все ще тривають перемовини між COVAX, виробниками вакцин та українськими урядовцями щодо поставок вакцин від коронавірусу. На сьогодні перші партії препаратів Pfizer та AstraZeneca повинні надійти в нашу державу до кінця першої половини року. Він додав, що, за даними на сьогодні, 1,7 млн доз вакцин від коронавірусу для України мають стати доступними для поставок до кінця травня, однак ця дата може бути уточнена згодом.

Проблеми і затримки викликані не тільки бюрократичними процесами, а й відомими проблемами з поставками вакцин

у світі, і зокрема у Європі. Затримки поставок сьогодні є глобальним явищем, виробники досі не можуть налагодити виробництво в повній мірі. Усі ці фактори впливають і на поставки вакцин для COVAX.

Окремо пан Хабіхт розповів про систему компенсації ВООЗ за випадки серйозних побічних реакцій на вакцини, що поставляються COVAX. ВООЗ нещодавно заявила, що виплачуватиме постраждалим від непередбачених та небажаних явищ фінансову компенсацію, у разі якщо реакції будуть пов'язані з вакцинами від COVAX. Цей механізм працюватиме і в Україні.

Аби забезпечити ефективний контроль та своєчасну виплату компенсацій, ВООЗ створила перший глобальний механізм компенсацій, він запрацює вже до кінця березня і функціонуватиме щонайменше до кінця 2022 року. Страховим партнером ВООЗ у цьому механізмі виступає компанія Chubb, що бере на себе фінансову сторону проблеми. Сьогодні розробляють сайт для пацієнтів, що стикнулись з побічними реакціями. На ньому люди зможуть подати спеціальну заявку на компенсацію, заповнивши анкету з необхідними даними. Цю інформацію перевірятимуть страховики і прийматимуть рішення щодо виплати компенсацій.

Цей механізм є необхідним, він допоможе людям побороти страхи перед вакцинацією та переконає тих, хто вагається, побуючись проблем після вакцинації. ■

МАКСИМ СТЕПАНОВ: «ЗА ТРИ РОКИ УКРАЇНА ДОСЯГНЕ ТРАНСПЛАНТАЦІЙНОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ»

В Україні сьогодні вже десятки осіб отримали шанс жити повноцінно, тому що завдяки зусиллям МОЗ вдалося переломити систему й добитися ухвалення законопроєкту про трансплантацію. За останній рік у розвитку цієї галузі Україна зробила більше, ніж за попередні 29. На цьому наголосив міністр охорони здоров'я України Максим Степанов під час конференції з питань трансплантології, що відбулася у Львові.

«Шість сердець, дві печінки, 23 нирки, а також підшлункова залоза. Це результат трансплантації за рік лише одного закладу — Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги міста Львів. Наразі 34 медзаклади по всій Україні долучилися до пілотного проєкту органної трансплантації. Коли вони запрацюють на повну силу — ми будемо діставати з того світу тисячі людей! Переконали, за три роки зможемо досягти трансплантаційної незалежності», — сказав міністр.

Участь у конференції брали і пацієнти, яким операції врятували життя. Дмитро Капущенко став першим, кому трансплантували нирку у львівській лікарні швидкої допомоги. Її він отримав від матері. До цього вісім років був на гемодіалізі.

Був присутній також львів'янин Любомир Миколишин, який у кінці минулого року поховав своєї 47-річну матір. Проте він дав дозвіл на трансплантацію органів, завдяки чому врятували чотири життя.



Максим Степанов подякував усім, хто докладає зусиль для порятунку людських життів та робить вагомий внесок у розвиток трансплантології в Україні. Зі свого боку МОЗ добивається збільшення фінансування на цю галузь. За останній рік воно вже зросло майже у п'ять разів і наразі становить 502 млн грн. З початку 2021-го працювала Єдина інформаційна система трансплантації органів і тканин, завдяки якій налагоджено взаємодію між усіма учасниками процесу.

«Але трансплантація — це не лише законодавча база та золоті руки наших найкращих лікарів. Це ще велика любов і самопожертва тих, хто поруч, — сказав Максим Степанов. — Для мене важливо, щоб українці знали: вони зможуть отримати найпрофесійнішу допомогу вдома, зокрема й трансплантацію органів, якщо це знадобиться».

<https://moz.gov.ua/article/news/maksim-stepanov-za-tri-roki-ukraina-dosjagne-transplantacijnoi-nezalezhnosti> ■

ПРОБІОТИКИ МОЖУТЬ БУТИ КОРИСНИМИ ПРИ ЛІКУВАННІ COVID-19

Пандемія COVID-19, що триває та реалізується у вигляді тяжкого гострого респіраторного синдрому, викликаного коронавірусом-2 (SARS-CoV-2), спричинила понад 109 мільйонів інфекцій та понад 2,4 мільйона смертей. Навіть на сьогодні немає затверджених фармацевтичних препаратів, які демонстрували б потужну специфічну активність проти вірусу. Нове дослідження оцінює роль пробіотиків у боротьбі з захворюванням, що може мати велике значення з огляду на появу нових варіантів і широкий спектр клінічних проявів при COVID-19.

ПРОБІОТИКИ ПРИ ВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ

Пробіотики — це непатогенні живі мікроорганізми, що забезпечують певну користь для здоров'я людини-господаря. До них належать бактерії родів *Lactobacillus* та *Bifidobacterium*, що зазвичай наявні в ферментованій їжі. Більшість варіантів традиційної кухні має у своєму складі такі ферментовані продукти.

За останні два десятиліття автори багатьох досліджень і клінічних випробувань припустили, що пробіотики можуть допомогти модулювати імунну відповідь і лікувати різні захворювання, особливо вірусні інфекції. Нерідко отримані на моделях тварин висновки вказують на те, що пробіотики мають значення для підтримки здоров'я імунної системи господаря, що допомагає організму відновлюватися після респіраторної вірусної інфекції. Подібні втручання не тільки покращили здоров'я тварин, але і знизили вірусне навантаження в їх легенях і підвищили рівень виживаності.

У цій статті, що з'явилась у журналі «Nutrition Research», були розглянуті можливості використання пробіотиків для профілактики вірусних інфекцій. Йдеться про приблизний перелік пробіотичних штамів, що можуть допомогти запобігти зараженню та посилити імунну функцію і таким чином зменшити вплив вірусних інфекцій, особливо COVID-19.

ВПЛИВ ПРОБІОТИКІВ НА БІОЛОГІЮ ГОСПОДАРЯ ТА ВІРУСІВ

Вірус SARS-CoV-2 може передаватися навіть від безсимптомних осіб або під час безсимптомної фази зараження. Остання може тривати до двох тижнів, піддаючи оточуючих потужному вірусному навантаженню, створюючи високий ризик зараження. Пробіотики можуть стримувати вірус при респіраторній фазі інфекції, а також інгібувати зв'язування вірусу з рецептором клітини-господаря.

ВІРУСНИЙ КЛІРЕНС І ЗБІЛЬШЕННЯ ВИЖИВАНOSTI

На одній мишачій моделі було показано, що пробіотики сприяють кліренсу вірусу грипу та нейтралізують вироблення антитіл через Т-хелперні клітини типу 1 (Th1). В результаті вірус зникав із легень та інших місць зараження.

Інше дослідження показало, що рівень смертності від грипу знизився зі 100 до 60 % при введенні мертвих і живих пробіотиків відповідно та з 60 до 30 % при застосуванні інтраназального шляху введення. Це дослідження продемонструвало збільшення продукції секреторних IgA та зниження продукції прозапальних цитокінів після зараження.

Ці ж дослідники продемонстрували потенційну ефективність видів *Lactobacillus* для захисту від вірусної інфекції. Цей захист пояснювали їх імуномодуючою активністю. Така ж тенденція спостерігалась і в інших дослідженнях із використанням *Lactobacillus* як пробіотиків серед мишей, інфікованих вірусами грипу.

В бактерій роду *Bacillus* були виявлені подібні переваги, що реалізувались у вигляді пригнічення реплікації вірусу та вищого рівня виживаності. Встановлено, що противірусний пептид P18 захищає мишей у 80 % випадків інфекції і зменшує вірусне навантаження на легені, що вказує на його потенціал для подальшого вивчення.

ТЕРМІЧНО ІНАКТИВОВАНІ ПРОБІОТИКИ

Цікаве дослідження показало, що інтраназальне використання термічно інактивованого пробіотичного штаму *L.casei* DK128 сприяло захисту від штаму вірусу грипу H3N2. Всі інфіковані миші вижили, рівень запальних цитокінів знизився, а вірусне навантаження на легені миші зменшилося. Це є ще одним перспективним шляхом для подальших досліджень.

ІМУНОМОДУЛЮЮЧІ ЕФЕКТИ

Поєднання трьох штамів *Lactobacillus* викликало противірусну реакцію, збільшуючи продукцію запальних цитокінів і впливаючи на регуляторний фактор інтерферону-7 та інших імуномодуючих генів.

Інша група дослідників продемонструвала, що противірусні ефекти, пов'язані із введенням пробіотиків, можуть бути зумовлені пригніченням специфічного білка, який опосередковує реплікацію вірусу, а саме SWI2/SNF2 білка-активатора CREB-зв'язуючого білка.

Ще одне дослідження продемонструвало, що пробіотики можуть активувати збалансовану відповідь на рівні Th1/Th2.

Встановлено, що ці агенти запобігають зараженню іншими вірусами, такими як вірус гепатиту С, вірус простого герпесу типу 1, вірус імунодефіциту людини.

ЗАХИСНІ ЕФЕКТИ ПРИ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ ЛЮДИНИ

Під час досліджень на людях було встановлено, що пробіотики захищають від застуди та грипу більш ніж на 50 %, підвищуючи рівень гамма-інтерферону у сироватці та секреторного IgA в кишечнику. Це свідчить про те, що пробіотики безпечні та ефективні проти респіраторних інфекцій.

У немовлят щоденне введення пробіотиків від народження до року було пов'язане з меншим на 28 % ризиком повторних респіраторних інфекцій. Було повідомлено про подібні результати щодо гострого інфекційного захворювання у немовлят, які отримували пробіотики.

Постулюється той факт, що споживання пробіотиків покращує цілісність епітеліального бар'єру кишечника та регулює запальні реакції за допомогою різних сигнальних шляхів.

МЕХАНІЗМ КОРИСНОГО ВПЛИВУ

Сприятливий вплив пробіотиків опосередковується багатьма механізмами, включаючи пригнічення адгезії бактерій, кращої роботи слизового бар'єру та модуляції імунної відповіді.

Передача SARS-CoV-2 відбувається за допомогою повітряно-крапельного механізму, вірусний спайковий білок опосередковує зв'язування з рецептором клітини-господаря, використовуючи ангіотензинперетворюючий фермент 2.

Інфікування часто пов'язане з окислювальним стресом, коли вільні радикали викликають пошкодження клітинних мембран. У пацієнтів із COVID-19 спостерігається високий рівень запальних цитокінів у крові, який часто називають цитокіновою бурею. Вважається, що це є основною причиною серйозних пошкоджень багатьох органів, що виникають при тяжкому перебігу COVID-19.

COVID-19 також асоціюється з дисбіозом кишечника, в результаті якого в кишечнику збільшується кількість патогенних бактерій. Це разом із надмірним вірусним навантаженням на слизову порушує бар'єрну функцію епітелію кишечника при хронічних захворюваннях. Пробіотики можуть виправити дисбіоз, одночасно зменшуючи вірусне навантаження та запалення.

ЯКИМИ Є НАСЛІДКИ?

Зміцнення імунітету господаря є одним із найефективніших способів зменшення тяжкості перебігу COVID-19. І саме пробіотики потенційно можуть

забезпечити нас реальною можливістю досягти цієї мети.

Дослідники дійшли висновку, що найбільш корисними є такі пробіотичні штами: *L.gasseri* SBT2055, *L.casei* DK128, *B.subtilis* 3, *L.rhamnosus* CRL1505 та штами *B.bifidum*.

Їх використання асоціювалось із підвищенням виживаності на 50–80 % та потужною протизапальною реакцією.

Такі штами, як *L.rhamnosus* GG, *L.casei*, *L.plantarum*, штам *L.casei* Shirota, *B.lactis* Bb-12 та *B.longum*, знизили прояви інфікування верхніх дихальних шляхів, грипоподібні симптоми та діарею, пов'язану з прийомом антибіотиків, на 40–70 %.

Інші штами, такі як *L.reuteri* ATCC 55730, *L.paracasei*, *L.casei* 431, *L.fermentum* PCC та *B.infantis* 35624, відігравали ключову імуномодуючу роль при різних інфекціях.

Корисність таких пробіотиків при COVID-19 може полягати в їх здатності зменшувати ризик зараження дихальних шляхів шляхом зв'язування з вірусом або поверхнею епітелію. Це запобігає прикріпленню вірусу до рецепторів епітеліальних клітин.

До того ж вони покращують функцію епітеліального бар'єра кишечника та коригують дисбіоз поряд із виділенням множинних пептидів та інших молекул, що можуть пригнічувати реплікацію вірусу. Секреторні IgA також здатні нейтралізувати антитіла.

Зрештою, вони можуть модулювати цитокінову бурю, пов'язану з тяжким і критичним перебігом захворювання, та збалансувати реакції Th1/Th2. Разом з іншими ефектами щодо імунних реакцій господаря це може призвести до активації клітинного імунітету та специфічних реакцій антитіл проти вірусу.

Нарешті, їх потужна антиоксидантна активність призводить до нейтралізації вільних радикалів, що пом'якшує пошкодження органів. Подальші дослідження повинні визначити оптимальну комбінацію таких штамів, відкоригованих з урахуванням віку, способу життя та дієтичних звичок, із впливом кожного на біологію SARS-CoV-2.

Після підтвердження цих висновків пробіотики можуть бути введені в клінічну практику для лікування COVID-19.

Singh K. et al. Probiotics: A potential immunomodulator in COVID-19 infection management. *Nutrition Research*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2020.12.014>, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0271531720305984> ■

ЯК ПІДТРИМУВАТИ ІМУННУ СИСТЕМУ В ХОРОШОМУ СТАНІ

Чи існує спосіб підтримати імунну систему в тонусі та допомогти їй в боротьбі з інфекціями? Відповідь частково полягає в тому, що ми їмо. А як щодо перевірки дієти на предмет наявності корисних речовин, що сприяють здоров'ю імунної системи?

Їжа, яку ми їмо, впливає на імунну систему як на пряму — шляхом забезпечення її поживними речовинами, так і опосередковано — через вплив на бактерії, що живуть у нашому кишечнику, — кишкову мікробіоту, яка пов'язана з імунним здоров'ям. Харчування, багате рослинною та ферментованою їжею, важливе для підтримки здорової композиції кишкової мікробіоти та стійкої імунної системи.

Розуміння впливу поживних речовин та інших компонентів нашого раціону на рівні мікробіоти та імунітету стано-

вить особливий інтерес для вчених, особливо в умовах пандемії COVID-19.

ПОЖИВНІ РЕЧОВИНИ, ЩО ПІДТРИМУЮТЬ ІМУННУ СИСТЕМУ

Наша імунна система захищає нас від патогенних мікроорганізмів, включаючи бактерії, віруси, грибки та паразити. Вона активізується під час зараження. Як наслідок — відбувається лавинне зростання потреби у поживних речовинах з раціону, таких як глюкоза, амінокислоти та жирні кислоти, для забезпечення енергією та будівельними матеріалами нових імунних клітин і регуляторних молекул.

Кілька вітамінів (зокрема фолат, вітаміни А, В₆, В₁₂, С, D і Е) та мінералів (цинк, мідь, селен та залізо) відіграють ключову роль у підтримці цього процесу та зменшенні ризику зараження, пояснює автор.

РОСЛИННА ЇЖА, КЛІТКОВИНА, ПРОБІОТИКИ ТА ІМУНІТЕТ

Правильний вибір дієти для досягнення здорової мікробіоти в кишечнику також може дати користь імунній системі, вважає автор. Мікробіота допомагає імунному захисту, створюючи бар'єр проти патогенних мікроорганізмів. На склад цієї мікробіоти впливають старіння, антибіотики та хвороби, а також наша звична дієта.

Вживання великої кількості рослинної їжі, клітковини та ферментованих продуктів, таких як рясанка, що містить живі корисні бактерії (пробіотики), може допомогти зберегти здорову мікробіоту. Пробиотичні бактерії можуть конкурувати з патогенними бактеріями за поживні речовини, взаємодіяти зі стінками кишечника та пов'язаними з кишечником імунними тканинами, і вважається, що вони можуть впливати на імунну систему в інших ділянках тіла.

РІЗНОМАНІТНА ДІЄТА ДЛЯ ПІДТРИМКИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ

Найкраща дієта для підтримки імунної системи включає різноманітні овочі, фрукти, ягоди, горіхи, насіння, зернові та бобові культури, а також деякі види м'яса, яєць, молочних продуктів і жирної риби. Переконайтесь, що ви вживаєте багато овочів і фруктів, а також зменшуйте кількість оброблених продуктів, насичених жирів та цукру.

«По суті, правильне харчування створює середовище, в якому імунна система може адекватно реагувати на виклик незалежно від його природи», — зазначає автор.

Calder P.C. *Nutrition, immunity and COVID-19*. *BMJ. Nutr. Prev. Health*. 2020. № 3(1). P. 74-92 ■

Асоціація дієтологів України ■

РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ — ШЛЯХ ДО УНІВЕРСАЛЬНОГО ОХОПЛЕННЯ

Універсальне охоплення, або Universal Health Coverage, — одна з цілей сталого розвитку. Шлях до цієї цілі відомий — акумулювати достатньо коштів на охорону здоров'я, зменшити платежі з кишені пацієнта, а також підвищити ефективність використання наявних коштів. Цей принцип означає, що цивілізовані країни мають прагнути, щоб кожен їхній громадянин мав доступ до необхідних медичних послуг та ліків належної якості й не зазнавав при цьому фінансових труднощів через оплату лікування.

Програма медичних гарантій, яку впроваджує Національна служба здоров'я України (НСЗУ), є невід'ємною складовою універсального медичного охоплення. Гарантований пакет медичних послуг є також інструментом прозорості раціоналізації в системі охорони здоров'я. Він допомагає зробити правила роботи системи зрозумілими і для лікарів, і для пацієнтів.

Національна служба здоров'я України активно працює в цьому напрямі, впроваджуючи Програму медичних гарантій. Це перелік та обсяг медичних послуг і ліків, які держава гарантує населенню та оплачує з коштів державного бюджету за єдиними тарифами. Це також прозорі правила доступу до медичних послуг, які наперед відомі пацієнтам і дають їм фінансову точку опори під час лікування. А отже, запобігають катастрофічним витратам на медичну допомогу з власних кишень.

З 1 квітня цього року розпочне діяти нова Програма медичних гарантій. Вона удосконалена і деталізована відповідно до потреб пацієнта. У Програмі медгарантій на 2021 рік передбачено 35 пакетів медичних послуг, у тому числі пакет вакцинації від COVID-19. Три пакети медичних послуг нові, ще п'ять — виокремлені з існуючих пакетів медичних послуг. Для пацієнтів таке розширення Програми медичних гарантій означатиме зручний та зрозумілий маршрут за цими послугами.

Як і в минулому році, Програма медичних гарантій охоплюватиме такі види медичної допомоги: первинна, спеціалізована та високоспеціалізована допомога, екстрена, паліативна допомога та реабілітація, медична допомога дітям до 16 років та медична допомога при вагітності та пологах. Тобто Програма медичних гарантій покриває найважливіші медичні послуги — консультації, лабораторні та інструментальні дослідження, госпіталізації, операції та реабілітацію.

Бюджет Програми медичних гарантій 2021 становить 123,5 млрд грн. Така сума визначена в законі «Про Державний бюджет України у 2021 році».

В умовах обмеженого фінансування необхідно визначати пріоритети. У Програмі медичних гарантій це фокус на тих захворюваннях, що є найпоширенішими причинами смерті українців, охороні материнства та дитинства і захворюваннях, лікування яких є дорогим для пацієнтів.

Це лікування інсульту та інфаркту, медична допомога при пологах та у складних неонатальних випадках, а також інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкології.

У 2021 році тариф, який платитиме НСЗУ за лікування гострого мозкового інсульту, буде залежати від наданої допомоги: у разі проведення лікувальних ендovasкулярних втручань він становитиме понад 97 тисяч. Це сучасний метод видалення згустку крові, який підвищує шанси на повноцінне одужання пацієнта.



Вартість лікування інсульту з використанням тромболітичної терапії становитиме 54 тис. грн.

Так само поділятиметься вартість послуг з лікування гострого інфаркту міокарда. У разі проведення стентування тариф становитиме 32 тис. грн.

Ключовий акцент Програми медгарантій 2021 — наближення медичної допомоги до пацієнта. Цього ми хочемо досягти через розвиток амбулаторного рівня допомоги та інтегровані медичні послуги. Тому ми пропонуємо новий пакет для мобільних психіатричних команд, які зможуть надавати допомогу пацієнту вдома.

Після завершення гострого перебігу хвороби пацієнти зможуть продовжувати лікування амбулаторно. У 2021 році згідно зі стратегією розвитку протитуберкульозної служби до цієї роботи долучиться первинна ланка. Для цього ми запроваджуємо спеціальний новий пакет. Не всі сімейні лікарі будуть працювати з пацієнтами, хворими на туберкульоз. Таке рішення буде добровільним.

Пацієнтів із туберкульозом фтизіатр буде направляти до тих сімейних лікарів, які мають відповідну кваліфікацію, а центр, у якому вони працюють, — договір із НСЗУ. Йдеться про пацієнтів, які зможуть лікуватися амбулаторно і не виділяють бактерію туберкульозу, тобто не можуть передати її іншим людям.

Серед нових пакетів у 2021 році — лікування пацієнтів із гематологічними та онкогематологічними захворюваннями. Цю медичну допомогу виділили в окремий пакет, адже в Україні щороку виявляють приблизно 12 тис. випадків злоякісних захворювань лімфатичної та кровотворної системи. Пацієнти з цими діагнозами потребують тривалої та дорогої медичної допомоги. І трансформація системи охорони здоров'я, що зараз відбувається, покликана знизити катастрофічні витрати на лікування, які несуть пацієнти з онкологією.

Тариф становитиме понад 54 тис. грн. До нього застосовуються коригувальні коефіцієнти. Наприклад, за лікування дітей заклад отримуватиме втричі більше коштів.

Наша ціль не просто закуповувати медичні послуги, а й впливати на їх якість. Тому в цьому році НСЗУ запропонувала ввести доплату за результат виконання договору.

За пріоритетними напрямками ми пропонуємо впливати на якість медичної допомоги через дотримання маршруту пацієнтів. Центр екстреної медичної допомоги отримає більше коштів, якщо бригада доставить пацієнта до того закладу, який має договір із НСЗУ на лікування інсульту та інфаркту. А значить, у такому закладі є все необхідне обладнання та спеціалісти, щоб надати ефективну допомогу пацієнту.

Індикатори якості будуть і для первинної медичної допомоги. Вони стосуватимуться виконання першого щеплення вакциною від кору, паротиту та краснухи дітей до 6 років.

www.nszu.gov.ua ■

НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ ВІД 01.03.2021 № 369 «ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОРОЖНЬОЇ КАРТИ З ВПРОВАДЖЕННЯ ВАКЦИНИ ВІД ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ХВОРОБИ COVID-19, СПРИЧИНЕНОЇ КОРОНАВІРУСОМ SARS-CoV-2, І ПРОВЕДЕННЯ МАСОВОЇ ВАКЦИНАЦІЇ У ВІДПОВІДЬ НА ПАНДЕМІЮ...»

Відповідно до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», 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 удосконалення організації порядку проведення профілактичних щеплень проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

НАКАЗУЮ:

1. Внести до Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021–2022 роках, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 грудня 2020 року № 3018 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09 лютого 2021 року № 213), такі зміни:

1. Розділ «СПОСОБИ ОРГАНІЗАЦІЇ КАМПАНІЇ З ВАКЦИНАЦІЇ» доповнити новим абзацом такого змісту:

«З метою зниження ризиків невикористання доз вакцин, які поставляються у багатодозових флаконах, та у випадках, коли під час вакцинальної сесії проти коронавірусної хвороби COVID-19 зафіксована відмова від вакцинації, виявлено протипоказання до вакцинації, зафіксована мала кількість людей, що унеможливають повне використання відкритих флаконів з вакциною від коронавірусної хвороби COVID-19 (у відповідності до інструкції виробника) та може призвести до утилізації залишку вакцини від коронавірусної хвороби COVID-19 по закінченні сесії, рекомендується залучати до такої вакцинальної сесії публічних та громадських діячів з метою популяризації вакцинації та на підтримку комунікаційної кампанії».

ських діячів з метою популяризації вакцинації та на підтримку комунікаційної кампанії».

2. Підпункт 1 розділу «ЕТАПИ РОЗГОРТАННЯ КАМПАНІЇ З ВАКЦИНАЦІЇ» викласти в такій редакції:

«1) етап 1: вакцинація людей із критичним ризиком інфікування та розвитку коронавірусної хвороби COVID-19 та тих, які виконують критичні функції у відповідь на пандемію коронавірусної хвороби COVID-19, в тому числі у формі публічних вакцинальних сесій проти коронавірусної хвороби COVID-19 за участі Президента України та міністра охорони здоров'я України».

3. Розділ «КОМУНІКАЦІЙНА ТА ІНФОРМАЦІЙНА ПІДТРИМКА ВАКЦИНАЦІЇ» доповнити новим абзацом такого змісту:

«Враховуючи успішний іноземний досвід залучення лідерів (перших осіб) держав, громадських діячів, діячів культури та спорту, лідерів релігійних спільнот тощо до участі в комунікаційних кампаніях з метою популяризації вакцинації та підвищення довіри населення до вакцинації, рекомендується проведення публічних вакцинальних сесій проти коронавірусної хвороби COVID-19 для публічних осіб в Україні на початку кампанії, зокрема Президента України та міністра охорони здоров'я України».

2. Директорату громадського здоров'я та профілактики захворюваності (Руденко І.С.) забезпечити опублікування цього наказу на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника міністра охорони здоров'я України — головного державного санітарного лікаря України В.К. Ляшка.

Міністр Максим СТЕПАНОВ ■

КІЛЬКІСТЬ НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ БЕЗ УРАХУВАННЯ ПРОФХВОРОБИ НА COVID-19 ЗМЕНШИЛАСЬ НА 18,3 %

На підприємствах України впродовж 2020 року було зафіксовано 6646 нещасних випадків, на які складено акти за формою Н-1/П (пов'язані з виробництвом), що на 51,3 % більше, ніж у 2019 році. З них 3054 — випадки гострого професійного захворювання працівників закладів охорони здоров'я на COVID-19. Гострі профхвороби за підсумками минулого року становили 46 % від загальної кількості нещасних випадків.

Водночас без урахування гострих професійних захворювань на COVID-19 кількість нещасних випадків зменшилась на 18,3 % — з 4394 у 2019 році до 3592 у 2020-му. Кількість смертельно травмованих осіб зменшилась з 410 до 327, що дорівнює 20,2 %.

Найбільша кількість страхових нещасних випадків без урахування гострих професійних захворювань зареєстрована у Дніпропетровській області (14,7 %), Донецькій області (10,9 %), місті Києві (10,9 %), Львівській області (6,8 %) та Запорізькій області (5 %). Кількість травмованих осіб у цих областях становить 48,3 % від загальної кількості травмованих по Україні.

Нагадаємо, що у разі нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання Фонд здійснює для потерпілих такі виплати:

1) допомогу у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю до відновлення працездатності або встановлення інвалідності;

2) одноразову допомогу в разі стійкої втрати професійної працездатності або смерті потерпілого;

3) щомісячну страхову виплату в разі часткової чи повної втрати працездатності, що компенсує відповідну частину втраченого заробітку потерпілого;

4) страхову виплату потерпілому в розмірі його середньомісячного заробітку при тимчасовому переведенні його на легшу нижчеоплачувану роботу;

5) щомісячну страхову виплату особам, які мають на неї право в разі смерті потерпілого;

6) відшкодування вартості ритуальних послуг, пов'язаних із похованням.

Крім того, у разі настання страхового випадку за кошти Фонду здійснюється надання медичних і соціальних послуг. Зокрема, фінансується лікування всіх прямих наслідків страхового випадку до відновлення здоров'я або впродовж усього життя потерпілого у разі визначеної в цьому потреби, проходження курсу оперативної реабілітації на базі санаторно-курортних закладів, проведення досліджень, здійснення оперативних втручань, ендопротезування, протезування, забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення тощо.

www.fssu.gov.ua ■

КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

УСЕНКО А.В.¹, КОБЕЛЯЦКИЙ Ю.Ю.¹, КЛОПОЦКАЯ Н.Г.¹, ЦАРЕВ А.В.¹, УСЕНКО А.А.², ОЛЕНЮК Д.В.¹

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

² ООО «Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины», г. Днепр, Украина

Мы привыкли думать, что, возражая кому-то, мы неминуемо вступаем с этим человеком в конфликт, который обязательно должен выявить победителя и побежденного или ущемить чье-то самолюбие.

Но давайте не будем воспринимать все в таком свете. Давайте всегда искать между нами что-то общее.

Секрет успеха заключается в том, чтобы с самого начала проявить заинтересованность в точке зрения собеседника.

Я совершенно уверен, что это под силу каждому из нас.

Далай-лама

Медицина во все времена считалась одной из самых конфликтных форм жизни, ибо она затрагивает важнейшие интересы каждого человека — его здоровье и его жизнь. Больной изначально приходит к врачу в тревоге, страхе и в защите своих интересов даже от воображаемой угрозы может легко переходить разумные границы.

Если ранее конфликтная ситуация получала развитие только в личном общении врача и больного с привлечением в качестве арбитра администрации лечебного учреждения, то в настоящее время случаи взаимного непонимания все чаще заканчиваются в суде [1–3].

В наше время больной имеет достаточно серьезные возможности для защиты своих прав и законных интересов как при ненадлежащем оказании ему медицинских услуг, так и в случае нарушения профессиональной этики. Конфликт с больным, требования которого имеют законные основания, для врача и медицинского учреждения чреват не только репутационными, но и крупными финансовыми потерями. С другой стороны, конфликт с больным может привести к причинению ущерба правам и законным интересам медицинского работника, вплоть до угрозы его здоровью и даже жизни. К сожалению, ситуации, когда врач вынужден защищаться от агрессивного поведения больного и его родственников, сегодня не являются редкостью [4, 5].

В США в течение года с иском в свой адрес сталкивается каждый 14-й врач. Чаще всего это происходит в нейрохирургии (19,1 %), кардиохирургии (18,9 %), общей хирургии (15 %), семейной медицине (5,2 %), педиатрии (3,1 %), психиатрии (2,6 %). При этом 2160 врачей, которые удовлетворили три и более претензии, имели 24 % шансов на возникновение новой претензии в течение 2 лет и 37 % шансов повторения ситуации в течение 4 лет, а 126 врачей имели 62 % рецидива в течение 2 лет и 79 % в течение 4 лет [6].

В обществе обычно негативно относятся к судебным разбирательствам. Даже в случае разрешения судебного иска в пользу врача наносится ущерб его профессиональной репутации, что влечет за собой моральные и материальные потери.

В современных условиях имеется ряд объективных причин, способствующих развитию конфликтных ситуаций в медицине.

Прежде всего следует отметить, что стремительный научно-технический прогресс, обратная сторона которого — постоянное напряжение, стрессы, перегрузки, дефицит времени, переинформированность и другие нежелательные последствия, наряду со сложившимися неблагоприятными социально-экономическими факторами, выраженность которых в нашей стране с каждым годом увеличивается, сопровождается ростом невротизации и психопатизации населения, что в комплексе делает общество более агрессивным [7, 8].

В связи с этим в настоящее время наблюдается высокая распространенность нервно-психических расстройств у больных с соматической патологией. Так, О.О. Хаустова отмечает, что у каждого третьего больного патологическая симптоматика со стороны внутренних органов обусловлена нарушением психологической адаптации [9, 10].

По данным центра поведенческой неврологии Института мозга им. Н.П. Бехтерева, такие функциональные расстройства имеют место у 31 % ревматологических больных, 42 % кардиологических, 50 % гинекологических, 55 % неврологических больных [1].

Это существенно затрудняет общение врача с такими «трудными» больными, увеличивая риск развития конфликтных ситуаций [11].

Поэтому практикующему врачу важно уметь:

- ➔ выделить в общей массе больных тех, у кого заболевание имеет психосоматическое происхождение, о чем могут свидетельствовать раздражительность, неприятие и цинизм, эмоционально-психические срывы;

- ➔ построить доверительные отношения с больным [12].

Как и многие болезненные ситуации, конфликт гораздо легче предупредить, чем прекратить. Поэтому необходимо знать типичные конфликтные ситуации и меры их первичной профилактики. В случаях их возникновения прежде всего важна психологическая готовность врача управлять конфликтом. Он является лидером в отношениях с больным, при разрешении конфликта инициативу следует брать на себя.

А что же такое конфликт?

Конфликт (лат. conflictus — «столкнувшийся») — это одно из проявлений социального взаимодействия, которое протекает в форме противостояния, столкновения, противоборства личностей или общественных сил, интересов, взглядов, позиций по меньшей мере двух сторон и обычно сопровождается негативными эмоциями, выходящими за рамки правил и норм.

Основные причины конфликтных ситуаций в медицине:

- ➔ недостаточно внимательное отношение к больному;
- ➔ утечка недостоверной информации о состоянии здоровья пациента со стороны среднего и младшего медицинского персонала;
- ➔ отсутствие информированного согласия больного на обследование и лечение;
- ➔ отсутствие согласованности и коллегиальности в действиях врачей разных специальностей;
- ➔ дефекты ведения медицинской документации;
- ➔ профессиональная некомпетентность;
- ➔ характерологические особенности врача и больного [13, 14].

Выделяют объективные и субъективные факторы конфликта.

В числе **объективных** особое внимание уделяется несовершенству нормативной базы в области здравоохранения, низкому качеству образования отдельных медицинских работников, расширению спектра платных услуг, деструктивному влиянию средств массовой информации, усиливающих конфликтное противостояние [15, 16].

Субъективные факторы конфликта непосредственно связаны со спецификой профессии врача и особенностями ее реализации в последние годы: деформацией профессионального сознания врачей, низкой мотивацией труда, усугубляющейся дисбалансом системы управления кадровым потенциалом отрасли, ослаблением контроля со стороны руководителей медицинских учреждений, с неразвитостью доказательной медицины в последние годы, вызывающими резонанс в обществе [17].

Субъективные причины часто связаны с несоответствием ожиданий больного с реальностью (предметные или реалистичные конфликты).

Беспредметные (нереалистические) имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Такой конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением больного к медицинской службе в целом или отдельному врачу. В этом случае следует по возможности сократить общение, а если это невозможно — общаться обязательно в присутствии свидетелей, лучше не медиков [15, 16].

Не все больные, обращающиеся к врачу, склонны к установлению сотрудничества с ним в процессе лечения. В этом случае, как и в других потенциально опасных конфликтных ситуациях, полезно дать понять больному, что вы его внимательно выслушали.

Особую категорию составляют больные, не имеющие ничего общего с лечением. Это случаи, когда больной хочет склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи или злоупотребляет доверием врача, используя свои отношения с ним для получения определенных выгод на основании подтверждения своей болезни. В отношении таких ситуаций врач должен проявлять определенную настороженность.

Встречается еще один редкий тип больных, которые не склонны к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, с изначальной установкой на предъявление судебного иска, т.н. сутяжные больные. Среди них различают настырно требовательных, умеющих обосновать свои самые бессмысленные требования; вязких, пользующихся медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду; и хронически недовольных, которые изводят и часто повергают врача в отчаяние, постоянно говоря о неэффективности применяемого лечения [17, 18].

Во всех случаях взаимодействия врача и больного существенную роль играет деонтология — учение о нравственных основах поведения, в т.ч. и в условиях диагностического и лечебного взаимодействия. Большое значение приобретает профессионализм врача на уровне его коммуникативной компетентности, которая является базовой при разрешении конфликтов и напрямую связана с анализом психологического состояния больного как личности.

Врачу важно сохранять заинтересованное отношение к больному, эмпатию, стремление помочь ему, сотрудничать с ним. Это одновременно защищает его от профессиональной деформации, формализма, индифферентности и обеспечивает его эмоциональную стабильность, уравновешенность. Навыки коммуникативного взаимодействия с больным повышают профессиональную гибкость [18].

В случаях возникновения конфликтных ситуаций одной из самых распространенных методик диагностики поведения личности в этих условиях является двухмерная модель регулирования конфликтов Томаса — Килманна, которая включает показатели внимания к интересам партнера и своим собственным [19, 20].

Выделяют пять стилей урегулирования конфликта, представленных на рис. 1. В данной модели показаны эффективные и неэффективные стратегии поведения в конфликте. Прежде всего при любом конфликте каждый участник оценивает и соотносит свои интересы и интересы соперника. На основе такого анализа он сознательно выбирает ту или иную нижеприведенную стратегию поведения.

Конфронтация (конкуренция)

Предполагает сосредоточение внимания только на своих интересах, полное игнорирование партнера. Жесткая позиция по отношению к оппоненту и непримиримый антагонизм к другим участникам конфликта в случае их сопротивления.

Уклонение

Отличается стремительным уходом от конфликта. Характеризуется низким уровнем направленности как на личные интересы, так и на интересы соперника и является взаимной.

Приспособление

Предполагает повышение внимания к интересам другого человека, при этом собственные интересы уходят на задний план. Такое поведение в конфликте используется, если ситуация не особенно значима и важно сохранить хорошие отношения с оппонентом.

Компромисс

Одна из эффективных форм решения конфликта. При этом стороны пытаются урегулировать разногласия, идя

на взаимные уступки. Представляет собой достижение половинчатой выгоды каждой стороной с выработкой промежуточного решения, устраивающего обе стороны на определенный период времени.

Сотрудничество

Характеризуется поиском решения, удовлетворяющего участников взаимодействия с соблюдением их интересов. Конструктивное взаимовыгодное решение конфликта не только помогает избежать нежелательных последствий, но и сохраняет хорошие отношения между сторонами.

Наиболее эффективные способы выхода из конфликтов — сотрудничество и компромисс [19, 20].

Значимым моментом возникновения конфликтов «врач — больной» является усиливающаяся неудовлетворенность общества качеством медицинской помощи. Развитие гражданского общества и рост гражданской грамотности населения привели к нарастающей активности больных в сфере защиты своих прав. Поэтому актуально предупреждение конфликтов, а в случаях их возникновения — конструктивное разрешение.

Первым направлением предупреждения конфликта является повышение правовой культуры с разработкой активных моделей поведения врача в соответствии с существующими в настоящее время социально-экономическими условиями и правовыми гражданскими актами.

Наиболее часто в медицинской практике встречаются беспредметные или психологические конфликты. Однако, несмотря на обычно бурный характер, они не предполагают юридической ответственности врача при соблюдении им требований законодательства.



Рисунок 1. Стили поведения в конфликте согласно модели Томаса — Килманна (19)

Предметные (реалистичные) конфликты могут стать причиной обращения больного не только в вышестоящие инстанции (в органы управления здравоохранением, к омбудсмену, в государственную инспекцию Украины по защите прав потребителей, органы внутренних дел), но и в суд. Главными нормативно-правовыми актами, регулирующими правонарушения в сфере здравоохранения, являются: Конституция Украины, Гражданский кодекс Украины, законы Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья», «О защите персональных данных», «О защите прав потребителей».

К основным правам больного относятся:

- ➔ право на охрану здоровья, на своевременную и качественную медицинскую помощь, безопасность при ее оказании;
- ➔ право на получение любой информации о состоянии своего здоровья;
- ➔ на информированное согласие относительно лечебно-диагностических мероприятий, выбор врача и методов лечения в соответствии с его рекомендациями;
- ➔ на сохранение в тайне состояния здоровья, факта обращения за медпомощью, а также сведений, полученных при обследовании [21].

Анализ дел, рассмотренных судами Украины по искам больных, показывает, что наиболее частыми причинами обращения в суд являются разглашение конфиденциальной информации, ограничение доступа больного или его законных представителей к медицинской документации, отсутствие документально зафиксированного отказа больного от лечения.

Медицинский работник обязан предоставить больному в доступной форме информацию о состоянии здоровья, цели проведения исследований и лечебных мероприятий, прогноз развития заболевания, в т.ч. информацию о наличии риска для жизни и здоровья. Сюда же относится безоговорочное право больного на ознакомление в любой момент с медицинской документацией, касающейся состояния его здоровья: историей болезни, амбулаторной картой, результатами анализов, консультаций и др. Он имеет право снимать копии с медицинской документации, делать фотоснимки, выписки и т.п. Это право подтверждается ст. 8 Закона Украины «О защите персональных данных» [22].

Основным доказательством правомерности действий медицинского работника

ка является медицинская документация. Несмотря на острую нехватку времени, она должна заполняться тщательно, и тем более тщательно, чем более демонстративно больной провоцирует конфликт [23, 24].

Кроме медицинской документации доказательствами в конфликтной ситуации могут быть показания свидетелей в случае отказа больного высказать свое волеизъявление в письменном виде, лучше не медицинских работников [25].

Подводя итог вышесказанному, следует еще раз подчеркнуть, что наиболее эффективным методом предупреждения конфликта является недопущение его возникновения. Поэтому важно обращать особое внимание в своей работе на профилактические меры. Неэффективно разрешенные конфликтные ситуации с больными чреваты печальными последствиями для деятельности не только отдельного врача, но и всего медицинского учреждения: формированием негативного имиджа, убытками и судебными разбирательствами.

Поэтому важно уметь выбрать правильную стратегию поведения медицинского персонала в условиях конфликта, позволяющую не только обеспечить реализацию прав граждан как больных и потребителей медицинских услуг, но и защитить врача в том случае, если больные злоупотребляют своими правами.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов и собственной финансовой заинтересованности при подготовке данной статьи.

Список литературы находится в редакции ■

«Аксімед» завжди попереду!



НА БАЗІ КЛІНІКИ «АКСІМЕД» ВІДКРИТО СУЧАСНИЙ

ЦЕНТР ПРОБЛЕМ СНУ

ЕФЕКТИВНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

- порушень дихання уві сні (нічне апное);
- усіх видів безсоння;
- синдрому неспокійних ніг.

ПРОВІДИМО НАЙСУЧАСНІШУ
ПОЛІСОМНОГРАФІЮ

AKSIMED.UA • 044 390 00 55



ЛІКУВАННЯ
ХРАПУ




АПТЕКА СРЕДНЕВЕКОВОГО ГОРОДА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭПОХИ СРЕДНИХ ВЕКОВ



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

СРЕДНЕВЕКОВАЯ АПТЕКА

Примечательно, что сами аптеки появились в Европе значительно позднее, чем в арабских странах. Так, первая аптека в Европе открылась в Риме в 1016 г., затем — в Монте-Кассино в 1022 г., в Венеции в 1172 г., во Франции в 1178 г. и в Англии в 1180 г., в Вормсе в 1248 г., в Вюрцбурге в 1276 г., в Аугсбурге в 1285 г. [8, с. 63; 12, с. 594]. Тогда как, к примеру, в Арабском халифате первая аптека появилась уже в 754 году в Багдаде. Аптеки в испанских городах Толедо и Кордова появились в XI веке, но тогда эти земли принадлежали арабам, и потому их открытие также всецело принадлежит заслугам арабской медицины.

Первоначально средневековый западноевропейский врач был одновременно и аптекарем, о чем свидетельствует ряд средневековых трактатов, в частности, трактат о медицине, относящийся к концу XII — началу XIII в., хранящийся сегодня в Тринити-колледже в Кембридже под номером 0.1.20, в рисунках к которому показано, как врач, имея целый запас лекарственных трав, отмеряет их, в то время как его помощник их перетирает и разделяет на дозы [11, с. 175].

Вскоре, в XIII—XIV вв., происходит разделение профессии врача и фармацевта. «В средневековой Европе аптекари отдельно от врачей и хирургов создавали цехи. Причем сначала они объединялись с бакалейщиками. Вероятнее всего, это было связано с тем, что и те и другие торговали своим товаром. Но с течением времени аптекари отделились от бакалейщиков в самостоятельные цехи. В Англии, например, это произошло в 1617 г., когда лондонские аптекари выделились из общей с бакалейщиками гильдии» [5, с. 166]. Заметим, что это разделение происходит уже после победы Реформации.

В 1224 году император Священной Римской империи германской нации Фридрих Второй издает декрет, регламентирующий права и обязанности врачей и фармацевтов, не потерявший, кстати, актуальности и для нашего времени. В частности, согласно этому указу:

- фармацевтам запрещалось заниматься врачебной деятельностью;
- врачи не могли владеть аптеками либо участвовать в их деятельности;
- цены на лекарства во избежание их искусственного взвинчивания устанавливались государством;
- вводилось также понятие ревизии аптек;
- регламентировались правила хранения и отпуска ядов [8, с. 63];
- было введено испытание аптекарей на знание ими своего дела;
- вводилась аптекарская касса;
- надзор за аптеками возлагался на врачей [12, с. 593].

При изучении способов лечения различных заболеваний, принятых в разные эпохи и у разных народов, особый пример являет эпоха западноевропейского Средневековья, в которой, казалось, были сконцентрированы самые немыслимые, диковинные и вопиюще антинаучные подходы к лечению тех или иных заболеваний. И это несмотря на богатейшее наследие, оставленное Средним векам античной эпохой, достижения которой в Средневековье были не только не развиты, но и грубейшим образом попорчены. Обращает на себя внимание и удивительный, на первый взгляд, застой в этих, если можно так сказать, методах лечения, принципиально не меняющихся на протяжении всего Средневековья — с 476 года, года падения Западной Римской империи, по 1517 год, год начала Великой Реформации. Причем на всех этих методах лечения вне зависимости от их вида лежит глубочайшая печать средневекового мировоззрения, без анализа которого невозможно понять как само появление этих методов лечения, так и их незыблемость на протяжении тысячи лет.

Поэтому целью нашей работы стали изучение и обзор не только методов лечения, принятых в эпоху Средних веков, но и причин, породивших их.



Средневековый аптекарь

В 1454 г. в Констанце впервые было отдано распоряжение о запрещении врачам отпускать лекарства [12, с. 594].

С XV века была установлена аптечная монополия, и разрешение на открытие аптек давалось только при условии исключения конкуренции [8, с. 63].

Первоначально врачи, назначая пациенту то или иное лекарство, сами отпущивались в аптеку и сообщали аптекарю, что и как необходимо приготовить. И только в XVI в., когда была преодолена дороговизна бумаги, вошло в обиход использование рецептов [12, с. 594].

Средневековые аптеки продавали не только лекарства, но и сладости, духи, пряности. Сами лекарства хранились на складах гильдии продавцов перца [11, с. 283]. Старейшей аптекой Европы, работающей и по сей день без перерыва с 1422 года, является, в частности, таллиннская аптека, расположенная на Ратушной площади. При этом рецепты лекарственных средств, изготавливаемые средневековыми аптекарями, поражают широчайшей палитрой самых необыкновенных ингредиентов, что было обусловлено подходом к лечению заболеваний, которые господствовали в то время.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕВЕКОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Накопленный на сегодняшний день богатейший фактический материал позволяет нам выделить основные, если так можно сказать, методы лечения, применяемые в средневековой медицине.

Поклонение «нужным» святым

В Средние века была устойчивая вера в то, что каждый святой может помочь строго при заболевании конкретного органа. Так, к св. Агапию прибегали при заболеваниях зубов, но он не мог помочь, если человек страдал, к примеру, рахитом. Здесь уже нужна была помощь св. Обена. А вот при различных коликах надо было обратиться к св. Герману Оссерскому. Порой при некоторых заболеваниях могли помочь сразу несколько, а то и несколько десятков святых. Так, существовало 16 святых-заступников от бешенства, от чумы — 60, от лихорадки — 128 [2, с. 338]. При этом существовали «универсальные» святые, которые могли помочь при многих заболеваниях. Так, св. Леонард был патроном 42 заболеваний. В случае неясности диагноза призывали Деву Марию. При этом необходимо было положить изображение больной части тела за икону того или иного святого, и исцеление было гарантировано. К XIII веку была строго регламентирована «специализация» святых по тому или иному заболеванию.

Понятно, что этими изображениями очень широко торговали храмы и монастыри, получая баснословную прибыль [16]. Особенно богатели монастыри, которые имели вещи, якобы принадлежащие тому или иному святому, или его мощи. При этом людям внушалось, что для исцеления надо просто прикоснуться к мощам «эффективного» при данном заболевании святого или даже соскрести каменную крошку с его надгробия и съесть ее.

Было также принято оставлять жертвенные дары — votives, преимущественно в виде изображения больных частей тела. При этом данные изображения могли приноситься как до исцеления — в качестве прошения, так и после — как благодарность за полученное исцеление [2, с. 355]. Также в благодарность за исцеление церквям и монастырям дарили крупный и мелкий скот, домашнюю птицу, одежду, деньги, золотые и серебряные слитки.

Параллельно с этим были разработаны специальные молитвы, которые читал священник при том или ином заболевании и каждое слово которых имело свой особый магический смысл. Конечно же, за каждую из прочитанных им таких молитв платилось особо [16, 20].

При этом церковные проповедники, в первую очередь доминиканцы и францисканцы, в своих проповедях-примерах четко учили тому, что проявление непочтения к святому и недостаточные ему приношения и поклонение могут быть весьма чреваты для человека, причем со стороны самого святого. «Святым, Христу и Богородице в контексте жанра «примеров» приписываются качества, которых от них, казалось бы, трудно было ожидать. Им не чужды, конечно, милосердие и любовь, но само собою разумеющееся наличие христианских добродетелей не лишает их обидчивости, злопамятности, мстительности, гневливости. Они ведут строгий счет услугам, которые им оказывают их поклонники. Мало того, они способны к весьма резким жестам, нередко дрячливы, бьют и даже убивают своих обидчиков или непокорных. Распятый, сойдя с алтаря, ударил в челюсть спящего по своему обыкновению монаха, которому надлежало бодрствовать вместе с братьями на ночной молитве, и на третий день монах скончался. Металлическое распятие, которому звонарь кельнской церкви св. Георгия Мученика не оказывал почтения, однажды ночью явилось ему и с бранью побило, так что звонарь харкал кровью на протяжении многих дней. О сем чудесном событии стало известно всему городу, и с того времени этот крест был в еще большем почете, нежели прежде. Господь в «примерах» распространяет свою месть не только на виновного, но и на его родственников и близких людей. Так случилось со знатной вдовой, которая вступила в недозволенную связь со своим адвокатом. Ей явился Христос, угрожающий умертвить ее родственницу,

коль она не покается, и родственница эта скончалась... Святые ревностно следят за тем, чтобы их права и прерогативы не нарушались верующими. Особенно болезненно реагируют они на нарушения посвященных им праздников. Святкой Лаврентий часто сурово наказывал тех, кто в его день не воздерживался от трудовых занятий. Один человек в тот день возил с поля сжатый хлеб, и внезапно с неба павший огонь спалил весь хлеб, сжег волов, запряженных в телегу, а животных, которые бросились в воду, утонули. Этот святой претерпел муки от огня, вот он огнем и карает своих обидчиков... Иоанн Креститель, которому не кланялся его тезка — боннский каноник, не снес обиды и не только попрекнул его в видении, но и так пнул оскорбителя в живот, что тот пробудился от ужаса и боли, а затем захворал и умер.

В Кельнском соборе обнаружили останки двух из погребенных там одиннадцати тысяч дев и положили их в раку. До поры их мощи были в большом почете, но затем в стране начались внутренние междоусобицы, и святые оказались в небрежении. Весьма разгневанные, они громко стучали в стенку раки, так что все могли их услышать, и грозили духовному лицу, которому явились во сне, что покинут это место. И действительно, однажды ночью, поклонившись алтарю, аббату и монахам, обе девы удалились, и попытки вернуть их были безуспешны. Народные святые легко подвержены приступам гнева, проявляют подозрительность и ревность, мстительны и воинственны.

Если к этому присоединить еще свидетельства того, что в моменты социальных и иных невзгод верующие прибегали к «принуждению» святых, намеренно лишая их почитания, угрожая им и даже подвергая побоям и поношению мощи, для того чтобы побудить их вмешаться и оказать людям нужную помощь, на которую они, по их убеждению, имели право, то картина своеобразных взаимоотношений между прихожанами и их небесными патронами будет вырисовываться с еще большей отчетливостью... Большой конверс пригрозил Христу, что если Он не избавит его от болезни, то пожалеется Его Матери, и Христос вянул его словам» [7, с. 27-28, 30, 32, 33].

Реликвии

С культом святых весьма тесно было связано поклонение реликвиям и прибежание к ним в основном в случаях различных заболеваний. Сами реликвии некоторыми историками делятся на три большие группы [2, с. 322]. Первую составляли реликвии, якобы имеющие отношение к Библии и раннеапостольской церкви, это были главнейшие реликвии средневековой папской церкви. Вторую составляли реликвии, представляющие собой останки основателей данных монастырей, а третья представляла собой останки местных современных святых. Начиная с того времени, как христианство стало государственной религией Римской империи, стало общепринятым священные останки поднимать из земли и выставлять на обозрение в роскошных саркофагах. При этом более мелкие реликвии типа зубов, ногтей, волос святых помещали в специальный реликварий, имевший прозрачную капсулу, который выставлялся на высокой ножке для публичного обозрения. При этом реликвиями считались не только сами останки того или иного святого, но и все, что с ним было связано. «Магический закон контакта наделял целительной силой все, что хотя бы как-то соприкасалось со святым: земля с могилы, пыль с надгробия или соскобленная тайком каменная крошка (следы соскобов, оставленных многими поколениями жаждущих исцеления, можно видеть в некоторых местах и по сей день), кусочки ольвшего воска с горящих у гробницы свечей (обычно из такого воска изготавливали исцеляющие амулеты), капли влаги, осевшие на холодных



Лицевая часть плащаницы

стенах крипты... могильную землю, пыль, каменную крошку носили с собой в мешочке как амулет, разводили в воде или в вине и пили» [2, с. 350]. К примеру, землей с могилы св. Альдегунды лечили головную боль, а каменной крошкой от гробницы св. Виборады лечили болезни глаз [2, с. 351]. Посохом св. Фурсея исцеляли одержимых, а из чаши св. Ульриха пили при бешенстве.

Для получения исцеления было принято обходить гробницу по кругу трижды, гладить могильные камни, а если была возможность и было разрешено, то больного клали на саркофаг святого или подсовывали руку под саркофаг и потом терли ею больные участки тела [2, с. 349].

Примечательно, что в жажде исцеления паломники нередко похищали реликвии [2, с. 158].

Обереги и амулеты

Другим направлением лечения, которое использовалось в Средневековье, было широчайшее применение различных амулетов и оберегов, в которые помещали частички святых, крупинки святой земли, молитвы к святым [19, 20, 23]. «Заключенные в специальные капсулы или мешочки реликвии святых — клочки савана или одежды, земля с могил или пыль с надгробий — подвешивались на шею или привязывались, подобно языческим амулетам, к поясу, к руке, к ноге. Карл Великий носил на шее как талисман сосудик из горного хрусталя с заключенными туда волосами Девы Марии» [2, с. 250]. «Воины носили реликвии под шлемом или подшивали к одежде, чтобы уберечься от ран, заключали в рукоятке меча, чтобы обеспечить себе победу в поединке» [2, с. 250]. Отсюда, кстати, и пошел обычай целовать оружие. Именно телесный контакт с реликвией, как классический магический закон контакта, считался базовым для получения исцеления [2, с. 250]. Для профилактики заболевания и вообще в качестве общего оберега необходимым считалось ношение нательного крестика.

С помощью своеобразных оберегов проверялась и подаваемая пища на предмет наличия в ней яда. «Поблизости от хозяйского места ставился невысокий шкафчик, в котором хранились магические предметы, предназначенные для того, чтобы проверять доброкачественность подаваемых блюд: рог единорога (на самом деле нарвала), окованный золотом, и так называемый лангес — подставка для драгоценных металлов с помещенными на ней «змеиными зубами» (видимо, это были зубы акулы). Считалось, что при соприкосновении с мельчайшими долями отравы рог единорога начнет кровоточить, как и змеиные зубы. Вот почему, прежде чем приступить к еде, хозяин прикасался магическими предметами к подаваемой пище» [25, с. 69].

«На раны, переломы, опухоли «мудрые женщины» накладывали специальные магические повязки с нанесенными на них ма-

гическими знаками и произносили над ними заклинания; больному повязывали специальный пояс, также обладающий целительной силой благодаря написанному на нем заклинаниям, рунам или потому, что он был принесен из какого-нибудь святилища» [32, с. 61].

Весьма популярны были и ладанки с различными заклинаниями, которые вешались на шею или прикладывались к больным частям тела [29, с. 66].

Уделялось внимание также форме амулета, материалу, из которого он был изготовлен, его цвету и нанесенным на нем знакам и символам [2, с. 268-269]. Население средневековой Европы продолжало носить на протяжении практически всей эпохи как откровенно языческие амулеты, так и христианизированные языческие амулеты.

Пыль с гробницы святого

Одним из наиболее чудодейственных методов лечения, распространенных в Средние века, было применение пыли с гробницы святого, которую бережно собирали во время паломничеств [2, с. 187].

Красная нить

Больные части тела обматывались шелковой или шерстяной нитью красного цвета [31, с. 117], которая символизировала собой кровь. Как видим, этот оберег дошел и до нашего времени и является одним из наиболее популярных, причем в среде молодежи.

Травяные зелья

Понятие фитотерапии, используемое сегодня, весьма мало походило на средневековое лечение травами. «В народной медицине, магической по своей природе и сути, лечение травами основывается не только на их «естественных» целебных свойствах. Многие растения из тех, что применяются в народной медицине и вообще в магии, на самом деле не имеют или почти не имеют целебного эффекта» [2, с. 256]. Дело в том, что в Средние века уделялось внимание не столько самой траве как таковой, а тому, в какой языческий праздник (по-скольку пришедшие им на смену христианские названия несколько не изменили ни сути, ни атрибутики праздника) она была собрана, в какое именно время дня и с какими именно заклинаниями. Над каждым из травяных сборов читалось особое заклинание [14, с. 319]. «Сбор трав и приготовление снадобий из них издревле сопровождался определенным ритуалом, предназначенным или наделять их магической силой, или активизировать уже имеющуюся. Едва ли существовало в Средние века хотя бы одно дикорастущее целебное растение, которое не собирали бы в строго определенное время, например, при убывающей луне, или до восхода солнца, или «пока не высохла роса», чистыми и пустыми руками или, напротив, имея в руках что-нибудь железное, избегая прикасаться руками к земле, молчали, с заклинанием или какой-нибудь иной церемонией. Число стеблей, собранных в пучок, также не было произвольным: 3, 7, 9, 72» [2, с. 259]. С утверждением христианства в качестве государственной религии заклинания над травами постепенно лишь сменяются молитвами-благословениями. «Формирование разнообразных христианских ритуалов, направленных на «усиление» целебного свойства трав, непрерывно шло на протяжении всего Средневековья. Подобно большинству других форм «церковной магии», они включали в себя множество приемов, позаимствованных из народной практики, и, соответственно, множество языческих символов. Так, для исцеления от эпилепсии касатик, неон или руту связывали в 12 пучков, и над каждым из них 9 раз (священное число в германской мифологии) читали «Отче наш». Подобно тому, как в дохристианскую эпоху травы собирали

в определенные, обычно связанные с языческими празднествами дни, уже в высокое Средневековье их сбор стали приурочивать к христианским праздникам, прежде всего ко дню вознесения Девы Марии, Иванову дню, праздникам св. Петра и Павла. В эти дни травы освящали в церкви. Процедура церковного благословения трав стала отчасти своеобразной заменой «языческих» магических действий над ними» [2, с. 260-261].

При этом чудодейственными считались не только такие травы, но и пасхальные яйца, и блины, испеченные на Масленицу. Примечательно, что, согласно воззрениям Средних веков, особой целительной силой обладала трава, собранная на кладбищах [2, с. 243]. Многие травы называли именами тех или иных святых, якобы особо покровительствующих им. Так, зверобой стал травой св. Иоанна, чабрец — травой св. Марии и т.д. [2, с. 258].

Весьма широко средневековое общество использовало травы как средство нанесения вреда. Об этом, в частности, весьма ярко свидетельствуют «многочисленные параграфы «покаянных книг», которые живописуют разнообразные приемы вредоносной магии, прежде всего заклинания и магические обряды, совершаемые над травами» [2, с. 73]. Использовали порой и травы, обладающие контрацептивным или отравляющим действием.

Кровь

В Средневековье верили, что особой чудодейственной силой обладает кровь — как животных, так и человека [2, с. 227]. Упоминания о ритуальном употреблении крови мы встречаем у многих древних народов, которые верили, что так человеку передается сила того, чью кровь он употребляет. Примечательно, что спустя века после принятия христианства кровь продолжали довольно широко употреблять в ритуальных целях, о чем, в частности, свидетельствуют церковные источники еще XI века [33, с. 424, 429]. «Научное» обоснование применения человеческой крови в качестве лекарственного средства осуществил скандально знаменитый врач, алхимик и оккультист Теофраст Парацельс, который считал, что «средства, содержащие человеческую плоть, способны лечить благодаря находящимся в них «энергиям» и «сущностям». Даже простое прикосновение мертвого тела считалось чудодейственным» [35, с. 270].

«Кровь считалась благороднейшей из всех жидкостей и даже удостоилась наименования «эликсир жизни». Итальянский философ XV века Марсилио Фичино считал, что кровь молодых способна вернуть жизненную силу пожилым. Поэтому следует «высосать, подобно пиявкам, одну-две унции крови из слегка рассеченной вены левой руки...». Но что делать, если питье крови внушает вам отвращение? На этот случай Фичино рекомендовал «сначала приготовить [кровь] с сахаром, либо же смешать ее с сахаром и слегка перегнать над горячей водой, и лишь затем пить...». Человеческую кровь не только пили. Ее также, высушив, растирали в порошок, смешивали с пищей и добавляли в мази, вдыхали через ноздри. Итальянский врач Леонардо Фиораванти считал, что снадобья с кровью «так сильны, что буквально могут воскресить из мертвых». Кровь применяли для лечения кожных инфекций, лихорадок, а также для улучшения роста волос. В некоторых местностях в Европе из крови делали что-то вроде густого джема. Вот вам рецепт от францисканского аптекаря:

«1. Дайте крови свернуться в плотную липкую массу.

2. Нарезьте на тонкие куски и оставьте, пока не вытечет жидкость.

3. Нагрейте на огне, помещивая полувывшееся тесто с помощью ножа.

4. Процедите через сито из тончайшего шелка и запечатайте в стеклянной банке».

Следует ли потом намазывать «джем» на тосты или на булочки, в документе не сообщается. Однако уточняется, от кого именно следует брать кровь — от человека «краснолицего, рябого». А особенно высоко ценилась кровь рыжеволосых... [35, с. 272-274].

При этом осуждение официальной церковью употребления крови одновременно подпитывалось ее учением о том, что якобы во время причастия вино превращается в реальную кровь Христа и обладает чудодейственными свойствами. Так, средневековая церковь, с одной стороны, осуждала языческие верования, а с другой — сама перенимала их, облекая лишь в «христианские» одеяния. Также во многих средневековых житиях говорится о том, как кровь святых исцеляла раны. Так, к примеру, в «Саге о святом Олафе» говорится о том, что, когда кровь св. Олафа попала на рану Торира, рана быстро зажила. И потому огромный процент средневековых рецептов по исцелению того или иного заболевания имел в своем составе кровь.

Так, кровью совы лечили бронхиальную астму. Высушенной кровью козла — камни в почках. Кровью летучей мыши лечили заболевания грудных желез у женщин. Кровью женщины, выделяющейся в период менструации, лечили болезни суставов. А купание в крови маленьких детей возвращало, как уверяли, молодость (Средневековые знают и такие страшные примеры, причем носящие далеко не единственный характер).

Лечение трупами

Учение о якобы целительной врачевой силе, которая таится в человеческих останках, восходит, как мы рассматривали выше, к Парацельсу, а также его ученику доктору Яну Баптисте ван Гельмонту. Последний «полагал, что человеческий труп несет в себе «скрытую жизненную силу», которая каким-то образом сохраняется в крови и плоти после смерти, особенно насильственной. Иными словами, энергия осталась нерастратченной, поскольку перед смертью человек не болел и не впадал в немощь. Именно поэтому особенно ценились тела преступников — после безвременной кончины их носителей» [35, с. 271].

Так, в частности, «палачи также зарабатывали неплохие деньги на коже и жире казненных преступников. Аптекари особенно ценили «масло из человеческого жира», или «человеческое сало», оно же «жир несчастных грешников», оно же «бальзам из висельников». Это снадобье применялось для заживления ран, обезболивания, лечения опухолей, подагры, ревматизма, а также в качестве приворотного зелья. В одном из старинных германских стихотворений говорилось: «Людское сало спасает от хромоты — вернешь себе спасте, если натрешься им ты». Человеческий жир считали также средством для лечения гидрофобии (водобоязни), то есть фактически бешенства. Его даже использовали в качестве косметического средства, особенно при рубцах после перенесенной оспы, и рекомендовали как прекрасную противоспазмолитическую мазь. Палачи, зарабатывавшие на смерти, также рекомендовали использовать человеческую кожу для помощи беременным — да, пусть исполнители казней не были обычными аптекарями, но у них был свой собственный товарный знак в виде смерти с косой, к тому же никому не приходило в голову оспаривать подлинность их продукции. Некоторые женщины верили, что оборачивание дубленой человеческой кожи вокруг живота уменьшает болезненность схваток при родах. Ношение кусочков кожи вокруг шеи якобы помогало предотвратить зоб — увеличение щитовидной железы» [35, с. 271].

До нашего времени сохранились даже рецепты приготовления лекарственных препаратов из останков человеческих тел.

«Возьмите мозги молодых мужчин, умерших насильственной смертью, вместе с их оболочками, артериями, венами и нервами... истолките их в каменной ступке до состояния кашицы. Затем налейте столько винного спирта, чтобы он покрывал эту массу... [потом] настаивайте это полгода в лошадином навозе». Рецепт «Экстракта человеческого мозга из «Искусства дистилляции», автор Джон Ф.» [35, с. 277].

Другой рецепт заключался в том, что «кусочки человеческого черепа специальным разом готовились в стеклянной посуде. После долгой переработки и перегонки полученная жидкость применялась для лечения всех болезней, в особенности подагры, сердечной недостаточности, отеков и эпилепсии» [35, с. 278].

Одним из наиболее популярных средств, изготавливаемых из человеческих останков, пользующимся популярностью и в наши дни, является мумие. «Примерно в XI веке источником этого вещества стали считать черное содержимое, которое находили в полостях тела и черепах древнеегипетских забальзамированных трупов. И вскоре слово «мумия» стало обозначать и забальзамированное тело, и любой продукт, полученный из него. «Мумие» из мумий пользовалось большим спросом на пике своей популярности в Европе XV и XVI веков. Отчасти потому, что оно считалось, согласно Парацельсу, «высшим лекарством». Великий ученый и его последователи полагали, что человеческий дух можно физически дистиллировать, а «высшая квинтэссенция» этой дистилляции будет исцелять практически от всех болезней. Конечно, никаких биологических оснований для этого нет. Однако медицинский каннибализм в духе Парацельса все равно развивался и стал вполне общепринятой практикой, в центре которой стояло снадобье из мумий. Медики утверждали, что оно лечит язвы, опухоли, кровохарканье, синяки, подагру, чуму, отравления, лишай и мигрени.

Припарки на основе мумий применялись для лечения укусов змей, сифилитических язв, головной боли, желтухи, болей в суставах — ну и, конечно, эпилепсии. Спрос рождал предложение, порой переступавшее грань закона. Дельцы разграбляли гробницы в Каире, доставали оттуда тела и вываривали их, продавая затем маслянистую жидкость, всплывавшую на поверхность кипятка. Головами мумий торговали за золото. Существовал даже специальный налог на импорт мумий в Англию. В лондонские аптеки продавали сотни фунтов различных частей мумий из Египта. Некоторые считали, что ингредиенты, применявшиеся для бальзамирования (масла, алоэ, мирра, шафран), делают снадобье еще таинственнее и дороже. Из-за активного разграбления гробниц мумии стали дефицитом. Мошенники начали подменять мумии другими трупами — бедняков, прокаженных, жертв чумы. Их тела похищали, накачивали алоэ, миррой и битумом, затем запекали или высушивали в печи и

окунали в смолу. Покупатели, естественно, об этом не знали; им советовали «выбирать вещество блестящего черного цвета, без большого количества костей и грязи, хорошо пахнущее». В дело шли и неудачливые путешественники, ставшие жертвами смертоносных песчаных бурь в африканских пустынях. Их тела, естественным образом забальзамированные благодаря сухому климату, называли «арабскими мумиями». Рынок мумий сошел на нет только к концу XVIII века. Мода на продукты из мумий исчезла одновременно с верой врачей в логику Парацельса. Медицинские знания становились более совершенными, и ученые уже верили не в магические свойства человеческого тела, а в рациональные принципы анатомии» [35, с. 280-281].

Засушенные жабы и волчье сердце

Для лечения заболеваний широко применялась и засушенные жабы, волчье сердце, волчья печень, кости мумии, которые можно было приобрести в аптеках средневековых городов [9, с. 36]. По этому поводу Бурхард Вормский писал, что его папства не гнушалась принимать как лекарство разведенных в воде червячков, именуемых вшами [33, с. 229]. «Дождевых червей употребляли во всех видах: живых и мертвых, утопленных в вине, разрезанных на части, толченых в порошок, кипяченых в масле. Их прикладывали и привязывали к больному месту, приписывая им потогонное, останавливающее кровотечение и болеутоляющее свойства» [2, с. 229]. «Лоршский лечебник» учил, что для того, чтобы извлечь из уха инородное тело, нужно поймать мышь, раздавить ее и приложить к уху [2, с. 229]. Для проведения колдовских обрядов в Средние века применяли специальные мази, в состав которых входили жир, вытопленный из сваренных живьем или выкраденных с кладбища младенцев, кровь летучей мыши, сажа, ароматические и ядовитые растения. Мази наносились на эрогенные части тела [2, с. 264-265]. В состав многих лекарственных препаратов, о чем упоминают, в частности, англосаксонская врачебная книга X века «Lesebosc» и рецептарий XI века «Lacnunga», входили испражнения животных [2, с. 295].

Также весьма популярными в эпоху Средневековья являлись бальзамы от всех заболеваний и недугов типа так называемого бальзама святой Магдалены, которые благословлялись в церкви и затем продавались там же [2, с. 334].

Предметы церковного культа

Одними из наиболее распространенных средств лечения, которые использовали жители средневековой Европы, были предметы, используемые в обрядах средневековой церкви. «Вера прихожан в силу церковных ритуалов и предметов выражалась в поступках, свидетельствующих о том, что месса, церковная утварь, святые таинства понимались ими как сво-

еобразное магическое средство: более того, подобно любому магическому средству, средство амбивалентное, пригодное и для добрых дел, и для нанесения вреда. Во время мессы, например, за алтарь или под него тайком ставили восковые фигурки людей, чтобы затем «наговорить» с их помощью кому-нибудь болезнь или смерть. Помимо «наговора» эти фигурки еще пронзали иглами или топили в воде; топили также и «наговоренные» серебряные монетки, считалось, что после этого жертва заболит и умрет в мучениях... Болезнь и смерть могли вызвать, по общему мнению, также заупокойные молитвы и мессы по живым людям» [2, с. 77]. Более того, даже в поведении священника как священной фигуры в глазах народа читался прогноз того или иного заболевания. Так, если дым от кадиланицы священника, пришедшего к больному, поднимался вверх, то верили, что больной выживет, а если стелился понизу, то это было знаком близкой смерти больного. «Если лошадь священника, направляющегося навестить больного, идет понуря голову или если священник явился в дом больного без приглашения, считали, что такой больной уже не жилец на этом свете» [2, с. 216].

Особую целительную силу придавали символизирующему тело Христа хлебу (гостии), который во время причастия якобы превращался в реальную плоть Христа. Это небиблейское учение средневековой папской церкви породило целый ряд суеверий, прочно вошедших в сознание не только простых людей, но и священников. «Все, что имело отношение к таинству евхаристии и соприкасалось с «плотью и кровью» Христа: вино и облатка, пальцы священника, которые непосредственно касались святых даров, вода, которой он омывал руки после совершения таинств, дароносица, чаша для причастия — наделялось в народных представлениях магической силой, в первую очередь — целительной» [2, с. 308-309]. Так, к примеру, гостия считалась сильным средством против глистов. Верили также, что если заглянуть в чашу для причастия, то можно получить исцеление от желтухи. Также верили, что зашитая в платье облатка могла уберечь от стрел и ударов в бою. Приносила деньги и добро в дом, зарытая в огороде — плодородие, спрятанная в хлеву — здоровье и плодovitость скота, ее также клали умершему на грудь, чтобы и на «том свете» она «помогла» ему. Облатку воспринимали и как средство для прерывания беременности [2, с. 309]. Все это приводило к тому, что пришедшие на причастие средневековые христиане тайно забирали с собой гостию, чтобы потом использовать ее в различных целительных действиях. Поэтому во время исповеди духовники того времени задавали вопрос: «Не уносил ли ты куда-нибудь облатку?» [33, с. 440].

Стоит также особо подчеркнуть, что пасхальные яйца, столь популярные в наши дни, историю появления которых порой пытаются вести чуть ли не с апостольских времен, на самом деле появились много столетий спустя после апостольского времени, а использование их в качестве целительного средства вообще началось не ранее XII в. [30, с. 315].

Святая вода

Особой популярностью при исцелении в Средние века обладала святая вода. Здесь мы вновь видим пример того, как учение государственной церкви о том, что главное назначение святой воды — очищать душу от греха и приносить физическое исцеление, привело к тому, что ей стали приписывать уникальные целительные свойства, причем даже помимо воли тех, кто ее употребляет [2, с. 311].

При этом даже считали, и это весьма примечательно, что у некоторых священников она получается более целительной



Церковная месса в Средние века

[30, с. 108-109]. «Целительными свойствами» обладала и вода, благословенная на литургии, и благословенная вода с солью, и вода, благословенная приватно священниками на дому. Святой становилась и вода, в которую окунали те или иные реликвии, связанные с тем или иным святым. Более того, считалось, что каждый святой покровительствует той или иной воде, причем вода каждого святого помогала от того или иного конкретного заболевания. Так, к примеру, вода св. Пирмина помогала при чуме, вода св. Стефана избавляла от призраков, вода св. Килиана исцеляла болезни глаз, вода св. Адельхайд излечивала от лихорадки, св. Власия — от болезней внутренних органов и т.д. В самом конце эпохи Средневековья и начале эпохи Нового времени особой популярностью стала пользоваться вода св. Игнатия — Игнатия Лойолы, основателя ордена иезуитов. Производство этой воды было вообще поставлено на весьма широкую ногу и приносило церкви огромные доходы. Официальная церковь всячески поддерживала веру людей в целительную силу святой воды, выступая лишь против того, чтобы для придания большей целительной силы воде смешивали святую воду, принесенную из трех церквей или трех освященных источников.

Особой популярностью пользовались источники, находящиеся якобы под покровительством того или иного святого. Так, вода из 48 источников приносила молоко кормящим матерям, вода из 22 источников исцеляла от лихорадки, вода из 6 источников — от болезней глаз и т.д.

Гадания на Библии

Для прогноза течения заболевания люди Средневековья, включая и священников и монахов, прибегали к гаданию на Библии. Причем, как явствует из анализа постановлений церковных соборов, такая практика была весьма распространенной с IV по XIII в. [2, с. 217].

Толкования снов

Особое место в прогнозе заболеваний во всех слоях средневекового общества отводилось снам. При этом весьма примечательным является то, что ранняя христианская церковь, базируясь на библейском учении, говорила, что в снах никакого значения нет, однако по мере того, как церковь все дальше и дальше отходила от чистоты библейского учения, языческая вера в пророческое значение снов все глубже и глубже стала входить в христианское учение. Сны стали рассматриваться всеми кругами средневекового общества как особые пророческие откровения, причем что или кто являлся источником этих «откровений», средневекового жителя волновало мало. В этой вере в пророческую силу сновидений в сознании средневековых людей, практически не наученных даже азам христианского учения, смешались откровенно языческие магические спиритические представления с суевериями, питаемыми средневековой церковью. Эта вера в значение снов весьма широко подкреплялась житиями святых, вследствие чего «под покровом «официальной» церковной культуры даже в среде интеллектуалов-клириков продолжала жить древняя народная вера в реальность сновидений, в их «вещий» характер» [2, с. 220]. Более того, появлялись специальные сонники, по которым диагностировали болезнь и определяли ее исход. Врачи того времени активно обращались к сонникам, анализируя и соотнося содержание снов с заболеванием человека [2, с. 221].

В житиях святых также встречаются упоминания о том, что у могилы святого заснувшего паломнику явился данный святой и принес исцеление. Однако широкого распространения данный обычай исцеления во сне не получил.

Народные магические методы лечения

Народные методы лечения, имевшие широчайшее распространение в эпоху Средневековья и являвшиеся главенствующими в то время вообще, представляли собой чистую магию. Среди подобных методов, к которым прибегали люди, было использование тайно взятых из церкви во время причастия хлеба и вина, символизирующих плоть и кровь Христа. Сами проповедники-монахи говорят об этом весьма широко распространенном в народе суеверии. Так, они «приводят примеры использования крестьянками церковной облатки в качестве магического средства. Одна хотела с ее помощью вылечить своих пчел, положив тело Христово в улей, но пчелы, повинаясь Творцу, выстроили вокруг него миниатюрную часовню. Другая, стараясь спасти овощи от капустной гусеницы, по совету какой-то бродяжки посеяла сакрамент в грядки огорода. «Хорошая medicina — тело Господне, если посыпать им овощи!» — иронизирует автор «Диалога о чудесах». Этой богохульницей завладел бес и жестоко мучил ее на протяжении долгого времени. Еще одна женщина разбросала по углам своего поля хлеб, политый вином — кровью Христовой. Так она хотела предохранить урожай от непогоды и градобития. Что же она нашла? Хлеб превратился в свернувшуюся кровь. И опять-таки, и в данном случае эта зловредная магия была кем-то подсказана. Видимо, тенденция использовать тело и кровь Христовы в магических целях была чрезвычайно устойчива, и не случайно IV Латеранский собор (1215 г.) запретил выносить тело Господне... Широко гостию употребляли в качестве колдовского средства. В частности, сакрамент пытались применять и как орудие любовной магии, и не одни женщины» [7, с. 263-264].

Также наделялось особой целительной силой все, что было связано с покойником: будь то земля с могилы, его одежда или гроб [2, с. 243]. Так, к примеру, «если у ребенка завелись кишечные паразиты или он худеет, мать или бабка вели его на церковный двор к могиле какого-нибудь недавно умершего ребенка, палкой протыкали землю и три раза стучали в крышку гроба; при лихорадке детей катали по могиле; если у человека часто случались судороги, его рубашку клали в свежевырытую могилу. При убывающей луне натирали могильной землей голову при головных болях, прикладывали землю к больному зубу, при подагре, разогрев на огне мешочек с могильной землей, прикладывали его к больным суставам» [2, с. 244].

Примечательно, что «осуждая веру и эффективность колдовства, церковь тем не менее постепенно и сама прониклась убежденностью в возможность влиять на здоровье людей колдовскими способами» [2, с. 78]. Так, для исцеления от падучей рекомендовалось зарыть пояс больного на перекрестке трех дорог, ибо, по магическим представлениям, потусторонние силы особо активны именно на перекрестках [30, с. 504]. Для исцеления от подагры рекомендовали носить кольцо, изготовленное из 16 монет, вначале пожертвованных церкви, а затем выкупленных у нее. Для лечения глаз священник брал землю, привезенную из Святой земли, и, смешав ее со слюной, смазывал глаза больного.

Минералы и камни

Средневековая медицина широко использовала и минералы для лечения различных заболеваний [24, с. 143-144]. Так, для лечения карбункулов использовали смесь вина с ржавчиной железа. Широко использовали драгоценные металлы и жемчуг, истолченные в порошок [9, с. 36].

Среди камней особым целительным свойством, как учила средневековая медицина, обладали камни, найденные в

почках, печени, желчном пузыре убитых животных. Так, к примеру, истолченными камнями из желчного пузыря быка лечили заболевания глаз. В средневековых рецептах мы находим, к примеру, и зубы дракона, и землю с могилы повешенного, и травы, собранные с могил, но только обязательно в лунную ночь. При этом стоит отметить, что подобные назначения выписывали выпускники тогдашних медицинских факультетов университетов.

Особую целительную силу приписывали и перстням. И, конечно же, свойства панацеи от всех болезней приписывались «философскому камню», способному не только превращать любой металл в золото, но и исцелять от всех недугов и даже возвращать молодость [23, с. 144-147].

«Раймонд Люллий (1235—1315) сообщает рецепт и способы применения золотого напитка. В этом составе, кроме золота, находились различные травы — якобы для более охотного принятия этого средства больными. Между тем нетрудно заметить, что в каждом отдельном случае к напитку прибавлялись растения, считавшиеся целебными: чернотыльник при трудных родах, попутник при поносах и т.д. Словом, во всем этом была немалая доля шарлатанства. Раймонд Люллий — более мистик, чем алхимик — придавал огромное значение целебным и профилактическим свойствам драгоценных камней» [15, с. 77].

Алхимия



Алхимические представления безраздельно господствовали в умах врачей Средневековья. Даже такой выдающийся представитель врачебного сословия того времени, как Арнольд из Виллано-вы (1238—1314), которого иногда приводят как пример выдающегося врачебного ума, также находился под полным влиянием алхимической философии, которую иногда совершенно неверно толкуют как праматерь современной химии. Да, некоторые алхимики совершили важные открытия, но совершили они их не благодаря занятиям алхимией, а как раз вопреки им. «Арнольд из Виллано-вы занимался алхимией, он был учителем Раймонда Люллия. Целью его поисков было открытие всемогущего лекарства, средства против всех болезней, аналогичного териак. Называлось оно то философским камнем, то эликсиром и приняло, наконец, форму состава, называемого золотым напитком. В состав эликсира входили ртуть, мышьяк, различные травы, подвергавшиеся перегонке для образования великого средства» [15, с. 77].

Алхимики также верили, что особой целительной силой обладает золотой напиток. «Около 1300 года алхимики поняли, как сделать золото растворимым в жидкости. Царская водка представляла собой смертоносную смесь из азотной и соляной кислот, которая дымилась, будто ведьмино зелье из какого-нибудь диснеевского мультфильма. Эта смесь способна растворить зо-

лото и превратить его в соль — хлорид золота. Соль, в свою очередь, можно выделить, смешать с водой и выпить. Даже несмотря на то, что настой хлорида золота оказался чрезвычайно едким, это был прорыв, и первые алхимики решили, что им удалось раскрыть тайну бессмертия, которую хранит благородный металл. Так, Парацельс начал выпускать питьевое золото в XVI веке, веря, что золото сделает организм бессмертным. «Питьевое золото, — писал он, — вылечит все болезни, омолодит и восстановит тело». Он уверял, что золото помогает от мании, пляски святого Витта, эпилепсии, а также делает человеческие сердца счастливыми» [35, с. 56].

Данные астрологии

Если современные врачи при постановке диагноза ориентируются на жалобы больного, данные анамнеза болезни и жизни, результаты объективного и дополнительных методов исследования, то средневековому врачу были интересны в первую очередь данные астрологии: когда и при каком стечении звезд родился больной, какое стечение звезд было в начале его болезни, как расположение звезд связано с изменением клиники его заболевания. На основании этого выставлялся диагноз и назначалось лечение наподобие того, что было описано выше. В тесной связи с этим находилась и вера в силу чисел, каждому из которых приписывалось особое значение [14, с. 310-311].

Более того, даже появление эпидемий связывалось в первую очередь с изменением положения звезд на небе. Так, к примеру, старое название гриппа «инфлюэнца» происходит от лат. influere, т.е. «проникать». Это был классический астрологический термин, обозначающий проникновение небесных светил в земную жизнь.

Исцеление рукой короля

Одним из самых своеобразных методов лечения, применяемых в Средневековье, к которому прибегали врачи, когда уже ничего не помогало, был метод исцеления рукой короля [35, с. 378]. Этот способ исцеления был применен впервые в Англии англосакским королем Эдуардом Исповедником и затем получил самое широкое распространение при дворах европейских монархов при деятельной поддержке церкви и медицины того времени. Проводился он следующим образом: в назначенные определенные дни король принимал больных, которые, входя, становились перед ним на колени, монарх прикасался к ним рукой и давал в руки золотую монету, которую, в частности, в Англии «прозвали «Ангел», так как на ее лицевой стороне был изображен архангел Михаил. Первая такая монета была отчеканена в 1465 году. Крестьянин получал ее после ритуала прикосновения. Эти монеты становились особыми семейными ценностями, и считалось, что с ними передается небольшое количество целительной силы короля. Люди продавали через них цепочки и носили на шее, а также терли монетки о тело в случае болезни. Неудивительно, что в Средние века физический контакт с королем (или с королевой — неважно) вместе с получением «волшебной монеты» вызывали благоговейный трепет и ощущение чуда» [35, с. 379].

Вскоре обычай давать монету вследствие огромного притока больных был упразднен, а вот прибегание к монаршей исцеляющей руке осталось. Этот необычный способ исцеления также являлся, безусловно, не столько медицинским, сколько магическим действием, будучи связан с языческой верой в то, что король, царь — это или полубог, или воплощение божества на земле.

Окончание в следующем номере ■



XII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ «ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ — ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ»

Охорона здоров'я України за рік пандемії випробувала свою систему повною мірою, кожен медичний фахівець відчув особливу необхідність своєї праці, та вся медична галузь побачила свої можливості.

Наслідки коронавірусної хвороби змінюють світ, змушують адаптуватися до реалій сьогодення, корегуючи пріоритети та змінюючи вектори свого розвитку. Саме тому замість очікування невизначеної стабільності ми вирішили змінюватися. Подія, що 11 років поспіль збирає медичних фахівців з усієї України та зарубіжжя на одному майданчику, отримає нове життя!

2021 рік для Міжнародного медичного форуму — рік нового формату, рік значних оновлень та дванадцята зустріч, яка відбудеться **20–22 квітня** для розвитку медичної галузі України! Відтепер медфорум буде проходити в сучасному виставковому центрі «КиївЕкспоПлаза», що знаходиться в Київській області, с. Березівка, вул. Амстердамська, 1, та має все необхідне для безпечної та продуктивної зустрічі фахівців.

Захід проводиться **за підтримки** Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, Міністерства охорони здоров'я України, Київської міської державної адміністрації.

Організатори: Національна академія медичних наук України, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, група компаній LMT.

Посол форуму: Сорока Іван Миколайович.

Співорганізатор: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

Офіційний партнер форуму — Український медичний клуб.

Генеральний партнер форуму — CANON.

До підготовки заходу долучаються профільні медичні асоціації, громадські об'єднання, медичні академії післядипломної освіти, вищі медичні навчальні заклади. Форум підтримують ЗМІ України та зарубіжжя, інтернет-портали та інші інформаційні ресурси.

Міжнародний медичний форум включає насичену наукову програму та спеціалізовані виставки, де можна обмінятися досвідом та підвищити кваліфікацію; ознайомитися із новинками медичного та лабораторного обладнання, протестувати його та ознайомитися з особливостями практичного застосування в роботі.

Відвідувачі: представники органів влади, керівники закладів охорони здоров'я всіх форм власності, директори та їх заступники, завідувачі лабораторіями, учені й лікарі різних спеціальностей, розробники нових технологій і IT-програм, виробники й постачаль-

ники медичного та лабораторного обладнання, інструментарію, товарів медичного призначення, фармацевтичної продукції для медичних закладів.

Експозиція учасників медичного форуму буде представлена провідними компаніями ринку охорони здоров'я України та зарубіжжя.

На **Міжнародній виставці охорони здоров'я MEDICAEXPO** буде представлений повний спектр медичного та лабораторного обладнання, техніки, інструментарію, виробів медичного призначення від українських і зарубіжних компаній, а саме:

- ➔ медична техніка, лікувальне та діагностичне обладнання;
- ➔ обладнання, технології й витратні матеріали для радіології та ультразвукової діагностики;
- ➔ комплексне забезпечення медичних лабораторій;
- ➔ обладнання та технології для медичної і фізичної реабілітації;
- ➔ медичні меблі, інжинірингові та комплексні рішення, технології чистих приміщень для медичних закладів;
- ➔ клінінг, стерилізація й дезінфекція;
- ➔ спецодяг та засоби індивідуального захисту;
- ➔ витратні матеріали, медичні вироби одноразового використання;
- ➔ естетична медицина, пластична хірургія: професійне обладнання, матеріали та технології;
- ➔ інформаційні та телекомунікаційні технології для медичних закладів.

На **Міжнародній фармацевтичній виставці PHARMAEXPO** презентуватимуть лікарські препарати, парафармацевтичну продукцію, медичні вироби. Також відвідувачі отримають можливість дізнатися про комплексне оснащення аптек, послуги для фармацевтичного ринку.

У рамках науково-практичної програми медфоруму — **X ювілейного Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України»** обгово-

рюватимуться інноваційні розробки для профілактики, діагностики та лікування, що найближчим часом посядуть гідне місце у вітчизняній медичній практиці. Основними напрямками конгресу є: організація й управління охороною здоров'я, приватна медицина, радіологія, сімейна медицина, терапія, кардіологія, неврологія, медицина невідкладних станів та медицина катастроф, хірургія, травматологія та ортопедія, фізична терапія та медична реабілітація, онкологія, акушерство і гінекологія, фармація та багато інших.

Традиційно під час форуму працюватимуть освітні школи й майстер-класи, які передбачають тестування обладнання й консультації з перших вуст.

Конгрес внесений до **«Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів і науково-практичних конференцій, які проводяться у 2021 році»**, затвердженого НАМН та МОЗ України. Учасники науково-практичних заходів конгресу отримають **СЕРТИФІКАТИ** про підвищення кваліфікації, які дають бали за критеріями нарахування балів безперервного професійного розвитку.

➔ Одночасно з Міжнародним медичним форумом відбуватимуться:

Міжнародний форум «Менеджмент в охороні здоров'я» — професійна платформа для конструктивного діалогу й обміну досвідом представників органів влади, керівників обласних та місцевих департаментів охорони здоров'я, керівників об'єднаних територіальних громад, власників і медичних директорів державних та приватних медичних закладів, керівників та представників бізнесу.

Захід проводиться з метою здобуття нових практичних знань для налагодження процесу управління та адаптації до нових реалій в умовах реформування галузі.

II Міжнародний конгрес з лабораторної медицини, де відвідувачі зможуть почути про новинки лабораторного обладнання, побачити їх на власні очі, протестувати та ознайомити-

ся з особливостями їх практичного застосування, побудувати довгострокові ділові відносини між виробниками, постачальниками лабораторного обладнання.

У рамках конгресу три дні поспіль відбуватимуться науково-практичні заходи, де спеціалісти в галузі лабораторних досліджень почують актуальну інформацію від експертів, обміняються досвідом із колегами, підвищать свою кваліфікацію. Конгрес внесений до **«Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів і науково-практичних конференцій, які проводяться у 2021 році»**, і фахівці лабораторної справи отримають СЕРТИФІКАТИ про підвищення кваліфікації.

X ювілейна Міжнародна виставка медичного та оздоровчого туризму, SPA&Wellness — Healthcare Travel Expo — виставка медичного туризму України, яка об'єднує лідерів галузі та дозволяє налагоджувати довгострокове співробітництво на професійному міжнародному рівні, обмінюватися досвідом, підвищувати кваліфікацію фахівців за кордоном. У рамках виставки будуть представлені національні експозиції різних країн, провідні клініки, медичні та реабілітаційні центри, санаторно-курортні установи, SPA&Wellness курорти.

➔ Зареєструйтеся на сайті — отримайте безкоштовне запрошення на форум!

<http://medforum.in.ua/zakazat-priglasitelnyj/>

➔ До зустрічі 20–22 квітня 2021 року за адресою:

ВЦ «КиївЕкспоПлаза»,
Київська область,
с. Березівка,
вулиця Амстердамська, 1
(організаторами передбачений регулярний трансфер у дні форуму від станції метро «Житомирська»).

➔ 3 питань участі у виставках:

Тел.: +38 063 867-59-49,
+38 066 800-83-64
E-mail: med@lmt.kiev.ua,
pharm@lmt.kiev.ua

➔ 3 питань участі у конгресах:

Тел.: +38 063 867-59-49,
+38 066 800-83-64
E-mail: marketing@medforum.in.ua,
info@lmt.kiev.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA

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

МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

Газета

«НОВИНИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ»

«NEWS OF MEDICINE AND PHARMACY»

Заснована у 1997 році

ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС 21742

Включена в наукометричні й спеціалізовані бази даних Google Scholar, Ulrichsweb Global Serials Directory

Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 23005-12845ПР.

Видано Міністерством юстиції України 11.12.2017.

ЗАСЛАВСЬКИЙ

Издательский дом

Засновник і видавець: **О. ЗАСЛАВСЬКИЙ**

Головний редактор: **Т. БРАНДИС**

Заступник головного редактора: **Н. КУПРІНЕНКО**

Заступник головного редактора: **Т. ТЛУСТОВА**

www.mif-ua.com

Адреса редакції: а/с 74, м. Київ, 04107

Газета «Новини медицини та фармації»

+38 (044) 223-27-42

З питань публікації статей: redactor@mif-ua.com

З питань передплати: info@mif-ua.com, +38 (044) 223-27-42, +38 (067) 325-10-26

З питань розміщення реклами й інформації про лікарські засоби: reclama@mif-ua.com, office@zaslavsky.kiev.ua, pavel89karpinskiy@gmail.com, v_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 «Ландпресс»

Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002.

Наклад 50 000 прим.

Редакція не завжди поділяє точку зору авторів публікації. Відповідальність за зміст, вірогідність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в будь-якій формі в цілому або частково статей, ілюстрацій, рекламних або інших матеріалів дозволені тільки за попередньої письмової згоди редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© ЗАСЛАВСЬКИЙ О.Ю., 2021

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

- АБАТУРОВ О.Є.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії 1 та медичної генетики Дніпропетровської медичної академії МОЗ України
- БЕРСЕНЄВ В.А.**
Лікар-невролог вищої категорії, заслужений лікар України
- БОБРОВ О.Є.**
Академік УАН, д.м.н., професор
- БОГАДЕЛЬНИКОВ І.В.**
Д.м.н., професор, завідувач курсу дитячих інфекційних хвороб, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського
- ВОЛОШИН П.В.**
Д.м.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії, Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України
- ГОРЧАКОВА Н.О.**
Д.м.н., професор, кафедра фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
- ГЛУЗМАН С.Ф.**
Президент Асоціації психіатрів України
- ГУБЕРГІЦ Н.Б.**
Д.м.н., професор, член правління Асоціації гастроентерологів України, кафедра внутрішніх хвороб № 2 ДонНМУ (м. Лиман)
- ДОЛЖЕНКО М.М.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри кардіології та функціональної діагностики НМАПО ім. П.Л. Шупика
- ДОРОФЄЄВ А.Є.**
Д.м.н., професор, кафедра внутрішньої медицини № 1, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
- ЄВТУШЕНКО С.К.**
Д.м.н., професор, лауреат Державної премії, заслужений діяч науки і техніки України, кафедра неврології і дитячої неврології ХМАПО
- ЗВЯГІНЦЕВА Т.Д.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри гастроентерології ХМАПО
- ЗУПАНЕЦЬ І.А.**
Д.м.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри клінічної фармакології з фармацевтичною опікою Національного фармацевтичного університету
- ІВАНОВ Д.Д.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирково-замісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- МАВРОДІЙ В.М.**
Д.м.н., професор, голова Асоціації сімейних лікарів Одеського регіону
- МІЩЕНКО Т.С.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна
- НАЙШТЕТИК В.Я.**
Академік УАН, директор НВП «НІР»
- НИКІБЕРГ 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
- ПОВОРОЗНИК В.В.**
Д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- ПУХЛИК Б.М.**
Д.м.н., професор, Ізраїль
- СІРЕНКО Ю.М.**
Д.м.н., професор, завідувач відділу симптоматичних гіпертензій ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- СТЕПАНОВ Ю.М.**
Д.м.н., професор, головний спеціаліст НАМН України з гастроентерології та дієтології, директор Інституту гастроентерології НАМН України
- ТРАХТЕНБЕРГ І.М.**
Академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, заслужений діяч науки і техніки, д.м.н., професор
- ФЕСЬКОВ О.Є.**
К.м.н., доцент, кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф ХМАПО
- ЮЛІШ Є.І.**
Д.м.н., професор, Ізраїль

МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

№ 3 (750) • 2021

ПЕРЕЛІК
з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних
конференцій, які проводимуться у 2021 році

Продовження. Початок у № 2, 2021

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
Науково-практичні конференції						
15.	Науково-практична конференція «Актуальні питання діагностики COVID-19»	18–19 лютого, м. Рівне	70	50	Україна	КЗВО «Рівненська медична академія». 33018, м. Рівне, вул. Карнаухова, 53. Тел. (0362) 63-55-34
16.	Науково-практична конференція «Актуальні питання сучасної кардіології» (читання, присвячені пам'яті академіка М.Д. Стражеска)	18–19 лютого, м. Київ	250	100	Україна	ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5. Тел. (044) 246-87-44
17.	Науково-практична конференція «Шалімовські дні. Діагностика та лікування захворювань стравоходу та стравохідно-шлункового переходу»	18–19 лютого, м. Київ	150	50	Україна	ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України. 03680,м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30. Тел.: (044) 497-71-34, (050) 111-10-00, (044) 408-59-88, (097) 264-58-23
18.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Planta+. Наука, практика та освіта»	19 лютого, м. Київ	150	80	Україна, Йорданія, Польща, Казахстан, Узбекистан, Таджикистан	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13. Тел. (044) 235-90-66. Національний фармацевтичний університет МОЗ України. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53. Тел. (0572) 67-93-63. ПВНЗ «Київський медичний університет МОЗ України». 01004, м. Київ, вул. Л. Толстого, 9. Тел. (044) 560-88-26. Асоціація фітовиробників України. 01014, м. Київ, вул. Тимірязєвська, 1. Тел. (044) 247-93-01

ЗМІСТ

Перелік з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводимуться у 2021 році

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
19.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медична симуляція — погляд у майбутнє. Впровадження інноваційних технологій у вищу медичну освіту України»	19 лютого, м. Чернівці	120	50	Україна, Молдова, Румунія, Польща	ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України. 58022, м. Чернівці, пл. Театральна, 2. Тел. (0372) 55-16-30. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України
20.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Педіатрія — на марші! Актуальні питання педіатрії згідно з міжнародними рекомендаціями»	19 лютого, м. Київ	500	200	Україна, Литва, Білорусь, Великобританія, Іспанія	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел.: (044) 483-61-75, (068) 693-38-58
21.	Науково-практична конференція «Від діагностики до клінічних стратегій»	19–20 лютого, м. Львів	150	100	Україна	ГО «Міжнародна асоціація медицини». 04070, м. Київ, вул. Борисоглібська, 11, оф. 507. Тел. (067) 548-49-09
22.	Науково-практична конференція (у режимі відеоконференції) «Клінічні рекомендації в загальній практиці сімейного лікаря, терапевта» (цикл семінарів)	23 лютого, м. Дніпро — Запоріжжя — Кривий Ріг	250	—	Україна	ГО «Асоціація професійного удосконалення лікарів». 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 23-Б. Тел. (044) 332-50-07. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46
23.	Науково-практична конференція (у режимі відеоконференції) «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (семінар)	24 лютого, м. Дніпро — Запоріжжя	250	—	Україна	ВГО «Асоціація перинатологів України». 03022, м. Київ, пров. Василя Жуковського, 15, корп. 3. Тел. (044) 257-27-27. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46
24.	Науково-практична конференція «Дні гастроентерології в Чернігові»	25 лютого, м. Чернігів	200	100	Україна	ГС «Асоціація дієтологів України». 02121, м. Київ, вул. Вербицького, 30а, оф. 2. ТОВ «Група компаній МедЕксперт». 01024, м. Київ, вул. Круглоуніверситетська, 2/1, оф. 18. Тел.: (044) 334-50-28, (096) 338-65-75
25.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Неврологічні читання (X) пам'яті Д.І. Панченка»	25 лютого, м. Київ	500	150	Україна, Великобританія, Канада, Сербія, Чорногорія	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (098) 800-19-45
26.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Нове про головне: основні кардіологічні алгоритми»	25 лютого, м. Вінниця	500	200	Україна, Польща	Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України. 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Тел. (067) 953-18-36

лінія згину

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
114.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Міжнародна школа з пароксизмальних станів»	15–17 квітня, м. Київ	300	250	Україна, Польща	ГО «Міжнародна асоціація медицини». 04070, м. Київ, вул. Борисоглібська, 11, оф. 507. Тел. (067) 548-49-09
115.	Науково-практична конференція з міжнародною участю для молодих вчених	16 квітня, м. Київ	220	20	Україна, Білорусь, Польща, Туреччина	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 206-73-09
116.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання дитячої нутриціології»	16 квітня, м. Київ	250	200	Україна, Польща	ВГО «Асоціація педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів України». 04050, Україна, м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. Тел.: (044) 469-11-40, (067) 444-41-42
117.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми ортодонтії»	16 квітня, м. Київ	150	100	Україна, США, Франція, Німеччина	ГО «Асоціація ортодонтів України». 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122. Тел. (066) 994-54-61. Київський осередок Асоціації ортодонтів України. Тел. (096) 175-77-77
118.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Ендоскопічна хірургія хребта та реабілітація»	16 квітня, м. Київ	50	25	Україна, Польща	ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України». 01061, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 27. Тел. (044) 486-79-44. ВГО «Українська асоціація ендоскопічної хірургії хребта». 02002, м. Київ, вул. Челябінська, 96, кв. 22. Тел. (050) 380-87-25
119.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика»	16–17 квітня, м. Київ	400	120	Україна, Білорусь, Казахстан, Грузія	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. 01030, м. Київ, вул. М. Коцюбинського, 8а. Тел. (044) 417-21-96. Всеукраїнська асоціація психосоматичної медицини. 01030, м. Київ, вул. М. Коцюбинського, 8а. Тел.: (044) 465-17-21, (067) 797-42-47
120.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні напрямки перинатальної та репродуктивної медицини: від теорії інноваційного пошуку до практики»	16–17 квітня, м. Одеса	250	50	Україна, Польща, Туреччина	ГО «Одеське відділення Асоціації акушерів-гінекологів України». 65009, м. Одеса, вул. Маршала Говорова, 28. Тел. (067) 116-73-59

Перелік повністю дивіться на сайті
<http://www.ukrmedpatentinform.com.ua/wp-content/uploads/Reyestr-2021.pdf> ■

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
107.	Науково-практична конференція «Сучасні досягнення і перспективи розвитку профілактичної та клінічної медицини» (для молодих вчених)	15 квітня, м. Київ	150	30	Україна	Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. 01014, м. Київ, вул. Верхня, 5. Тел. (044) 254-64-38
108.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень»	15 квітня, м. Київ	250	80	Україна, Білорусь, Молдова	ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України». 03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Тел.: (044) 270-35-59, 270-35-61
109.	Науково-практична конференція «Сучасні технології морської фумігації вантажів: медико-санітарна, пожежна та екологічна безпека»	15–16 квітня, м. Одеса	75		Україна	ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України». 65039, м. Одеса, вул. Канатна, 92. Тел.: (048) 722-68-87, (050) 663-94-71. ДП «Науково-дослідний проєктно-конструкторський інститут морського флоту України». 65026, м. Одеса, вул. Ланжеронівська, 15А
110.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики та лікування в практиці сімейного лікаря», присвячена 25-річчю створення першої в Україні кафедри сімейної медицини	15–16 квітня, м. Запоріжжя	150	40	Україна, Туреччина	ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20. Тел.: (061) 283-30-35?, (097) 993-45-63
111.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання та практичні аспекти дитячої пульмонології та алергології: стандарти медичної допомоги»	15–16 квітня, м. Київ	300	100	Україна, Великобританія, Німеччина, Литва	ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України». 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 8. Тел.: (044) 483-90-94, 483-62-16
112.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми коморбідності у клініці внутрішньої медицини»	15–16 квітня, м. Чернівці	180	50	Україна, Румунія, Польща	ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України. 58022, м. Чернівці, пл. Театральна, 2. Тел.: (050) 374-16-59, 728-34-17, (095) 330-06-96
113.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасна дитяча ендокринологія»	15–16 квітня, м. Київ	1500	1200	Україна, Білорусь, Польща, США, Ізраїль	Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. 01021, м. Київ, вул. Кловський узвіз, 13а. Тел./факс: (044) 253-66-26, 254-34-68

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
27.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Ідеологія національної аристократії (на пошану 150-річчя від дня народження Лесі Українки)»	25–26 лютого, м. Львів	100	27	Україна, Польща, Білорусь, Чехія	Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69. Світова федерація лікарських товариств. Наукове товариство імені Тараса Шевченка
28.	Науково-практична конференція з міжнародною участю з тренінгом з оволодіння практичними навичками «Сучасні проблеми медицини сьогодні: роль лікаря в житті суспільства»	25–26 лютого, м. Київ	700	350	Україна, Великобританія, Болгарія, Італія	Інститут радіаційної гігієни і епідеміології ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України». 04050, м. Київ, вул. Юрія Іллєнка, 53. Тел. (044) 424-87-52
29.	Науково-практична конференція (семінар) з міжнародною участю «Анафілаксія: покращити обізнаність, зберегти життя»	26–27 лютого, м. Київ	350	250	Україна, Молдова, Казахстан	ВГО «Асоціація алергологів України». 21036, м. Вінниця, вул. Дмитра Майбороди, 5. Тел.: (0432) 52-03-62, (068) 340-15-61
30.	Науково-практична конференція «PedSMART. Генетика та рідкісні захворювання»	27 лютого, м. Київ	150	75	Україна	ГС «Українська академія педіатричних спеціальностей». 03065, м. Київ, вул. Козелецька, 24, оф. 10. ТОВ «Група компаній МедЕксперт». 01024, м. Київ, вул. Круглоуніверситетська, 2/1, оф. 18. Тел.: (044) 334-50-28, (096) 338-65-75
31.	Науково-практична зимова нейрохірургічна конференція з міжнародною участю спільно з щорічною конференцією Асоціації нейрохірургів України	1–2 березня, с. Поляниця Яремчанського району Івано-Франківської обл.	120	100	Україна, Німеччина, Чехія, Ізраїль, Японія, США, Швейцарія, Білорусь	КЛ «Феофанія» Державного управління справами. 03143, м. Київ, вул. Академіка Заболотного, 21. Тел. (044) 259-68-94. Асоціація нейрохірургів України. 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32. Тел.: (044) 483-91-98, 483-95-73. Тел./факс (044) 259-69-55
32.	Науково-практична конференція «Нові вітчизняні та закордонні клінічні настанови в практиці лікарів внутрішньої медицини»	2 березня, м. Херсон	250	–	Україна	ВГО «Асоціація лікарів-інтерністів». 03049, м. Київ, пр. Повітрофлотський, 9. Тел. (044) 465-27-33. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Тел. (044) 536-13-40
33.	Науково-практична конференція «Актуальні питання впровадження в практику лікарів внутрішньої медицини нових вітчизняних та закордонних клінічних настанов»	3 березня, м. Миколаїв	250	–	Україна	ВГО «Асоціація лікарів-інтерністів». 03049, м. Київ, пр. Повітрофлотський, 9. Тел. (044) 465-27-33. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Тел. (044) 536-13-40

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
34.	Науково-практична конференція «Клініко-практичні аспекти в сучасній неврології»	3 березня, м. Краматорськ	250	–	Україна	ГО «Всеукраїнська асоціація безперервної професійної освіти лікарів та фармацевтів». 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, буд. 21/27, оф. 405. Тел. (096) 548-80-64. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46
35.	Науково-практична конференція дистанційного навчання (у режимі відеоконференції) «Клініко-практичні аспекти в сучасній неврології»	3 березня, м. Краматорськ — м. Маріуполь — м. Сєверодонецьк	200	–	Україна	ГО «Всеукраїнська асоціація безперервної професійної освіти лікарів та фармацевтів». 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, буд. 21/27, оф. 405. Тел. (096) 548-80-64. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46
36.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Feofaniya. Nematology reading 2021»/«Феофанія. Гематологічні читання 2021»	4 березня, м. Київ	100	20	Україна, Литва, Польща, Австрія	КЛ «Феофанія» Державного управління справами. 03143, м. Київ, вул. Академіка Заболотного, 21. Тел. (044) 259-65-49. Ukrainian School of Haematology
37.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології» (Двадцять Данилевські читання)	4–5 березня, м. Харків	350	120	Україна, Білорусь, Грузія	ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України». 61002, м. Харків, вул. Алчевських, 10. Тел./факс: (057) 700-45-39, 700-45-38, (067) 571-86-00. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58. Тел. (057) 711-41-45. Харківський національний медичний університет МОЗ України. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4. Тел. (057) 705-07-09
38.	Науково-практична конференція (у режимі відеоконференції) «Клінічні рекомендації в загальній практиці сімейного лікаря, терапевта» (цикл семінарів)	10 березня, м. Київ — Тернопіль — Хмельницький	250	–	Україна	ГО «Асоціація професійного удосконалення лікарів». 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 23-Б. Тел. (044) 332-50-07. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
100.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасна ортодонція»	9–10 квітня, м. Ужгород	80	40	Україна, Угорщина, Італія	ГО «Асоціація ортодонтів України». 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122. Тел. (066) 994-54-61. Закарпатський осередок Асоціації ортодонтів України. Тел. (050) 557-45-87
101.	Науково-практична конференція «Комплексний підхід в лікуванні асиметрій в різних вікових категоріях»	10 квітня, м. Біла Церква	70	60	Україна	ГО «Асоціація ортодонтів України». 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122. Тел. (066) 994-54-61. Київський обласний осередок Асоціації ортодонтів України. Тел. (067) 935-34-04
102.	Науково-практична конференція «Нові вітчизняні та закордонні клінічні настанови в практиці лікарів внутрішньої медицини»	13 квітня, м. Полтава	350	–	Україна	ВГО «Асоціація лікарів-інтерністів». 03049, м. Київ, просп. Повітрофлотський, 9. Тел. (044) 465-27-33. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Тел. (044) 536-13-40
103.	Науково-практична конференція «Довженківські читання-2021: вживання психоактивних речовин в період пандемії COVID-19»	13–14 квітня, м. Харків	120	50	Україна	ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46. Тел./факс: (057) 738-33-87, 738-42-73. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58. Тел.: (057) 711-35-56, 711-80-25. Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна. 61022, м. Харків, майдан Свободи, 4. Тел. (057) 707-55-00
104.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Персоніфіковане лікування серцевої недостатності в Україні: актуальні науково-практичні аспекти»	14–15 квітня, м. Київ	300	150	Україна, Литва, Польща	ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5. Тел. (044) 275-53-87. Українська асоціація фахівців з серцевої недостатності
105.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання створення нових лікарських засобів» (для молодих вчених)	14–16 квітня, м. Харків	500	50	Україна, Білорусь, Литва, Молдова, Казахстан	Національний фармацевтичний університет МОЗ України. 61002, м. Харків, вул. Куликівська, 12. Тел. (057) 706-30-71
106.	Науково-практична конференція «Актуальні проблеми навчання іноземних студентів»	15 квітня, м. Дніпро	200	100	Україна	ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49000, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. Тел.: (096) 297-58-66, (093) 083-18-97

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
92.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Дніпровський алергосаміт»	6–7 квітня, м. Дніпро	200	50	Україна, Білорусь, Польща	ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49000, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. Тел.: (056) 231-22-57, (050) 590-83-07, (067) 756-54-84. Тел./факс (056) 377-41-84
93.	Науково-практична конференція «Школа ендокринолога»	7–9 квітня, м. Київ	200	120	Україна	ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України». 04114, м. Київ-114, вул. Вишгородська, 69. Тел.: (044) 430-36-94, 254-12-04, (067) 235-55-99, (050) 500-78-46
94.	Науково-практична конференція «Українська ревматологічна школа «Інноваційні технології в ревматології»	8 квітня, м. Київ	250	100	Україна	ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5. Тел. (044) 246-87-44
95.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні інфекційні захворювання в практиці сімейного лікаря. Алгоритми діагностики та лікування»	8–9 квітня, м. Київ	500	200	Україна, Білорусь, Азербайджан, Казахстан, Грузія	ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України». 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 5. Тел. (044) 275-24-00. Українська військово-медична академія. 01133, м. Київ, вул. Госпітальна, 18. Тел. (044) 521-84-54
96.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання репродуктивної медицини в Україні»	8–9 квітня, м. Дніпро	700	300	Україна, Німеччина, Польща, Румунія, Білорусь, Молдова, Грузія	ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49000, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. Тел.: (056) 713-52-57, 713-52-37, (066) 360-95-96. ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України». 04210, м. Київ, пр. Героїв Сталінграду, 16. Тел.: (044) 411-92-33, (050) 389-55-20
97.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання сучасного акушерства»	8–9 квітня, м. Тернопіль	300	100	Україна, Білорусь	ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України». 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1. Тел. (0352) 26-32-34
98.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Хронічні запальні захворювання ЛОР-органів як міждисциплінарна проблема»	8–9 квітня, м. Харків	1050	1000	Україна	Українська медична стоматологічна академія МОЗ України. 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23. Тел.: (050) 304-19-07, 373-48-39
99.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Досягнення в неврології. Advances in neurology»	8–10 квітня, м. Київ	600	100	Україна, Німеччина, Франція, США	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел. (044) 440-10-44

лінія згину

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
39.	Науково-практична конференція «Технології PRP-терапії» (семінар)	10 березня, м. Одеса	70		Україна	ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України». 65039, м. Одеса, вул. Канатна, 92. Тел.: (048) 722-68-87, (050) 663-94-71. ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського». 65020, м. Одеса, вул. Старо-портофранківська, 26
40.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медицина й фармація на службі у практичній косметології: від науки до практики»	10 березня, м. Харків	200	100	Україна, Ізраїль, Польща, Білорусь, Таджикистан, Казахстан, Грузія, Молдова	Національний фармацевтичний університет МОЗ України. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53. Тел. (050) 652-82-16
41.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Академічна школа з педіатрії»	10–12 березня, м. Трускавець	500	350	Україна, Німеччина	ГО «Міжнародна асоціація медицини». 04070, м. Київ, вул. Борисоглібська, 11, оф. 507. Тел.: (067) 548-49-09, (050) 140-65-45. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел. (044) 205-49-46.
42.	Науково-практична конференція, присвячена Всесвітньому дню нирки	11 березня, м. Київ	90	30	Україна	ДУ «Інститут нефрології НАМН України». Українська асоціація нефрологів і фахівців з трансплантації нирки. Національний нирковий фонд України. 04050, м. Київ, вул. Дегтярівська, 17В. Тел. (044) 225-93-77, факс (044) 225-93-87
43.	Науково-практична конференція «Клінічні рекомендації в практиці акушера-гінеколога» (семінар)	11 березня, м. Київ — Тернопіль — Хмельницький (on-line)	250	—	Україна	ВГО «Асоціація перинатологів України». 03022, м. Київ, пров. Василя Жуковського, 15, корп. 3. Тел. (044) 257-27-27. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел. (044) 205-49-46
44.	Науково-практична конференція «Коморбідність в загальнолікарській практиці»	11 березня, м. Полтава	200	50	Україна	Українська медична стоматологічна академія МОЗ України. 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23. Тел. (0532) 57-32-36
45.	Науково-практична конференція «Інноваційні технології діагностики та лікування серцево-судинних захворювань»	11–12 березня, м. Полтава	300	150	Україна	ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5. Тел. (044) 246-87-44

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
46.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Ліки — людині. Сучасні проблеми фармакотерапії та призначення лікарських засобів»	11–12 березня, м. Харків	500	300	Україна, Естонія, Литва, Німеччина, Італія, Польща, Словаччина, Білорусь, Грузія, Казахстан, Узбекистан, Азербайджан	Національний фармацевтичний університет МОЗ України. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53. Тел. (057) 725-51-90
47.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекційні захворювання мандрівників. Сучасні виклики і стан проблеми в Україні»	12–13 березня, м. Одеса	200	50	Україна, Білорусь, Азербайджан	Одеський національний медичний університет МОЗ України. 65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2. Тел.: (048) 716-56-36, (067) 559-15-63. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. м. Київ, просп. Перемоги, 34. Тел. (067) 440-30-55. ГО «Клінічна інфектологія та медицина подорожей». м. Київ, вул. Кирилівська, 107. Тел. (044) 417-21-96
48.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні аспекти клінічної неврології»	15–16 березня, м. Івано-Франківськ, м. Яремче	200	125	Україна, Польща, Угорщина	ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (099) 740-77-03
49.	Науково-практична конференція «Нові вітчизняні та закордонні клінічні настанови в практиці лікарів внутрішньої медицини»	16 березня, м. Хмельницький	250	—	Україна	ВГО «Асоціація лікарів-інтерністів». 03049, м. Київ, просп. Повітрофлотський, 9. Тел. (044) 465-27-33. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Тел. (044) 536-13-40
50.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Складний пацієнт в практиці педіатра»	16–17 березня, м. Київ	150	50	Україна, Литва, Словенія, Білорусь	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел.: (044) 201-32-15, (050) 448-15-01
51.	Науково-практична конференція «Мультидисциплінарний підхід до лікування внутрішніх хвороб, заснований на нових вітчизняних та закордонних клінічних настановах»	17 березня, м. Вінниця	250	—	Україна	ВГО «Асоціація лікарів-інтерністів». 03049, м. Київ, просп. Повітрофлотський, 9. Тел. (044) 465-27-33. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Тел. (044) 536-13-40
52.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини»	17 березня, м. Київ	150	40	Україна, Швейцарія, США, Німеччина, Чехія, Польща, Нідерланди, Франція, Ізраїль, Індія	Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України. 03680, м. Київ, просп. Перемоги, 34. Тел.: (067) 900-90-13, (050) 387-64-26

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
84.	Науково-практична конференція «Здоров'я нації в XXI столітті» (цикл семінарів)	31 березня, м. Івано-Франківськ	250	—	Україна	ГО «Асоціація професійного удосконалення лікарів». 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 23-Б. Тел. (044) 257-27-27. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел. (044) 205-49-46
85.	Науково-практична конференція у виїзному форматі «Клініко-практичні аспекти в сучасній неврології»	1 квітня, м. Івано-Франківськ	250	—	Україна	ГО «Всеукраїнська асоціація безперервної професійної освіти лікарів та фармацевтів». 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, буд. 21/27, оф. 405. Тел. (096) 548-80-64. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел. (044) 205-49-46
86.	Науково-практична конференція «Стан ендокринологічної служби в регіонах: проблемні питання та шляхи їх вирішення»	1–2 квітня, м. Харків	80	30	Україна	ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України». 61002, м. Харків, вул. Алчевських, 10. Тел./факс: (057) 700-45-39, 700-45-38. Тел. (067) 571-86-00
87.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної хірургії»	1–2 квітня, м. Харків	200	70	Україна, Молдова, Словаччина, Польща, Австрія	ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». Асоціація хірургів України. 61103, м. Харків, в'їзд Балакірєва, 1. Тел.: (057) 349-41-39, 349-41-05
88.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання нефрології, діалізу, та трансплантації — День нирки в Україні 2021»	1–3 квітня, м. Київ	120	60	Україна, Білорусь, Італія, Франція	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожиська, 9. Тел. (044) 512-21-53
89.	Науково-практична конференція з ортодонтії «Ортодонтія вчора, сьогодні, завтра»	2 квітня, м. Івано-Франківськ	80	30	Україна	ГО «Асоціація ортодонтів України». 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122. Тел. (066) 994-54-61. Івано-Франківський осередок Асоціації ортодонтів України. Тел. (050) 537-12-08
90.	Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2021 року	2 квітня, м. Київ	120	30	Україна, Польща, Словаччина, Швеція	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. 03056, м. Київ-56, вул. Політехнічна, 25/29. Тел.: (044) 236-01-22, 236-42-33
91.	Науково-практична конференція з міжнародною участю з тренінгом з оволодіння практичними навичками «Сучасні проблеми медицини»	2 квітня, м. Київ	1000	500	Україна, Великобританія, Болгарія, Італія	Інститут радіаційної гігієни і епідеміології ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України». 04050, м. Київ, вул. Юрія Іллєнка, 53. Тел. (044) 424-87-52

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
77.	Науково-практична конференція з міжнародною участю студентів та молодих вчених «Інновації в медицині та фармації»	25–27 березня, м. Івано-Франківськ	200	75	Україна, Польща, Литва	ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (050) 082-96-91
78.	Науково-практична конференція «Українська ортодонтична школа: вчора, сьогодні, завтра», присвячена 85-річчю з дня народження професора С.І. Дорошенко	26 березня, м. Київ	150	90	Україна	ГО «Асоціація ортодонтів України». 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122. Тел.: (066) 994-54-61, (050) 469-40-65
79.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Young science 3.0» (для молодих вчених)	26 березня, м. Київ	200	50	Україна, Білорусь, Польща, Німеччина	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (099) 484-53-36
80.	Науково-практична конференція «Сучасні консенсуси в клінічній практиці хірурга та анестезіолога» (семінар)	29 березня, м. Дніпро	250	–	Україна	ГО «Всеукраїнська асоціація безперервної професійної освіти лікарів та фармацевтів». 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, буд. 21/27, оф. 405. Тел. (096) 548-80-64. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46
81.	Науково-практична конференція «Актуальні питання впровадження в практику лікарів внутрішньої медицини нових вітчизняних та закордонних клінічних настанов»	30 березня, м. Житомир	250	–	Україна	ВГО «Асоціація лікарів-інтерністів». 03049, м. Київ, просп. Повітрофлотський, 9. Тел. (044) 465-27-33. ДП «Державний експертний центр МОЗ України». 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Тел. (044) 536-13-40
82.	Науково-практична конференція у виїзному форматі «Контраверсійні питання з акушерства та гінекології» (семінар)	30 березня, м. Івано-Франківськ	250	–	Україна	ВГО «Асоціація перинатологів України». 03022, м. Київ, пров. Василя Жуковського, 15, корп. 3. Тел. (044) 257-27-27. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. Тел. (044) 205-49-46
83.	Науково-практична конференція «PedSMART. Нутриціологія та гастроентерологія»	30–31 березня, м. Київ	150	75	Україна	ГС «Українська академія педіатричних спеціальностей». 03065, м. Київ, вул. Козелецька, 24, оф. 10. ТОВ «Група компаній МедЕксперт». 01024, м. Київ, вул. Круглоуніверситетська, 2/1, оф. 18. Тел.: (044) 334-50-28, (096) 338-65-75

лінія згину

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
53.	Науково-практична internet-конференція з міжнародною участю «Трансформаційні процеси в підготовці сучасного медичного і фармацевтичного працівника»	17 березня, м. Рівне	100	30	Україна, Німеччина, Канада, Польща	КЗВО «Рівненська медична академія». 33018, м. Рівне, вул. Карнаухова, 53. Тел. (067) 360-78-77
54.	Науково-практична конференція «Коморбідність в ревматології: особливості діагностики та лікування»	17–19 березня, м. Київ	300	100	Україна	ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5. Тел. (044) 275-52-63.
55.	Науково-практична конференція «Сучасні стратегії лікування порушень серцевого ритму в коморбідних пацієнтів»	18 березня, м. Івано-Франківськ	100	–	Україна	ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (066) 801-95-04
56.	Науково-практична конференція (IX) з міжнародною участю «Функціональна діагностика серцево-судинних хвороб»	18 березня, м. Київ	250	150	Україна, Литва	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичька, 9. ДУ «Інститут серця МОЗ України». 02660, м. Київ, вул. Братиславська, 5а. Тел.: (044) 291-61-30, 291-61-01
57.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Management and marketing in the modern economy, science, education and practice»	18 березня, м. Харків (on-line)	220	75	Україна, Білорусь, Казахстан, Польща, Німеччина, Словаччина, Литва, Чехія, Марокко, Гана, Танзанія, Ліван, Таджикистан, Туркменістан, Туніс, Ізраїль	Національний фармацевтичний університет МОЗ України. 61168, м. Харків, вул. Валентинівська, 4. Тел. (0572) 67-91-72
58.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Терапія 2021: проблемні питання діагностики та лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів»	18 березня, м. Вінниця	500	100	Україна, Польща, Ізраїль	Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України. 21029, м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 96. Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини. Тел./факс: (0432) 56-12-25, 46-11-27
59.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної стоматології», присвячена 100-річчю стоматологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця	18–19 березня, м. Київ	300	100	Україна, Білорусь, Німеччина, Швеція, Бразилія	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. 03057, м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел./факс (044) 483-89-94. Тел. (067) 446-94-62

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
60.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної педіатрії»	18–19 березня, м. Львів	250	100	Україна, Польща, Угорщина	ГО «Медичний простір». 03169, м. Київ, вул. Московська, 286. Тел.: (044) 469-11-40, (050) 355-61-41. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України. 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69
61.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми дитячої анестезіології та інтенсивної терапії»	18–19 березня, с. Паляниця, Івано-Франківська обл.	200	100	Україна, США, Молдова, Казахстан	ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». 01135, м. Київ, вул. Чорновола, 28/1. Тел. (044) 238-78-92
62.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Новітні технології діагностики, лікування та реабілітації в клініці внутрішніх та професійних хвороб»	18–19 березня, м. Запоріжжя	400	100	Україна, Білорусь	ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20. Тел.: (097) 730-76-93, (061) 707-85-20
63.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Респіраторні читання 2021»	18–19 березня, м. Дніпро	800	200	Україна, Білорусь, Польща	ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49000, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. Тел. (067) 289-59-77
64.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасна парадигма раціональної терапії неврологічних захворювань»	18–19 березня, м. Харків	500	150	Україна, Білорусь, Австрія	ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46. Тел./факс: (057) 738-33-87, 725-58-33
65.	Науково-практична конференція «Спеціальні питання діагностики та лікування ЛОР-органів, краніофасіальної ділянки та органу зору»	18–19 березня, м. Київ	40	15	Україна	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13. Тел.: (067) 135-01-16, (099) 238-63-57
66.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Омолодження погляду. Органо-зберігаючі технології»	19–20 березня, м. Київ	90	10	Україна, Білорусь, Молдова, Казахстан	ГО «Українське товариство естетичних пластичних хірургів». 01135, м. Київ, вул. Златоустівська, 34, оф. 208. Тел. (066) 476-50-17
67.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології»	24–27 березня, м. Івано-Франківськ	500	300	Україна, Польща, Німеччина, Ізраїль	ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. Тел. (067) 747-07-46
68.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики і лікування хвороба. Як покращити якість життя?»	25 березня, м. Львів	150	50–60	Україна, Великобританія, Болгарія, Італія	Інститут радіаційної гігієни і епідеміології ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України». 04050, м. Київ, вул. Юрія Іллєнка, 53. Тел. (044) 424-87-52

№ п/п	Назва заходу, тема	Дата та місце проведення	Кількість учасників		Перелік країн-учасниць	Організація, відповідальна за проведення заходу (адреса, телефон оргкомітету)
			Всього	У т.ч. іногородні		
69.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Інфекційні захворювання у дітей. Сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику»	25 березня, м. Київ	600	200	Україна, Польща, Білорусь	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України. 04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 23. Тел. (044) 483-74-62
70.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Київські алергологічні та імунологічні дні 2021»	25 березня, м. Київ	300	150	Україна, США, Польща, Грузія, Великобританія, Іспанія, Білорусь	Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. 04112, м. Київ, вул. Дорогожичська, 9. Тел. (044) 432-27-18
71.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Реалії, проблеми та перспективи медичної освіти»	25 березня, м. Полтава	200	10	Україна, Білорусь, Австрія, Польща	Українська медична стоматологічна академія МОЗ України. 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23. Тел. (0532) 56-08-25
72.	Науково-практична конференція «Сучасні проблеми з навчання хворих на цукровий діабет самоконтролю»	25–26 березня, м. Миргород	30	25	Україна	ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України». 04114, м. Київ-114, вул. Вишгородська, 69. Тел.: (044) 430-36-94, 254-12-04, (067) 235-55-99, (067) 50-90-553
73.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «International medical students conference in Poltava» (IMEDSCOP-2021) (для молодих вчених)	25–26 березня, м. Полтава	200	50	Україна, Білорусь, Грузія, Молдова, Казахстан, Австрія	Українська медична стоматологічна академія МОЗ України. 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23. Тел. (0532) 52-57-22
74.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «III Одеський кардіоваскулярний курс»	25–26 березня, м. Одеса	300	150	Україна, Чехія, Словенія, Об'єднані Арабські Емірати	ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України». 03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5. Тел. (044) 246-87-44
75.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання ведення хворих на хіміорезистентний туберкульоз: міжнародний та національний досвід»	25–26 березня, м. Київ	150	80	Україна, Бельгія, США	ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України». 03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Тел. (044) 275-41-33
76.	Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні стратегії діагностики та лікування неврологічних і психічних захворювань»	25–26 березня, м. Тернопіль	300	70	Україна, Польща, Білорусь, Німеччина	ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України». 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1. Тел.: (067) 756-55-56, 678-04-65