

ЩОДИННІ МЕДИЦИНА ТА ФАРМАЦІЯ у світі



Олег Юдин

**Частная
МЕДИЦИНСКАЯ
практика**

Юридические советы
по построению
и защите бизнеса



ЗАСЛАВСКИЙ
Publishing house

50 000 прим.

№ 8 (762) • 2021

Індексується: Google Scholar, Ulrichsweb Global Serials Directory

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

Берліприл®

еналаприлу малеат / гідрохлортіазид

ПЛЮС
10/25

**Раціональна фіксована комбінація
іАПФ та діуретика¹**

**Скорочена ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування
лікарського засобу БЕРЛІПРИЛ® ПЛЮС 10/25²**

Склад: діюча речовина: 1 таблетка містить еналаприлу малеату 10 мг та гідрохлортіазиду 25 мг.

Лікарська форма. Таблетки.

Показання. Есенціальна гіпертензія.

Берліприл® плюс 10/25 показаний тоді, коли зниження артеріального тиску недостатнє при застосуванні монотерапії еналаприлу малеатом.



Протипоказання:

- підвищена чутливість до еналаприлу або до інших інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), діуретичних засобів групи тіазидів, засобів групи сульфонамідів/препаратів сульфонілсечовини або до будь-якої іншої допоміжної речовини лікарського засобу;
- ангіоневротичний набряк в анамнезі, спричинений застосуванням інгібітору АПФ;
- тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну ≤ 30 мл/хв) та лікування методом гемодіалізу, анурія;
- стеноз ниркових артерій та інші.

Спосіб застосування та дози.

Стандартна добова доза препарату становить 1 таблетку на добу. Таблетку приймають незалежно від вживання їжі.

Побічні реакції.

Анемія, у тому числі апластична та гемолітична, астенія, діарея, біль у животі, гіперкаліємія, підвищення рівня креатиніну у сироватці крові, головний біль, запаморочення, артеріальна гіпотензія, кашель та інші.

¹Bryan Williams et al. 2018 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018, 39: 3021-3104.

²Інструкція для медичного застосування препарату БЕРЛІПРИЛ® ПЛЮС 10/25, № 134 від 26.01.2021.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Виробник, БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина.

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Глінікер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина.

Адреса Представництва «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ»:

м. 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 повною інформацією (повний перелік протипоказань, побічних реакцій та особливостей застосування) звертайтеся до інструкції для медичного застосування препарату Берліприл® плюс 10/25, № 134 від 26.01.2021. Р. П. МОЗ України № UA/5853/01/01.

UA_BeP-01-2021_V1_press. Затверджено до друку 26.02.2021 р.



**раціональна фіксована
комбінація іАПФ
та діуретика¹**



СЕРІЯ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Інститут сімейної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика спільно з Видавничим домом «Заславський» вперше в Україні започаткував проєкт — серію навчальних посібників «Сімейна медицина», за загальною редакцією академіка НАМН України, професора Ю.В. Вороненка, професора О.Г. Шекери та завідувачів кафедр Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, за актуальними напрямками сімейної медицини. Підготовкою матеріалів кожного навчального посібника займаються кращі фахівці післядипломної освіти України.

Посібники рекомендовані до друку вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України.

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

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








БУКВАМЕД
медичинская литература

Книги можна замовити в інтернет-магазині «Буквамед»

www.bookvamed.com.ua

або за телефоном: +38 (067) 325-10-26

ЗМІСТ

	АКТУАЛЬНА ТЕМА
Стресс и система гемостаза	3
	МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ
Нітрати в лікуванні хворих на хронічний коронарний синдром: розставляємо крапки над «і»	6
Пробізі® Імуно: можливості й перспективи комплексного впливу на імунну відповідь при респіраторних інфекціях (частина перша)	10
	НОВИНИ
ВООЗ: літнім людям — щорічна ревакцинація від ковіду, іншим — що два роки	9
Розумний чат-бот: відповідь на всі питання щодо вакцинації від COVID-19	9
Європейський Союз: визначив 5 пріоритетних препаратів від COVID-19	9
Наночастинки допоможуть уникнути негативних наслідків інсульту	13
Фахівці з вивчення мозку дізналися, що стоїть за уявою	13
Найбільший прорив у боротьбі з хворобою Альцгеймера: нові ліки можуть бути зареєстровані в цьому році	13
	КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК
Тепловий інсульт при тяжких спортивних перевантаженнях: клінічний випадок	14
	ВІД ПЕРШОЇ ОСОБИ
Письма с заграничной больничной койки. Письмо 51. О медработниках	16
	ПЕРЕДПЛАТА
Передплата — 2021	18
	УЛЮБЛЕНА СТОРІНКА
Писатели шутят... Странички из блокнота	20

СТРЕСС И СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА



МЕЛЬНИК А.А., к.б.н.,
ООО «ЛАБИКС», г. Киев, Украина

Стресс (от англ. stress — «давление, нажим, напор») считается проблемой тысячелетия и представляет собой широко распространенное явление на протяжении всей жизни человека, так как сегодняшняя деятельность людей связана со стрессом во всех ее аспектах (1, 2). Несмотря на постоянные дискуссии относительно точного значения этого термина, стресс признан центральной проблемой в человеческой жизни. Ученые различных дисциплин по своему относятся к концепции стресса, однако в каждой из областей этот термин имеет свое значение. Например, для социолога это — социальное неравновесие, то есть нарушение социальной структуры, внутри которой живут люди. Инженеры воспринимают напряжение как некую внешнюю силу, которая вызывает деформацию материалов, подвергшихся воздействию. Физиологи имеют дело с факторами физического стресса, которые включают широкий спектр раздражающих состояний, вредных для организма. В истории исследования психологического стресса не было четкого разделения между факторами физического стресса, которые воздействуют на системы биологических тканей, и психологическими стрессорами.

Первое и наиболее четкое определение этого понятия было предложено Гансом Селье: «Стресс — это неспецифический нейрогуморальный ответ организма на действие стрессовых факторов разной природы (физических, химических, биологических, социальных)» [3, 4]. Для психологических изменений при стрессе характерны тревога, страх, напряжение, неуверенность, растерянность, подавленность, беззащитность, паника, а из физиологических отмечается затрудненное дыхание, дрожь, учащение пульса, бледность или краснота кожных покровов, расширение зрачков, желудочный спазм. При стрессе нарушаются функции сердечно-сосудистой системы, кислородообеспечения, иммунитета, а также изменяется содержание катехоламинов, гормонов щитовидной железы, половых гормонов и др. Действие стрессорных реакций организма осуществляется прежде всего через систему гормональных сдвигов, направленность которых определяется скоростью действия и видом стрессорного воздействия (острый, хронический, физический, механический, посттравматический, психологический, иммобилизационный стресс). Выделяют три стадии развития стресса — тревога, стабилизация и истощение.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРЕССА

Стресс — это естественная физиологическая реакция на сложные или угрожающие обстоятельства, которая способствует адаптации организма и увеличивает шансы на выживание. Основными путями при активации стресса являются вегетативная нервная система (ВНС) и ось «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» (ГГН). Необходимо отметить, что ВНС быстро, в течение нескольких секунд, реагирует на стрессовую ситуацию, в то время как ГГН задействована в продолжительном ответе. Острые стрессовые ситуации (кратковременный стресс) сопровождаются высвобождением химических эффекторов, или процессом, называемым аллостазом (буквально означает «достижение стабильности через изменения»). Способность справляться со стрессовыми переживаниями различается у разных людей. Причем большинство людей, способных успешно адаптироваться к сложным или угрожающим событиям, являются стойкими, в то время как другие относятся к восприимчивым, которым сложно правильно адаптироваться к стрессовым ситуациям. Хотя механизмы, лежащие в основе этих различных реак-

ций, до конца не изучены, предполагается, что дезадаптивный ответ зависит от индивидуальной генетической предрасположенности и/или предыдущего жизненного опыта.

Вегетативная нервная система делится на симпатическую нервную систему (СНС) и парасимпатическую нервную систему (ПНС). В нормальных условиях стресс запускает активацию СНС, которая, в свою очередь, способствует выработке и высвобождению катехоламинов из мозгового вещества надпочечников. С другой стороны, ПНС активируется тогда, когда стрессовая ситуация снижается. Происходит высвобождение ацетилхолина, играющего ключевую роль в уменьшении стрессовой реакции путем ингибирования СНС и ГГН.

Стрессовая реакция осуществляется путем активации гипоталамо-симпатико-адреномедулярной, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензиновой системы. В ответ на стресс нейроны гипоталамуса секретируют кортикотропин-рилизинг-гормон (КРГ), стимулирующий выработку гипофизом адренокортикотропного гормона (АКТГ), в свою очередь активирующего выработку надпочечниками кортизола, который мобилизует резерв глюкозы из печени и способствует глюконеогенезу за счет катаболизма жирных кислот и белков. Во время стрессового события повышение уровня кортизола может дать энергию, необходимую для решения длительных или экстремальных проблем. Затем, когда уровень кортизола, поступившего в кровоток, достигает определенного порога, он запускает механизм отрицательной обратной связи — тормозит секрецию КРГ в гипоталамусе и АКТГ в гипофизе [5–8].

Важную роль во время стресса играет гиппокамп, так как когнитивные процессы, такие как последние воспоминания, могут оказывать воздействие на формирование определенной реакции на стресс. Кроме того, гиппокамп — это область мозга, которая во время воздей-

ствия стресса подвержена повреждению и атрофии [9, 10]. Голубоватое пятно, или область *Locus coeruleus*, участвует в выработке нейромедиатора норадреналина, играющего центральную роль в процессе обмена сообщениями. В дополнение к голубому пятну, которое секретирует норадреналин в центральной нервной системе (ЦНС), надпочечники могут выделять норадреналин в кровь во время стресса [11, 12].

Ось «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» представляет собой сложный набор взаимодействий между тремя эндокринными железами гипоталамуса, гипофиза и надпочечников. Взаимодействие между этими тремя железами формирует ось, которая составляет большую часть нейроэндокринной системы, контролирующей реакцию организма на стресс и регулирующей многие процессы в организме, включая пищеварение, настроение, работу аутоиммунной системы, половые циклы, сохранение и потребление энергии [13]. Ось ГГН — многоступенчатый путь, по которому информация передается химическими посредниками из одной точки в другую [14].

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ СТРЕССА НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА

В 50-х годах XX века известный гарвардский физиолог Уолтер Б. Кэннон продемонстрировал серией экспериментов с млекопитающими (кошки), что стимуляция селезеночного нерва, боль, страх и гнев приводят к укорочению времени кровотечения. При этом время свертывания оставалось в нормальном интервале, если у животного в ходе эксперимента надпочечники были удалены или истощены из-за стресса (кошек держали в клетках рядом с собаками). У.Б. Кэннон интерпретировал эти наблюдения следующим образом: «Быструю коагуляцию с полным основанием можно рассматривать как пример эволюционной адаптивной полезной реакции организма при травме, которая может быть следствием борьбы,

причиной которой, в свою очередь, являются страх, гнев или ярость» [15]. После новаторской работы Кэннона относительно реакции человека на стресс, которая заключается в выражении «бей или беги» (англ. fight-or-flight response, т.е. «атаковать источник» (бей) или «избежать опасной ситуации» (беги)), было проведено множество экспериментальных исследований, в которых показано, что стресс, вызванный психическим расстройством, приводит к изменению гемостатических реакций, а именно — к гиперкоагуляции [16–19]. Установлена роль усиления коагуляции, нарушения фибринолиза и гиперактивации тромбоцитов в развитии атерогенеза, атеротромбоза и острого коронарного синдрома [20]. Причем на фоне риска приобретенных и наследственных протромботических состояний (например, иммобилизация, обезвоживание и тромбофилия) психический стресс может вызвать протромботическое состояние, способствующее возникновению венозного тромбоэмболизма.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ, ВЫЗВАННОЙ СТРЕССОМ

Хотя клинические и экспериментальные исследования установили связь между стрессом и тромбозом, лежащие в основе этого явления механизмы до конца не изучены. В стрессовых условиях организм реализует адаптивный ответ через активацию оси ГГН и ВНС, что приводит к секреции различных глюкокортикоидных гормонов и катехоламинов (норадреналин и адреналин), которые прямо или косвенно способствуют изменению гемостаза [21]. Стресс играет ключевую роль в тромботических процессах. При этом наблюдается повышенная активация тромбоцитов, эндотелиальная дисфункция и коагуляция, а также отмечаются изменения в системе фибринолиза и повышенная воспалительная реакция.

1. ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ТРОМБОЦИТЫ

1.1. Влияние острого стресса на тромбоциты

Многочисленные литературные данные показали, что при стрессе происходит стимуляция тромбопоэза и активация тромбоцитов [22–27]. Во время острого стресса наблюдается повышенная экспрессия гликопротеинов, рецепторов фибриногена и Р-селектина на поверхности тромбоцитов, что способствует их агрегации и взаимодействию с лейкоцитами для защиты организма от чрезмерного кровотечения при реакции «бей или беги». В соответствии с этими данными было отмечено, что у здоровых людей процент агрегации тромбоцитов (PLA) возвращается к базальному уровню между 20 и 45 мин после острой стрессовой ситуации, тогда как, например, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) этот показатель увеличен до 75 мин после стресса [28]. Это указывает на то, что в стрессовых условиях пациенты с ССЗ более склонны к длительной активации тромбоцитов по сравнению со здоровыми лицами.

Однако влияние острого стресса на реактивность тромбоцитов у здоровых пациентов приводило к противоположным результатам. Например, некоторые исследования показали повышенную активацию тромбоцитов в ответ на острый стресс [29–31], тогда как в других работах никаких значительных изменений в экспрессии GPIb и GPIIb/IIIa на поверхности тромбоцитов и способности связывать фибриноген у здоровых субъектов не отмечено [32, 33]. Можно предположить,

Таблица 1. Изменение тромбоцитов в зависимости от типа стресса и статуса испытуемых

Параметр	Влияние на тромбоз	Тип стресса	Статус субъектов	Изменения
GPIb	Повышение уровня приводит к более высокой адгезии тромбоцитов	Острый	Здоровые	↑
GPIIb-IIIa	Повышение уровня приводит к более высокой активации тромбоцитов	Острый	Здоровые	↑
Р-селектин	Повышение уровня ведет к более высокой адгезии тромбоцитов к поверхности активированных эндотелиальных клеток и высокой активации тромбоцитов	Острый	Здоровые	↑
Тромбоцитарно-лейкоцитарные агрегаты	Повышение уровней считается маркером протромботического состояния	Острый	Здоровые	↑
Тромбоцитарные агрегаты	Повышение уровней способствует образованию артериального тромба	Острый	Здоровые	↑
Количество тромбоцитов	Повышение уровня приводит к более высокому тромботическому риску	Острый	Здоровые	↑

что вариация методов, используемых для измерений, а также различное время для оценки функции тромбоцитов после стресса могут частично объяснить эти противоречивые результаты.

1.2. Эффект хронического стресса на тромбоциты

Низкий социально-экономический статус и высокая нагрузка на работе сопровождаются повышенной активацией тромбоцитов по сравнению с более высоким социальным статусом или у пациентов во время отдыха [34].

Различные модели на животных определенно показали, что постоянный и интенсивный стресс увеличивает продуктивность и активацию тромбоцитов, повышая способность тромбоина и аденозинтрифосфата стимулировать агрегацию тромбоцитов и способствовать взаимодействию тромбоцитов и лейкоцитов [35]. Механизмы, при которых стрессовые условия могут влиять на активацию тромбоцитов, были связаны как с осью ГГН, так и с активацией ВНС.

Хорошо известно, что количество тромбоцитов, их активация и агрегация увеличиваются после экзогенного введения глюкокортикоидов здоровым добровольцам [36, 37]. Эта закономерность активации наблюдается у пациентов с синдромом Кушинга, состоянием, характеризующимся хроническим гиперкортицизмом [38–40]. В соответствии с этими наблюдениями высокий уровень кортизола, измеренный во время периода высокой интенсивности в работе, был связан с повышенным уровнем тромбоиницирующей агрегации тромбоцитов, что подтверждает сильную взаимосвязь между хроническим стрессом, кортизолом и функцией тромбоцитов.

Согласно уже известной серотонинергической регуляции активности оси ГГН [41], положительная корреляция между концентрацией серотонина тромбоцитов и уровнем кортизола была обнаружена у здоровых субъектов в стрессовых условиях. По этой причине изменение уровня серотонина, вызывающее стресс, может иметь решающее значение при активации тромбоцитов, что увеличивает риск коронарного тромбоза [42].

Таким образом, как стрессовые состояния, так и введение катехоламинов стимулируют тромбопоэз и увеличивают экспрессию GPIb и комплекса GPIIb-IIIa и Р-селектина за счет активации $\alpha 2$ -адренорецепторов ($\alpha 2$ -ADR), широко экспрессирующихся на тромбоцитах и мегакариоцитах [43]. Тем не менее более высокий уровень циркулирующих катехоламинов, выделяемых при остром стрессе, может вызвать десенсибилизацию $\alpha 2$ -ADR, о чем свидетельствует сниженная аффинность связывания рецептора в тромбоцитах человека и животных, подверженных воздействию различных стрессоров. Это состояние может со временем привести к увеличению количества $\alpha 2$ -ADR на тромбоцитах как компенсаторному эффекту [44, 45]. В табл. 1 приведены сводные данные о влиянии стресса на тромбоциты.

2. ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА КОАГУЛЯЦИЮ И ФИБРИНОЛИЗ

Гемостаз включает набор строго регулируемых процессов, в которых циркулирующие белки свертывания крови, тромбоциты и эндотелий взаимодействуют между собой, чтобы поддерживать тонкий баланс между протромботическим и антитромботическим статусом. Традиционно гемостаз описывается как процесс, происходящий в три фазы: первичный гемостаз, вторичный гемостаз и фибринолиз. Взаимодействие тромбоцитов с активированным эндотелием приводит к формированию нестабильной пробки тромбоцитов (первичный гемостаз) с последующей активацией системы свертывания с образованием сгустка фибрина (вторичный гемостаз). Высвобождение тканевого фактора (ТФ) активированными эндотелиальными и гладкими мышечными клетками, а также нейтрофилы и моноциты вместе с циркулирующими микрочастицами являются триггером каскада коагуляции [46].

Тканевый фактор, действуя как кофактор, способствует протеолизу и активации фактора FVIIa и образованию внешнего комплекса теназы (комплекс TF/FVIIa), который индуцирует активацию факторов FIX и FX (FIXa и FXa). Затем фактор FXa, связанный с кофактором

FVa (комплекс протромбиназы), превращает протромбин (II) в тромбин (IIa) [47]. Медленно накапливающееся количество тромбина активирует адгезию тромбоцитов в месте повреждения, инициируя фазу амплификации, с последующей активацией FV (FVa) и превращением FVIII в FVIIIa, который действует как кофактор FIXa на поверхности активированных тромбоцитов. Теназный комплекс FIXa/FVIIIa катализирует превращение FX в FXa, который, в свою очередь, образует FXa/FVa-комплекс, продуцирующий достаточное количество тромбина для преобразования фибриногена в мономер фибрин. В конечном итоге происходит активация тромбином трансглутаминазы плазмы FXIIIa, которая катализирует образование ковалентной сшивки между соседними цепями фибрина с образованием эластичного полимеризованного фибринового сгустка. Этот процесс строго регулируется, чтобы предотвратить неконтролируемое образование сгустков. Некоторые антикоагулянтные факторы, такие как антитромбин III, протеины С и S, тромбомодулин, ингибитор пути тканевого фактора, подавляют активированные факторы свертывания крови или способствуют их деградации [48–50].

ФИБРИНОЛИЗ — ПОСЛЕДНЯЯ ФАЗА ГЕМОСТАЗА

Активация пламиногена (РА) сериновыми протеазами, включая РА тканевого типа (tPA), РА урокиназного типа (uPA) и калликреины, а также факторы FXIa и FXIIa, приводит к образованию пламина, который ускоряет разрушение сгустков крови, вызывая расщепление фибрина на продукты типа D-димеров [51]. Чрезмерная регуляция пламина или активности активатора пламиногена предотвращается ингибитором активатора пламиногена 1 и 2 (PAI-1 и PAI-2), $\alpha 2$ -антипламиноном (A2AP) и активированным тромбином ингибитором фибринолиза (TAFI) [52]. Этот тонкий баланс может быть нарушен из-за сверхактивации коагуляции или нарушения фибринолиза, что приводит к неконтролируемому образованию сгустка с последующей окклюзией артерии или вены. Аномальный гемостатический ответ был обнаружен

у здоровых людей и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями как в остром периоде, так и при хроническом стрессовом состоянии [53, 54]. Однако механизмы острого и хронического стресса, влияющие на гемостаз, несколько различаются. При остром стрессе коагуляция и фибринолиз одновременно усиливаются, хотя прокоагулянтные факторы увеличиваются больше, чем фибринолитические, что приводит к протромботическому состоянию. При хроническом стрессе через активацию действует только прокоагулянтный путь [55].

Острый стресс

У здоровых людей при психологическом остром стрессе отмечается увеличение фильтрационной способности плазмы с последующим повышением вязкости крови, уменьшением объема плазмы, повышением гематокрита и активацией факторов свертывания крови [56, 57]. В частности, происходит увеличение факторов FVIIa, FVIIIa, FXIIa, фибриногена, антигена фактора фон Виллебранда (vWF:Ag), тромбин-антитромбинового комплекса (ТАТ) и D-димера (табл. 2).

Кроме активации внешнего пути (увеличение протромбинового времени, ПВ), происходило изменение факторов внутреннего пути свертывания крови, о чем свидетельствует снижение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) [58]. Интересно, что возраст и пол, по-видимому, также играют роль в реакции на стресс у здоровых людей. Была обнаружена положительная связь между возрастом и повышенным уровнем фибриногена, D-димера и фактора FVIIa [59]. Следует отметить, что активность фактора FVIIa увеличивалась только у мужчин, подвергшихся воздействию острого стресса, тогда как у женщин было обнаружено значительное повышение активности t-PA [60]. Аналогично пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подвергшиеся острому стрессу, демонстрировали аномальную гиперактивацию и повышение D-димера с медленным восстановлением израсходованного антитромбина III и снижением активации фибринолитического пути по сравнению с контрольной группой здоровых лиц [61–63].

Хронический стресс

В условиях хронического стресса повышенная прокоагулянтная активность (например, высокий фибриноген, D-димер, FVIIa, FVIIIa и vWF:Ag) связаны с нарушением фибринолитического пути, о чем свидетельствует увеличение экспрессии и активности PAI-1 и снижение t-PA. Для низкого социально-экономического статуса, стресса на работе характерны повышение уровней фибриногена, факторов FVIIa, FVIIIa, vWF, D-димера и PAI-1 [64–67]. Кроме того, стресс, связанный с работой, снижает активность t-PA без влияния на ПВ и АЧТВ. Напротив, стресс у лиц, осуществляющих уход за пациентами, в основном был связан с повышением уровней vWF:Ag, PAI-1:Ag, ТАТ, D-димера, t-PA:Ag и значительным повышением уровня D-димера, которые остаются выше, чем у здоровых людей, в течение 30 месяцев после завершения ухода за пациентами [68–72] (табл. 3).

Хронический стресс может приводить к изменению системы гемостаза через различные механизмы. Так, введение кортикостероидов или гиперкортицизм (например, синдром Кушинга) повышают уровни vWF в плазме, PAI-1, фактор FVIII и приводят к снижению маркеров фибринолитической активации [73, 74]. У здоровых людей при приеме глюкокор-

Таблица 2. Изменения факторов свертывания и фибринолиза, вызванные острым стрессом

Острый стресс		
Параметр	Анализируемый параметр	Изменения
Коагуляционные параметры	FVIIa	↑
	FVII:Ag	–
	FVIIIa	↑
	FVIII:Ag	–
	FXIIa	↑
	FXII:Ag	–
	Фибриноген	↑/–
	Фактор фон Виллебранда	↑
	Тромбин-антитромбиновый комплекс	↑
	D-димер	↑
	Протромбиновое время	↑
	АЧТВ	↓/–
Фибринолиз	t-PAa	↑
	PAI-1 (активность)	–
	PAI-1 (антиген)	↓

Таблица 3. Изменения факторов свертывания и фибринолиза, вызванные хроническим стрессом

Хронический стресс			
Параметр	Анализируемый параметр	Причина стресса	Изменения
Коагуляционные параметры	FVIIa	Низкий социально-экономический статус	↑
		Стресс на работе	↑
	FVIIIa	Стресс на работе	↑
	FVIII:Ag		↑
	FXIIa		↑
	Фибриноген	Низкий социально-экономический статус	↑
		Стресс на работе	↑
	Фактор фон Виллебранда	Лица, ухаживающие за пациентами	↑
	Тромбин-антитромбиновый комплекс	Лица, ухаживающие за пациентами	↑
	D-димер	Низкий социально-экономический статус	↑
	Протромбиновое время	Стресс на работе	–
	АЧТВ	Стресс на работе	–
Фибринолиз	t-PAa	Стресс на работе	↓
	PAI-1 (активность)	Низкий социально-экономический статус	↑
	PAI-1 (антиген)	Низкий социально-экономический статус	↑

тикоидов повышается уровень фибриногена и vWF, тогда как во время активного воспаления повышаются уровни PAI-1 с одновременным снижением vWF и фибриногена [75, 76].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стресс представляет собой неспецифическую адаптивную реакцию на различные стимуляторы. Гиперкоагуляция, вызванная стрессом, может представлять собой адаптивную реакцию на кровотечение. Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что существует корреляция между стрессом и тромботическим риском, а с биохимической точки зрения установлена связь между психологическим стрессом и путями коагуляции. Реакция на стресс сочетается с нейрогормональными изменениями, опосредованными в основном

симпатической нервной системой и осью «гипоталамус — гипофиз — надпочечники». Медиаторы стрессовой реакции (нейротрансмиттеры и гормоны) могут напрямую влиять на тромбоциты и каскад свертывания, а также косвенно на гемостаз через изменения гемодинамики. Реакция на стресс определяет протромботическое состояние, характеризующееся вегетативной и нейроэндокринной дисфункцией, активацией тромбоцитов, нарушением регуляции коагуляции, фибринолиза, эндотелиальной дисфункции и воспалением. Тем не менее эта физиологическая реакция на стресс может считаться патологическим триггером только у восприимчивых пациентов. Предложена концептуальная модель «идеального шторма», в которой только совместное возникновение различных патофизиологических и психосоциальных факторов,

которые действуют в тандеме друг с другом, может объяснить повышенный риск, вызванный стрессом. Эти данные могут помочь разработать программы скрининга и лечебной медикаментозной коррекции, чтобы внедрить стратегии, улучшающие ведение пациентов. Некоторые исследования показали, что такие действия, как релаксация, регулирование эмоций или лекарственные средства, могут помочь уменьшить протромботические реакции на стресс. Для этого необходимы более глубокие и всесторонние исследования, чтобы в полной мере изучить реальную эффективность таких стратегий для улучшения управления стрессом у пациентов с различными заболеваниями, снижая вероятность возникновения и прогрессирования патологии.

Список литературы находится в редакции ■

НІТРАТИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ: РОЗСТАВЛЯЄМО КРАПКИ НАД «І»

Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) серед дорослого населення України, за даними офіційної статистики, становить близько 20 % (~ 8 млн). Це друга за чисельністю популяція кардіологічних пацієнтів після хворих з артеріальною гіпертензією. На частку ІХС припадає понад 60 % усіх випадків смерті від серцево-судинних захворювань, що визначає значимість проблеми, а також диктує необхідність проведення оптимальної медикаментозної терапії, спрямованої на покращання прогнозу захворювання, усунення симптоматики, запобігання можливим ускладненням і покращання якості життя пацієнтів.

11 травня 2021 року відбулася науково-практична конференція «На перехресті кардіології, неврології та ендокринології», у рамках якої були розглянуті актуальні питання лікування різних варіантів артеріальної гіпертензії, нападів стенокардії, судинних уражень при ІХС, застосування антитромбоцитарної терапії і терапії статинами, а також персоналізований підхід до лікування ішемічної хвороби серця.



■ Про терапію хронічних коронарних синдромів (ХКС) розповів завідувач відділу симптоматичних артеріальних гіпертензій ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», доктор медичних наук, професор **Юрій Миколайович Сіренко**.

На початку виступу доповідач зазначив, що останніми роками зростає науковий інтерес до нітратів у пацієнтів з ІХС, і зупинився на історії появи терміна *angina pectoris* («грудна жаба»), повідомивши, що він був запропонований англійським лікарем Вільямом Геберденом у 1772 році. Тоді ж Геберден дав опис класичного нападу стенокардії: «При ходьбі, особливо вгору, або незабаром після їжі виникають сильні тиснучі болі в грудях: хворому здається, що він ось-ось позбудеться життя, якщо біль посилиться або триватиме ще хвилину. Як тільки хворий зупиняється, біль припиняється. Поза цими ознаками хворий відчуває себе абсолютно здоровим. Біль локалізується іноді у верхній частині грудної клітки, іноді в середині або біля основи грудни. Біль може посилюватися при ходьбі проти вітру, на холоді». Слід відзначити, що дана характеристика не втратила своєї актуальності до цього часу, будучи традиційним описом нападу стенокардії в навчальній літературі. Але дослідження, проведені в період з 2015 р., показують, що більшість пацієнтів із ХКС скаржаться на атипичний больовий синдром, тоді як типову стенокардію описують всього

10–15 % пацієнтів із ХКС. Основними умовами виникнення нападу стенокардії є фізичне навантаження, особливо якщо воно відбувається після прийому їжі, або при холодній погоді, або при першому контакті з холодним повітрям після виходу з теплого приміщення.

Першим ефективним засобом для лікування стенокардії став амільнітрат, призначений шотландським лікарем Томасом Лаудером Брантоном у 1867 році, а в 1879 році в журналі *Lancet* Вільям Меррел опублікував дані про застосування нітрогліцерину для купірування ангінозних нападів. З того часу використання нітратів короткої дії увійшло в практику лікування нападів стенокардії. Нітрати тривалої дії в пацієнтів зі стабільною ІХС призначаються з превентивною метою в період очікуваного підвищення фізичної або психоемоційного навантаження. На сьогодні для купірування нападів стенокардії і запобігання їм застосовуються три препарати з групи органічних нітратів — нітрогліцерину тринітрат, ізосорбиду динітрат та ізосорбиду мононітрат. Усі препарати нітратів для перорального, сублінгвального й букального прийому мають загальний механізм дії, заснований на взаємодії із SH-групами в клітинах гладкої мускулатури судинної стінки, що веде до вивільнення оксиду азоту (NO) — потужного ендотеліального релаксуючого фактора. Оксид азоту викликає активацію гуанілатциклази, що призводить до збільшення в клітинах гладких м'язів циклічного гуанозинмонофосфату, а отже, до зниження вмісту в клітині іонів кальцію, розслаблення міозину і, відповідно, релаксації стінки судин. При регулярному прийомі нітратів запаси SH-груп виснажуються, унаслідок чого фармакологічна дія може слабшати. Це є одним (але далеко не єдиним) з механізмів розвитку толерантності до нітратів.

Антиангінальний ефект нітратів обумовлений системною вазодилатацією, причому дія має дозозалежний характер. У малих дозах препарати викликають переважно венодилатацію, що забезпечує венозне депонування крові. У результаті відбувається зменшення венозного повернення до серця (зниження переднавантаження), зменшується тиск і обсяги його порожнин, у першу чергу лівого шлуночка, знижується напруження стінок. Це зменшує роботу й знижує потребу міокарда в кисні.

У високих дозах нітрати впливають на артеріальне русло, знижуючи загальний судинний опір (постнавантаження), що забезпечує антиішемічну дію за рахунок зменшення потреби в кисні й покращання перфузії міокарда. Однак слід

пам'ятати, що призначення високих доз нітратів може привести не тільки до артеріальної, але й до системної вазодилатації. Тому використання нітратів у високих дозах найдоцільніше при гіпертонічному кризі.

Органічні нітрати — нітрогліцерин, ізосорбиду динітрат та ізосорбиду мононітрат — є прямими донаторами оксиду азоту. Вони являють собою проліки, що реалізують свою активність шляхом вивільнення NO в гладком'язових і ендотеліальних клітинах. Утворення NO з нітратів відбувається всередині цих клітин під впливом системи P450. Розпадаючись до NO в процесі свого метаболізму, нітрати виступають у ролі його донаторів. NO, що утворився в процесі метаболізму нітратів, ідентичний ендотеліальному фактору розслаблення й заповнює його дефіцит у хворих з ішемічною хворобою серця й серцевою недостатністю.

Далі професор повідомив про лікування хронічного коронарного синдрому відповідно до Європейських рекомендацій кардіологів, поданих у 2019 році на європейському конгресі. У рекомендаціях ESC-2019 нозологічна одиниця «стабільна ішемічна хвороба серця» уперше замінена терміном «хронічні коронарні синдроми». Також уперше описані 6 можливих клінічних сценаріїв коронарної хвороби серця (КХС): 1) пацієнти з підозрою на КХС і стабільним ангінальним синдромом і/або задишкою; 2) пацієнти із серцевою недостатністю, що виникла вперше, або дисфункцією лівого шлуночка й підозрою на КХС; 3) безсимптомні пацієнти й пацієнти зі стабільними симптомами тривалістю менше за 1 рік після гострого коронарного синдрому або пацієнти з недавньою реваскуляризацією міокарда; 4) стабільні безсимптомні пацієнти й пацієнти з болями в грудях, що зберігаються понад 1 рік після початкового встановленого діагнозу ІХС або реваскуляризації; 5) пацієнти зі стенокардією і підозрою на вазоспастичну або мікросудинну коронарну хворобу; 6) безсимптомні пацієнти, у яких при скринінгу виявляється ІХС.

Для лікування хронічних коронарних синдромів ESC-2019 пропонує використовувати покрокову стратегію призначення антиангінальних засобів. Як перший крок при стандартній терапії рекомендується призначати β-блокатори (ББ) або блокатори кальцієвих каналів (БКК), при високій частоті серцевих скорочень (ЧСС) (понад 80 уд/хв) — ББ або недигідропіридинової (НДП) БКК, при низькій ЧСС (менше за 50 уд/хв) — дигідропіридинової (ДП) БКК, при дисфункції лівого

шлуночка — ББ, при низькому артеріальному тиску (АТ) — низькі дози ББ або низькі дози НДП БКК. Другим кроком при призначенні стандартної терапії є застосування комбінованої терапії — ББ + НДП БКК, третім кроком — додавання до лікування препарату 2-ї лінії. При високій ЧСС як другий крок призначаються ББ і НДП БКК, як третій — івабрадин; при низькій ЧСС — нітрати пролонгованої дії (другий крок), ДП БКК + нітрати тривалої дії (НТД) (третій крок), нікорандил, ранолозин або триметазидин (четвертий крок). Для лікування дисфункції лівого шлуночка або серцевої недостатності другим кроком є призначення НТД або івабрадину, третім — додають препарат 2-ї лінії; при низькому АТ — низькі дози НТД (другий крок) і додавання івабрадину чи триметазидину (третій крок).

Також доповідач відзначив, що нового з'явилося в рекомендаціях щодо використання нітратів. У рекомендаціях ESC-2019 підкреслюється, що НТД є варіантом лікування 2-ї лінії, коли початкова терапія ББ і/або НДП БКК протипоказана, погано переноситься або не підходить для контролю симптомів стенокардії (IIa). Нікорандил, ранолозин, івабрадин або триметазидин використовуються як лікування 2-ї лінії, але після призначення нітратів. У деяких пацієнтів комбінація ББ або БКК з препаратами 2-ї лінії можлива як лікування 1-ї лінії відповідно до ЧСС, АТ і переносимості.

У хворих на ХКС для негайного полегшення симптомів стенокардії рекомендуються нітрати короткої дії (ІВ). Нітрати тривалої дії слід розглядати як варіант лікування другої лінії, коли початкова терапія ББ і/або НДП БКК протипоказана, погано переноситься і не підходить для контролю симптомів стенокардії (IIa).

Отже, у рекомендаціях ESC-2019 для хворих зі стенокардією і/або задишкою і ХКС повинна здійснюватися тривала антиішемічна терапія. Першим кроком є призначення препаратів для лікування нападів стенокардії — ББ або БКК. Як другий крок рекомендується призначення нітратів тривалої дії, і тільки потім, як третій крок, розглядаються препарати метаболічної дії, що свідчить про пріоритет призначення нітратів порівняно з метаболічними засобами.

Основними препаратами антиангінальної терапії є бета-блокатори, антагоністи кальцію і нітрати. Івабрадин, триметазидин і ранолозин є препаратами пізнього призначення.

Для профілактики ускладнень усім пацієнтам із хронічними коронарними синдромами рекомендується призначення гіполіпідемічної терапії статинами. Якщо в пацієнта цільові значення не були досягнуті за допомогою максимально переносимої дози статину, то необхідна його комбінація з езетимібом. Для пацієнтів високого кардіального ризику, у яких не було досягнуто мети при призначенні максимально переносимої дози статину й езетимібу, гіполіпідемічна терапія повинна комбінуватися з інгібіторами PCSK9.

НАДІЙНА ЕФЕКТИВНІСТЬ, ПЕРЕВІРЕНА ЧАСОМ¹

КАРДИКЕТ® РЕТАРД
Ізосорбиду динітрат,
таблетки 20 мг, 40 мг, № 50
продовженої дії



ІЗОКЕТ® СПРЕЙ
Ізосорбиду динітрат,
флакон 15 мл, 375 мг,
300 доз



ІЗОКЕТ®
розчин для ін'єкцій
Ізосорбиду динітрат,
10 мг/10 мл



Скорочені інструкції для медичного застосування лікарських засобів*

КАРДИКЕТ® РЕТАРД. Таблетки продовженої дії. **Склад:** діюча речовина: isosorbide dinitrate; 1 таблетка продовженої дії містить 20 мг, або 40 мг, або 60 мг ізосорбиду динітрату. **Фармакотерапевтична група.** Вазодилатори, що застосовуються у кардіології. Код АТХ C01D A08. **Показання.** Профілактика та довготривале лікування стенокардії. **Препарат протипоказаний при:** гіперчутливості до ізосорбиду динітрату, інших нітратних сполук або будь-якої допоміжної речовини; гострій недостатності кровообігу (шок, судинний колапс); кардіогенному шоку; гіпертрофічній обструктивній кардіоміопатії; констриктивному перикардиті; тампонаді серця; тяжкій гіпотензії (САТ < 90 мм рт.ст.); вираженій анемії; тяжкій гіповолемії. **Побічні реакції.** З боку нервової системи: дуже часто – головний біль; часто – запаморочення, сонливість. З боку серцевої системи: часто – тахікардія; нечасто – посилення симптомів стенокардії. З боку судинної системи: часто – ортостатична гіпотензія; нечасто – судинний колапс. З боку травного тракту: нечасто – нудота, блювання. З боку шкіри та підшкірної клітковини: нечасто – алергічні шкірні реакції (наприклад, висипання), припливи. **Загальні порушення:** часто – астенія. **Термін придатності.** 5 років. **Упаковка.** По 10 таблеток у блістері. По 5 блістерів у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** «Ейсіка Фармасьютикалз ГмБХ», Німеччина. Альфред-Нобель-Штр. 10, 40789 Монхайм-на-Рейні, Німеччина. **Реєстраційні посвідчення** № UA/4491/01/01, UA/4491/01/02, UA/4491/01/03 від 15.09.2016, зміни внесені 12.06.2017.

ІЗОКЕТ®. Спрей оромукозний. **Склад:** діюча речовина: ізосорбиду динітрат; 1 доза (1 натискання на розпилювач) становить 0,05 мл розчину, що містить 1,25 мг ізосорбиду динітрату; 1 флакон з 15 мл (12,7 г) розчину містить 375 мг ізосорбиду динітрату. **Фармакотерапевтична група.** Вазодилатори, що застосовуються у кардіології. Органічні нітрати. Код АТХ C01D A08. **Показання.** Призначати дорослим: для лікування нападів стенокардії, крім випадків, зумовлених гіпертрофічною обструктивною кардіоміопатією; для попередження нападів стенокардії; при гострому інфаркті міокарда; при гострій лівошлуночкової серцевій недостатності. **Препарат протипоказаний при:** підвищеній чутливості до ізосорбиду динітрату, інших нітратних сполук або інших компонентів препарату; гострій судинній недостатності (шок, судинний колапс); кардіогенному шоку, у разі неможливості корекції кінцевого діастолічного тиску лівого шлуночка за допомогою відповідних заходів; гіпертрофічній обструктивній кардіоміопатії; констриктивному перикардиті; тампонаді серця; тяжкій артеріальній гіпотензії (САТ < 90 мм рт.ст.); тяжкій гіповолемії; тяжкій анемії; травмах голови; кровотечах; аортальному та/або мітральному стенозу; закритокутовій глаукомі; геморагічному інсульті; гіпотермії; тяжких розладах з боку печінки та нирок. **Побічні реакції.** З боку нервової системи: дуже часто – головний біль; часті – запаморочення, сонливість. З боку серця: часті – тахікардія. З боку судинної системи: часті – ортостатична гіпотензія; нечасті – судинний колапс. З боку травної системи: нечасті – нудота, блювання. З боку шкіри та підшкірної клітковини: нечасті – алергічні шкірні реакції (наприклад, висипання), короткочасна гіперемія обличчя, припливи. **Загальні порушення:** часті – астенія (відчуття слабкості), почервоніння язика у місці введення. **Термін придатності.** 5 років. **Упаковка.** По 15 мл (300 доз) у флаконі, № 1 в коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** «Ейсіка Фармасьютикалз ГмБХ», Німеччина. Альфред-Нобель-Штр. 10, 40789 Монхайм-на-Рейні, Німеччина. **Реєстраційне посвідчення** № UA/3055/01/01 від 24.06.2016.

ІЗОКЕТ®. Розчин для інфузій. **Склад:** діюча речовина: isosorbide dinitrate; 1 мл розчину містить 1,0 мг ізосорбиду динітрату. **Фармакотерапевтична група.** Препарати, що впливають на серцево-судинну систему. Кардіологічні засоби. Вазодилатори, що застосовуються в кардіології. Органічні нітрати. Код АТХ C01D A08. **Показання.** Симптоматичне лікування нестабільної стенокардії додатково до стандартної терапії, довготривала терапія вазоспастичної стенокардії (стенокардії Принцметала); гостра лівошлуночкова серцева недостатність різної етіології (слабкість серцевого м'яза з порушенням функції лівого шлуночка); гострий інфаркт міокарда. **Протипоказання.** Гіперчутливості до ізосорбиду динітрату, інших нітратних сполук або інших компонентів препарату; гостра циркуляційна недостатність (шок, колапс); кардіогенний шок (крім випадків, коли кінцевий діастолічний тиск лівого шлуночка завдяки відповідним заходам утримується на достатньому рівні); гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія; констриктивний перикардит; тампонада серця; тяжка артеріальна гіпотензія (САТ < 90 мм рт.ст.); тяжка гіповолемія; тяжка анемія; геморагічний інсульт; травма голови; захворювання, що супроводжуються підвищенням внутрішньочерепного тиску; аортальний та/або мітральний стеноз; закритокутова глаукома; гіпотермія. **Побічні реакції.** **Порушення з боку нервової системи.** Дуже часто: головний біль («нітратний головний біль»); часто: запаморочення, сонливість. **Порушення з боку серця.** Часто: тахікардія; нечасто: посилення симптомів стенокардії. **Порушення з боку судин.** Часто: ортостатична гіпотензія; нечасто: серцева недостатність (іноді може одночасно супроводжуватись брадикардією та неперитомністю). **Порушення з боку шлунково-кишкової системи.** Нечасто: нудота, блювання. **Порушення з боку шкіри та підшкірних тканин.** Нечасто: алергічні реакції шкіри (наприклад, висипання), короткочасна гіперемія обличчя, припливи. **Загальні порушення та порушення у місці застосування.** Часто: астенія. **Термін придатності.** 5 років. **Термін придатності після розведення.** Розведений розчин повинен бути введений протягом 24 годин. **Упаковка.** По 10 мл в ампулі, № 10 у картонній паці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** «Ейсіка Фармасьютикалз ГмБХ», Німеччина. Альфред-Нобель-Штр. 10, 40789 Монхайм-на-Рейні, Північний Рейн-Вестфалія, Німеччина. **Реєстраційне посвідчення** № UA/3055/02/01 від 18.07.2013, зміни внесені 11.01.2016.

*Докладну інформацію див. в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація призначена для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах на медичну тематику. Інформація для професійної діяльності фахівця у галузі охорони здоров'я.

¹Michaelides AP, Spiropoulos K, Dimopoulos K, et al. Antianginal Efficacy of the combination of Trimetazidine-Propranolol Compared with Isosorbide Dinitrate-Propranolol in Patient with Stable Angina. Clin Drug Invest 1997.

«ПРЕДСТАВНИЦТВО «АЛВОГЕН ФАРМА ТРЕЙДИНГ ЮРОП» ОТОВ»,
02002, м. Київ, Броварський проспект, 5и,
тел./факс: (044) 517 75 00, (044) 517 18 08, (044) 517 23 29

Alvogen Україна
A ZENTIVA COMPANY

Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) знижують ризик розвитку інфаркту міокарда, інсульту й смерті від серцево-судинних подій. Тому рекомендується розглянути призначення іАПФ для пацієнтів з хронічним коронарним синдромом і супутньою артеріальною гіпертензією, фракцією викиду лівого шлуночка $\leq 40\%$, цукровим діабетом або хронічною хворобою нирок.

Крім того, при хронічних коронарних синдромах також показане застосування антитромбоцитарних засобів, що запобігають розвитку атеротромбозу й кардіо-васкулярних катастроф.

Для купірування нападів стенокардії препаратами першої лінії є нітрати короткої дії, що забезпечують негайне полегшення симптомів. Нітрати тривалої дії слід використовувати як 2-гу лінію терапії, коли лікування β -блокаторами або недигідропіридинними блокаторами кальцієвих каналів протипоказане, погано переноситься або недостатнє для контролю симптомів. При призначенні нітратів тривалої дії необхідно дотримуватися певного інтервалу прийому або застосувати малі дози препаратів, що може запобігти розвитку толерантності. Безсумнівно перевагу щодо лікування хронічних коронарних синдромів має комбінація нітратів тривалої дії з β -блокаторами й метаболічними препаратами.

Далі доповідач навів дані дослідження CADANCE (2009), у якому оцінювали пацієнтів з оптимально контрольованою симптоматикою, серед яких 50 % були після реваскуляризації, при цьому 48 % з них мали стенокардію (> 1 напад/тиждень) і 37 % мали напади стенокардії щоденно. Ще одне дослідження продемонструвало, що виживання хворих на ІХС залежить від кількості нападів стенокардії. Чим більша кількість нападів, тим більша ймовірність того, що пацієнт може отримати серцево-судинні ускладнення у вигляді смерті, інфаркту міокарда, гострого коронарного синдрому і, як наслідок, виникне необхідність у реваскуляризації. Реваскуляризація здатна ефективно полегшувати симптоми стенокардії, зменшувати застосування антиангінальних препаратів і покращувати переносимість фізичних навантажень порівняно зі стратегією використання тільки медикаментозної терапії. Однак, як свідчать результати численних досліджень, навіть після проведення реваскуляризації в 48 % пацієнтів зберігається клініка стенокардії з виникненням ангінозних нападів до 1 разу на тиждень, а в 37 % хворих — щоденні напади стенокардії.

Згідно з даними міжнародного проспективного реєстру CLARIFY, наявність ангінальних нападів впливає на прогноз хворих на стабільну ІХС з достовірним збільшенням ризику інфаркту міокарда й смерті від серцево-судинних причин на 45 %. Крім того, доведено, що пацієнти з частотою серцевих скорочень ≥ 70 уд/хв також мають більш високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень порівняно з пацієнтами, у яких частота серцевих скорочень менше за 70 уд/хв.

За даними реєстру CLARIFY для українських пацієнтів, близько 80 % учасників дослідження мали напади стенокардії напруження. Причому приблизно в кожного 3-го хворого клінічна симптоматика мала виражений характер — на рівні стенокардії III функціонального класу (ФК), і 40 % пацієнтів приймали нітрати додатково до іншої антиангінальної терапії.

В іншому дослідженні порівнювали пацієнтів, які перенесли реваскуляризацію (1-ша група), з пацієнтами, які отримували тільки медикаментозну терапію (2-га група). Результати дослідження продемонстрували, що для контролю нападів стенокардії 43 % хворих першої групи і 60 % хворих другої групи були змушені приймати нітропрепарати.

У роботі М.І. Лутая, виконаній на базі Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска, був проведений аналіз лікування 100 пацієнтів, які страждали від стабільної стенокардії напруження. Під час дослідження було встановлено, що 75 % хворих страждали від ІХС III ФК, 30 % перенесли інфаркт міокарда і 35 % — реваскуляризацію коронарних судин. При цьому тільки 10 % пацієнтів приймали нітрати для купірування нападів стенокардії. Це свідчить про те, що нове покоління лікарів недооцінює ефективність і необхідність застосування нітратів короткої дії для купірування ангінальних нападів, а нітратів тривалої дії — для запобігання їм.

На сьогодні ESC-2019 для купірування нападів стенокардії рекомендує застосування ізосорбиду динітрату, що випускається у формі Ізокет® спрею. На відміну від сублінгвальних таблеток нітрогліцерину він забезпечує більш швидкий антиангінальний ефект, що досягається за рахунок зрошення більшої площі слизової оболонки порожнини рота й швидшого всмоктування активної речовини. Ізокет® спреї забезпечує тривалий ефект — до 120 хв, тоді як нітрогліцерин діє 5–15 хв. Крім того, він зменшує діастолічний тиск у шлуночках серця, усуває спазм коронарних судин, унаслідок чого нормалізується коронарний кровотік в ішемізованих ділянках міокарда.

Ізокет® спреї практично не впливає на частоту серцевих скорочень, сприяє розширенню церебральних судин. За рахунок невеликої стимуляції симпатичної нервової системи і зниження післянавантаження він покращує систолічну функцію. При застосуванні препарату у формі спрею відсутній ефект першого проходження ізосорбиду динітрату через печінку, завдяки чому терапевтичний ефект досягається меншою дозою і рідше виникають побічні ефекти.

У порівняльному дослідженні з використанням різних форм ізосорбиду динітрату (2,5 мг у формі аерозолу, таблетки 5 мг сублінгвально і 10 мг, що приймаються всередину) доведено, що Ізокет® спреї забезпечує більш швидке збільшення концентрації ізосорбиду динітрату в плазмі, а його доза, необхідна для забезпечення такого ж рівня препарату, як і після сублінгвально прийнятого, у два рази менше. Концентрація ізосорбиду-5-мононітрату підвищується пізніше й забезпечує пролонговану дію Ізокет® спрею (до 120 хв), що робить можливим використання його для короткострокової (1–1,5 години) профілактики стенокардії при очікуваному фізичному або емоційному напруженні.

При порівнянні гемодинамічного впливу (тиск заклинювання легеневої капілярів) Ізокет® спрею і таблетованої форми нітрогліцерину було продемонстровано, що початок гемодинамічного впливу Ізокет® спрею наставав значно раніше.

У дослідженні С. Kann (2021) оцінювався вазодилататорний ефект ізосорбиду динітрату у формі спрею порівняно з таблетованою формою нітрогліцерину за

даними коронарної ангіографії. У ньому взяли участь 1997 пацієнтів, з яких 1169 отримували ізосорбиду динітрат і 828 — нітрогліцерин. Було встановлено, що ізосорбиду динітрат у формі спрею викликає більш виражену вазодилатацію всіх коронарних артерій, ніж нітрогліцерин у формі сублінгвальних таблеток. Вазодилатуюча активність ізосорбиду динітрату була в середньому на 18 % вища, ніж сублінгвальних таблеток нітрогліцерину.

У російському дослідженні було встановлено, що спреї ізосорбиду динітрату починає діяти вже через 22 секунди після розпилення, що майже у 2 рази швидше, ніж при сублінгвальному прийомі таблеток нітрогліцерину. Ще однією важливою позитивною особливістю аерозольної лікарської форми ізосорбиду динітрату є значна тривалість його дії (до 2 год). За рахунок цього забезпечується не тільки купірування, але й профілактика нападів стенокардії протягом досить тривалого часу.

У хворих зі стабільною стенокардією напруження оцінювалася ефективність Ізокет® спрею як профілактичного антиангінального засобу перед проведенням тестів з навантаженням. Початок ангінозного нападу при використанні Ізокет® спрею за часом виявився відстроченим на 40 %, а тривалість болю в цілому зменшилася в 3 рази.

В іншому дослідженні проводилася оцінка динаміки самопочуття в 550 амбулаторних пацієнтів, які страждають від стабільної стенокардії, на тлі доповнення базової терапії Ізокет® спреєм. Базову терапію в більшості пацієнтів становили β -аденоблокатори й пульсосповільнюючі антагоністи кальцію. Для купірування й профілактики ангінозних нападів замість нітрогліцерину після оцінки вихідного статусу призначався Ізокет® в аерозольній формі. Контроль стану здійснювався до лікування і через 3 місяці.

Аналіз результатів анкетного опитування пацієнтів продемонстрував, що частота погіршення якості життя збільшується з наростанням тяжкості стенокардії: з 48 % при I ФК до 99 % при IV ФК. Через 3 місяці повторне анкетування тих же хворих на тлі застосування Ізокет® спрею виявило помітне покращання переносимості фізичних навантажень, що дозволило віднести 27 % пацієнтів до більш легкого функціонального класу, а також значне покращання якості життя.

Однак не варто забувати, що регулярний прийом нітратів загрожує поступовим ослабленням їх дії — розвитком толерантності. Це може бути пов'язано з активацією нейрогуморальних механізмів — симпатичної і ренін-ангіотензин-альдостеронової системи і їх фізіологічним антагонізмом з нітратами (псевдотолерантність). Справжня, або судинна, толерантність виникає внаслідок рефрактерності ендотелію, обумовленої виснаженням запасів донаторів SH-груп, що служать посередниками в синтезі NO з органічних нітратів.

Також ослаблення ефектів нітратів може бути викликано зниженням чутливості гуанілатциклази — ферменту, що опосередковує дію NO на вміст іонів Ca^{2+} у цитоплазмі гладких клітин і в кінцевому підсумку — на діяльність скоротливих елементів цих клітин. Ще однією можливою причиною розвитку толерантності є підвищення об'єму плазми. Нарешті, толерантність може бути обумовлена збільшенням активних радикалів, зокрема супероксид-

аніону і пероксинітриду, при тривалій терапії нітратами. Активні радикали блокують гуанілатциклазу, що призводить до порушення синтезу циклічного аденозинмонофосфату й виникнення дисфункції ендотелію.

Для подолання толерантності, що пов'язана з тривалим застосуванням нітратів, і запобігання їй можна розглянути збільшення дози препаратів. Однак до цього слід підходити дуже обережно через небезпеку розвитку біохімічно залежної толерантності до препаратів цієї групи. Крім того, можлива відміна нітратів на 3–5 днів, забезпечення переривчастого прийому нітратів протягом доби (безнітратні періоди на 8–12 годин), призначення нітратів тривалої дії 1–2 рази на тиждень з їх заміною на інші антиангінальні препарати, використання донаторів SH-груп (ацетилцистеїн, іАПФ).

Також професор звернув увагу на препарат молсидомін, який часто рекомендують для лікування стенокардії, а саме на часте використання дози препарату 2 мг, яка за ефектом порівнянна з плацебо. У дослідженні R. Messin за участю 533 пацієнтів зі стабільною стенокардією оцінювали ефективність пролонгованої лікарської форми молсидому (16 мг 1 раз на добу) і лікарської форми звичайного вивільнення (8 мг 2 рази на добу) як при гострому лікарському тесті на початку лікування, так і після 2-тижневої терапії. Було встановлено, що тільки при використанні молсидому в дозі 16 мг 1 раз на добу можливе досягнення статистично значущого зменшення кількості ангінозних нападів, причому лише в пацієнтів старше від 75 років. В інших вікових групах і при інших схемах лікування переконливих позитивних результатів отримано не було.

Дослідження 2015 року вивчало можливість впливу молсидому на біохімічні маркери, пов'язані з ендотеліальною дисфункцією. Встановлено, що молсидомін у стандартних дозах на жоден маркер не впливає, навіть при тривалій терапії протягом 12 місяців.

У 2016 році був проведений метааналіз, у якому порівнювалася ефективність молсидому з нікорандилом, триметидином і нітратами в пацієнтів із хронічною ІХС. Результати метаналізу показали, що він не діє як антиангінальний препарат і не збільшує переносимість фізичних навантажень, отже, застосування молсидому для лікування хронічної ІХС недоцільне. Також молсидомін не затверджений до застосування в США і не включений у нові рекомендації ESC-2019. Доповідач підкреслив, що його використання буде малоефективним для лікування пацієнтів з ІХС і він не може бути альтернативою нітратам.

➔ На завершення свого виступу доповідач підкреслив, що лікування хронічних коронарних синдромів має бути направлене на покращання прогнозу й виживання пацієнтів, а також покращання якості їхнього життя. З цією метою для купірування нападів стенокардії і запобігання їм повинні застосовуватися нітрати. На сьогодні вони є найбільш ефективним і доступним засобом терапії і профілактики нападів стенокардії.

Підготувала Тетяна Чистик ■

**ВООЗ:
ЛІТНІМ ЛЮДЯМ —
ЩОРІЧНА
РЕВАКЦИНАЦІЯ
ВІД КОВІДУ, ІНШИМ —
ЩО ДВА РОКИ**

Передбачається, що ковідні вакцини будуть регулярно апгрейдитися для боротьби з новими штамми.

ВООЗ припускає, що найбільш вразливі щодо коронавірусу групи населення, у тому числі літні люди, повинні будуть щорічно ревакцинуватися, щоб уберегтися від інфекції.

Ця рекомендація увійшла до звіту, що буде обговорюватися на засіданні правління Глобального альянсу з вакцин та імунізації (GAVI). Спільно з ВООЗ GAVI керує програмою із вакцинації від COVID-19 COVAX.

Виробники мРНК-вакцин «Moderna Inc.», а також «Pfizer Inc.» зі своїм німецьким партнером «BioNTech» заявляють, що незабаром для підтримки імунітету людству знадобляться бустерні дози, хоча на цей час для цього твердження немає чітких підстав.

Згідно з цим документом, ВООЗ розглядає як орієнтовний базовий сценарій:

- ➔ щорічну ревакцинацію для осіб із високим ризиком інфікування;
- ➔ бустерні дози — що два роки для решти населення.

Очікується, що у 2022 році в усьому світі буде вироблено 12 мільярдів доз вакцини проти COVID-19. Передбачається, що ковідні вакцини будуть регулярно «підганятися» для боротьби з новими штамми коронавірусу. ■

**РОЗУМНИЙ
ЧАТ-БОТ ВІДПОВІСТЬ
НА ВСІ ПИТАННЯ
ЩОДО ВАКЦИНАЦІЇ
ВІД COVID-19**

За словами авторів розробки, головною причиною, що спонукала їх створити цей чат-бот, стала «нерішучість і недостатня інформованість населення щодо щеплень від коронавірусу, а також невиконання урядом плану з вакцинального покриття».

Незважаючи на активну й масштабну рекламну кампанію в підтримку імунізації, кількість щеплених від COVID-19 навіть у Сполучених Штатах розчарувала уряд: вона виявилася набагато меншою, ніж очіувалося. Кількість вакцинацій, що проводяться в США, зараз становить близько 600 000 на добу, і цього вкрай недостатньо.

Дослідники з Університету Дж. Хопкінса вирішили покращити ситуацію та розробили чат-бот під назвою Vira (Vaccine Information Resource Assistant), що повинен розвінчувати міфи про ковідну вакцинацію та надавати відповіді на всі пов'язані з нею питання.

Vira — віртуальний співрозмовник, що створений із метою підвищення обізнаності громадськості про важливість вакцинальної кампанії. Користувачі зможуть отримати інформацію про вибір вакцин, їх побічні ефекти, застосування під час вагітності й інші рекомендації та поради за цією темою.

«Інтелект» Vira — база, заснована на наукових даних співробітників Університету Дж. Хопкінса. Система була розроблена з використанням програмного забезпечення IBM і є адаптивною — навчається, «слухаючи» питання й відгуки. Фінансову підтримку ініціативи здійснила благодійна організація «Bloomberg Philanthropies».

Нагадаємо, українці можуть дізнатися про запас препаратів в певних лікарнях, закупівлі необхідних ліків і їх доставку до регіонів за допомогою чат-бота ДП МЗУ. ■

**ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ ВИЗНАЧИВ 5 ПРІОРИТЕТНИХ ПРЕПАРАТІВ
ВІД COVID-19**

Один із цих препаратів втратив ефективність у Сполучених Штатах внаслідок виникнення нових варіантів коронавірусу, тому США припинили його використання.

У жовтні минулого року Європа закупила за 1,2 мільярда доларів США 500 000 доз ремдесивіру, проте вже через місяць ЄС призупинив його використання після того, як ВООЗ оголосила препарат неефективним при COVID-19. Зараз ЄС шукає більш перспективні засоби від коронавірусу.

Європейський регулятор визначив п'ять пріоритетних препаратів проти COVID-19, які він збирається затвердити без зайвих

зволікань. Три з них, швидше за все, будуть схвалені до жовтня поточного року. Заявляється, що це можливе за умови більшої регуляторної гнучкості, умовних реєстраційних дозволів і більш гнучких вимог до маркування та пакування.

До числа пріоритетних засобів проти COVID-19 увійшли препарати на основі моноклональних антитіл: «коктейль» із бамланівімабу/етесевімабу від «Eli Lilly», регданвімаб від «Celltrion», «коктейль» казиривімаб/імдевімаб від «Regeneron» і «Roche» і сотровімаб (Vir-7831) від «GlaxoSmithKline»/«Vir Biotechnology». Також у білому списку ЄС знаходиться барицитиніб від «Eli Lilly», уже затверджений під торго-

вим найменуванням Olumiant як засіб лікування ревматоїдного артриту та atopічного дерматиту.

Лідером серед виробників «коктейлів» моноклональних антитіл вважається «Regeneron» (раніше ЄС закупив 55 000 доз препарату від цієї компанії), хоча комбінація від «Eli Lilly» була затверджена в США першою: бамланівімаб + етесевімаб застосовували для лікування пацієнтів із COVID-19, які мають ризик прогресування захворювання до тяжкої форми. Але потім препарат втратив ефективність через виникнення нових варіантів коронавірусу, і США припинили його використання. ■

VIVERE
Клініка нейроімунології

Від мрії до надії

Перша в Україні клініка сучасної діагностики та лікування нейроімунологічних захворювань

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

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

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

www.vivereclinic.com

м. Київ,
вул. Ломоносова, 71-Б

ПРОБІЗ® ІМУНО: МОЖЛИВОСТІ Й ПЕРСПЕКТИВИ КОМПЛЕКСНОГО ВПЛИВУ НА ІМУННУ ВІДПОВІДЬ ПРИ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЯХ (частина перша)

ГОГУНСЬКА І.В., ЗАРИЦЬКА І.С.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», м. Київ, Україна

До цього часу близько 1,5 тисяч збудників інфекційних захворювань визнано відповідальними за захворювання людей (1), і їх перелік, швидше за все, буде збільшуватися найближчими роками (2–4). Серед найбільш поширеної інфекційної патології в усіх вікових групах одне з чільних місць посідають гострі респіраторні захворювання (ГРЗ). Так, у США дорослі хворіють на застуду приблизно два-три рази на рік, тоді як діти можуть мати до восьми випадків ГРЗ на рік (5–7). Орієнтовні щорічні витрати у США, пов'язані з гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ), за винятком грипу, перевищують 22 млрд доларів (8). В Україні щорічно на ГРЗ хворіють 10–14 млн осіб, що становить 25–30 % загальної захворюваності й близько 75–90 % інфекційної захворюваності в державі (9). Зокрема, проведене у 2017 році анкетування продемонструвало, що 74 % дорослого населення м. Одеси хворіють на ГРВІ 1–2 рази на рік (сезон) (10).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), захворюваність на ГРЗ має постійну тенденцію до зростання, чому сприяють, зокрема, процеси глобалізації, урбанізації і посилення міжконтинентальних міграційних процесів. Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (риносинусит, середній отит, фарингіт/тонзиліт, ларингіт) і нижніх дихальних шляхів (трахеїт, бронхіт, бронхіоліт, пневмонія) можуть спричинятись як вірусами, так і бактеріями [9, 11]. Повітряно-крапельний і контактний шляхи передачі ГРЗ, висока сприйнятливість населення до вірусів-збудників обумовлюють швидкість і частоту поширення ГРЗ, особливо під час сезонних послаблень імунного захисту [9, 11]. Унаслідок високої мінливості антигенної структури, вірулентності циркулюючих вірусів і появи нових високотоксичних збудників ГРВІ досі є погано контрольованою інфекцією, а їх ускладнення становлять серйозну небезпеку, можуть бути фатальними або призводити до інвалідності [9–16].

Одним з найефективніших профілактичних заходів є набуття вакцинального імунітету до певного патогену. Однак вакцинація не завжди є можливою, зокрема у зв'язку з наявністю тимчасових або постійних протипоказань. Протягом досить тривалого періоду на початку пандемічної ситуації з коронавірусною інфекцією була відсутня вакцина від COVID-19. Донині всі присутні на ринку вакцини є такими, що були розроблені й досліджені у форс-мажорних умовах і дозволені ВООЗ до застосування в надзвичайній ситуації, їх безпека не вивчена повною мірою і відповідно до вимог до реєстрації вакцин. Про певні недоліки у вивченні безпечності вакцин від COVID-19 свідчить, наприклад, те, що починаючи з квітня 2021 р. у США повідомляється про збільшення випадків міокардиту й перикардиту після вакцинації іРНК COVID-19 (Pfizer-BioNTech і Moderna), особливо в підлітків і молодих людей. Центр контролю й профілактики захворювань США (CDC) продовжує рекомендувати вакцинацію проти COVID-19 для всіх людей віком від 12 років, враховуючи ризик захворювання на COVID-19 і пов'язані з ним можливі тяжкі ускладнення, такі як тривалі проблеми зі здоров'ям, госпіталізація і навіть смерть [17]. Крім того, досі має місце дефіцит вакцин, який особливо виражений у менш розвинених економічно країнах і ще не скоро буде подоланий.

Незважаючи на досягнення сучасної медичної науки, можливості етіотропного лікування для більшості вірусних респіраторних інфекцій обмежені [11, 16]. ВООЗ для профілактики й лікування грипу рекомен-

дує застосування інгібіторів нейрамінідази, зокрема осельтамівіру й занамівіру [16].

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшої частини неускладнених ГРІ у дорослих і дітей. Більшість із цих станів, навіть за відсутності антибактеріального лікування, закінчуються одужанням, а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії малоімовірні. Нераціональне призначення антибіотиків призводить до медикаментозно-індукованих побічних ефектів і сприяє поширенню стійких до антибіотиків мікроорганізмів у суспільстві [11, 16].

Переважаюча кількість ГРІ перебігають із симптомами, медикаментозна корекція яких значно покращує якість життя пацієнта впродовж перебігу хвороби [11, 16]. Хоча гарячковий респіраторний синдром при ГРЗ у більшості хворих самообмежується, деякі групи мають підвищений ризик тяжкого перебігу хвороби або смерті. Ці групи включають літніх людей, дуже молодих людей, а також осіб із супутніми хворобами, наприклад із серцево-легеневими, пацієнтів із цукровим діабетом, осіб з ослабленим імунітетом і вагітних [11, 16].

Імовірність захворювання на респіраторну інфекцію, її перебіг і розвиток ускладнень обумовлюється станом як загального, так і місцевого імунітету слизових оболонок дихальних шляхів. Захист здійснюється за допомогою двох систем — неспецифічного (вродженого, природного) і специфічного (набутого) імунітету. Неспецифічний імунітет виступає як перша лінія захисту і як заключна його стадія, а система набутого імунітету виконує функції специфічного розпізнавання, запам'ятовування чужорідного агента й підключення потужних засобів вродженого імунітету на заключному етапі процесу [18].

Незважаючи на складну організацію і досконалість захисних механізмів, будь-яке

порушення їх функції може призвести до інфекційного захворювання. Запобігти «пломці» природного захисту організму допомагає комплекс заходів, що спрямовані на зміцнення природних захисних сил і підвищення активності імунної системи.

Серед основних напрямків профілактики простудних захворювань виділяють такі:

- загартовування, здоровий спосіб життя, проведення гігієнічних заходів;
- специфічна імунізація (вакцинопрофілактика);
- застосування імуномодуляторів;
- вітамінопрофілактика [18].

Поінформованість споживачів, пошук альтернативних, безпечних та економічно вигідних методів лікування й стурбованість розвитком резистентності до антибіотиків змусили дослідників шукати альтернативу існуючим терапевтичним режимам, в основному залежним від антибіотиків. Серед великої кількості запропонованих варіантів терапія пробіотиками видається найбільш життєздатною, з довгою історією і гарантованою безпекою [19].

ПробіЗ® Імуно (виробник Unique Biotech, Індія) — комплексний біотерапевтичний препарат, який уже добре зарекомендував себе в Україні, як основний компонент він містить штамп Unique IS-2 виду *B.coagulans* (BC Uni-IS-2), який на сьогодні є одним з найбільш перспективних пробіотичних засобів.

За даними метааналізу результатів 52 рандомізованих клінічних досліджень, найважливіші докази на користь пробіотиків отримані щодо профілактики або лікування 5 порушень: некротизуючого ентероколіту, гострої інфекційної діареї, гострих інфекцій дихальних шляхів, діареї, пов'язаної з антибіотиками, і дитячих кольок (Liu Y. et al., 2019). Основні механізми дії пробіотичних препаратів: пригнічення адгезії бактерій; посилення бар'єрної функції слизової обо-

лонки; модуляція вродженої та адаптивної імунної системи (включно з індукцією толерогенних дендритних клітин і регуляторних Т-клітин); секреція біоактивних метаболітів; регуляція роботи кишкової і центральної нервової систем [20].

У табл. 1 підсумовано дані стосовно механізмів імуотропної дії пробіотиків.

Відомо, що існує взаємний зв'язок між мікробіотою кишечника й печінкою (так звана вісь «кишечник — печінка») і центральною нервовою системою (через вісь «кишечник — мозок»). Більше того, останнім часом визнається вісь «кишечник — легені», оскільки кишкова мікробіота посилює активність альвеолярних макрофагів, відіграючи роль у захисті хазяїна при бактеріальних і вірусних інфекціях. Зростаючий обсяг досліджень підтверджує корисну роль пробіотиків не тільки при патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ), але й при захворюваннях респіраторної і нервової системи і в підтриманні психічного здоров'я шляхом модуляції осей «кишечник — легені» і «кишечник — мозок» відповідно [23, 24].

Збільшується доказова база того, що шлунково-кишковий мікробіом є важливим гравцем в імунній системі, а порушення симбіотичних стосунків між мікробіомом ШКТ і системою імунітету може негативно вплинути на розвиток і перебіг інфекційних захворювань [25, 26].

Численні рандомізовані клінічні дослідження як серед дітей, так і серед дорослих, а також їх метааналізи продемонстрували, що певні пробіотичні штами можуть зменшити частоту, тривалість і/або ступінь тяжкості ГРЗ і покращити імунну відповідь на вакцинацію проти збудників респіраторних інфекцій у різних популяціях [26–36].

На сьогодні особливо актуальним є пошук ефективного лікування інфекції, спричиненої пандемічним коронавірусом SARS-CoV-2. Оскільки дієві противірусні препарати відсутні до цього часу, доступність вакцин залишається обмеженою, пробіотики можуть бути цінною альтернативою для профілактики й полегшення перебігу коронавірусної інфекції. Недавні дослідження демонструють, що, хоча інфекція SARS-CoV-2 є захворюванням з початковими респіраторними проявами, має місце тісний взаємозв'язок між кишковим мікробіомом і тяжкістю клінічних проявів у пацієнтів з COVID-19 [37–40].

Застосування пробіотичних препаратів для запобігання респіраторним інфекціям і їх лікування сприяє суттєвому зменшенню економічного тягаря грипоподібних ГРЗ [35, 41, 42]. Результати аналізу I. Lenoir-

Таблиця 1. Механізми імуотропної дії пробіотиків (Калюжин О.В., адаптовано за Ng S.C., Hart A.L., Kamm M.A. et al., 2009) (21, 22)

Механізми	Характеристика
Імунологічні	— Збільшення загальної кількості лейкоцитів — Збільшення кількості гранулоцитів — Збільшення кількості моноцитів — Збільшення кількості лімфоцитів, в основному за рахунок Т-клітин (CD3+), у тому числі цитотоксичних Т-лімфоцитів CD8+ і Т-хелперів/регуляторів (CD4+)
Клінічні	— Зменшення кількості випадків застудних захворювань — Зменшення тривалості епізодів застудних захворювань — Зменшення кількості днів з лихоманкою — Зменшення тяжкості застудних захворювань з урахуванням частоти міалгії і головного болю, кон'юнктивіту й випадків втрати апетиту — Виражена тенденція до зниження частоти назальних, фарингеальних і бронхіальних симптомів — Виражена тенденція до запобігання грипу

Пробііз® ІМУНО

ПОТУЖНИЙ
ПРОБІОТИЧНО-ВІТАМІННИЙ
КОМПЛЕКС З ЕКСТРАКТАМИ ТРАВ
ДЛЯ ПІДТРИМКИ ІМУНІТЕТУ¹



Рекомендовано¹:

- В період сезонного росту застуд та вірусних інфекцій
- При стресах
- Як ефективний засіб для підтримки нормального метаболізму при частих загостреннях хронічних захворювань

10 табл. 14 років +

**Пробііз® ІМУНО –
імунітет в дії!**



¹ Н. А. Цубанова, Э. С. Чернявски. Клинико-фармакологический портрет инновационного комбинированного средства Пробііз® Імуно. Журнал «Місцево лікування» №9 (175), 2020 (додаток 13).
Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Таблетки шипучі. Дієтична добавка до звичайного раціону харчування. Склад: 1 таблетка шипуча масою 4,5 р [г] містить: спори *Bacillus coagulans* Uniqus IS-2 (2,00 x 10¹⁰ КУО); кислота лимонна, безводна; натрію бикарбонат 1,15 г (г), в перерахунку на натрій; калію бикарбонат 0,46 г (г), в перерахунку на калій; шпинат 126 мг (мг); вітамін С 40 мг (мг); алое вера 43 мг (мг); базилін 29 мг (мг); паростки пшениці 29 мг (мг); хлорела 39 мг (мг); лемонграс 19 мг (мг); м'ята 15 мг (мг); моринга 15 мг (мг); цинк 10 мг (мг); спіруліна 9 мг (мг); вітамін Е 7,5 мг (мг) / 11 ІУ (МО); вітамін В₆ 5 мг (мг); вітамін В₁₂ 2 мг (мг); вітамін А 600 мкг (мкг); вітамін D₃ 10 мкг (мкг) / 400 ІУ (МО); вітамін В₉ 1,0 мкг (мкг). Без ГМО. Не є лікарським засобом. Перед вживанням обов'язково ознайомитися з усією інформацією, що міститься в маркуванні цієї дієтичної добавки (на упакуванні, в листку-вкладці). Виробник: Юнік Біотек Лімітед. Імпортер: ТОВ «Органосін ЛТД». Імпортер здійснює функції щодо прийняття претензій від споживачів.

НАНОЧАСТИНКИ ДОПОМОЖУТЬ УНИКНУТИ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ІНСУЛЬТУ

Фотосинтезуючі наночастинки, розроблені китайськими вченими Хуачжунського університету науки і технологій, допоможуть врятувати жертв інсульту, підживити тканини їх мозку киснем. Це запобігатиме масовій загибелі нейронів і покращить роботу мозку згодом.

Частинки випускають кисень при опроміненні інфрачервоним світлом. А відомо, що без кисню нейрони можуть прожити всього 6–7 хвилин. Отже, у зонах, де було порушено кровообіг, спостерігається масова загибель клітин. Примітно, що багато клітин гинуть уже після відновлення циркуляції кисню.

Було показано, що цього можливо уникнути, якщо забезпечити клітини мозку киснем за допомогою наночастинок, наповнених колоніями ціанобактерій. Дані бактерії захоплюють вуглекислий газ із навколишнього середовища й перетворюють його на кисень. І для цього їм потрібно тільки світло сонця. Отже, якщо підсвітити бактерії, вони почнуть свою роботу, навіть перебуваючи в тканинах тіла.

Наночастинки використовувалися як капсула, що одночасно містить бактерії, перетворює інфрачервоне випромінювання в інший тип світла і не дає потенційно небезпечним продуктам життєдіяльності бактерій проникати всередину тіла. Систему перевірили на культурах нейронів і гризунах зі штучно викликаним інсультом.

Виявилося, що наночастинки прекрасно виконують свою роботу: кількість нейронів, які вижили, збільшувалася майже у 2 рази в культурі клітин, а обсяг і площа пошкоджених ділянок мозку в мишей скоротилися на 51 і 60 % відповідно. Наночастинки продовжували покращувати роботу мозку й після того, як кровопостачання було повністю відновлено. Мабуть, вони зменшували запалення й сприяли росту нових судин. ■

ФАХІВЦІ З ВИВЧЕННЯ МОЗКУ ДІЗНАЛИСЯ, ЩО СТОІТЬ ЗА УЯВОЮ

Згідно з новим дослідженням, два компоненти уяви — побудова й оцінка уявних сценаріїв — покладаються на окремі підмережі в мережі пасивного режиму роботи мозку (DMN), пише SciTechDaily.

Навіть коли людина нічого не робить, її мозок напружено працює. Мережа DMN активується в стані спокою мозку і пов'язана з мріями, плануванням і уявленням майбутнього. Раніше вчені помітили, що DMN можна розділити на дві підмережі, вентральну й дорсальну, але їх ролі вважались спірними.

У рамках останнього дослідження вчені використовували функціональну магнітно-резонансну томографію для вимірювання мозкової активності добровольців, коли ті уявляли певні сценарії за вказівкою (наприклад, «уявіть, що ви виграли в лотерею»). Уявні сценарії розрізнялися за яскравістю й значущістю: одні були позитивними, інші — негативними.

Виявилося, що тільки яскравість сценарію впливала на активність вентральної підмережі DMN. Навпаки, тільки значимість (позитивний або негативний сценарій) впливала на активність дорсальної підмережі. Отже, мережа DMN поділялася на окремі підсистеми для побудови й оцінки уявних сценаріїв. ■

НАЙБІЛЬШИЙ ПРОРИВ У БОРІТБІ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА: НОВІ ЛІКИ МОЖУТЬ БУТИ ЗАРЕЄСТРОВАНІ В ЦЬОМУ РОЦІ

Це перший у світі препарат, який довів свою ефективність проти хвороби Альцгеймера. Якщо регуляторні органи Великої Британії і США визнають його ефективним, це буде одним із найбільших досягнень з того часу, як у 1906 році була виявлена ця жорстока хвороба.

Ранні випробування адуканумабу показали, що він уповільнює розумове зниження в пацієнтів, які отримували дози на ранній стадії (22 % через 18 місяців). Він може отримати схвалення у Великій Британії до осені, а потім може бути запропонований у Національній службі охорони здоров'я вже до 2022 року. У США він може отримати зелене світло протягом декількох днів.

Але доктор Сюзан Колхас, директор з досліджень Alzheimer's Research UK, сказала: «Зараз є величезні надії на дослідження деменції. Це може стати дійсно важливим кроком у зміні всієї галузі досліджень».

Адуканумаб, розроблений американською фірмою Biogen, націлений на токсичний білок, який накопичується в мозку пацієнтів з хворобою Альцгеймера, що називається амیلіоїдом. Препарат вводили внутрішньовенно краплинно поетапно протягом чотирьох місяців.

Закликаючи до додаткових досліджень і фінансування для вирішення цієї проблеми, доктор Колхас попередила: «Сталася низка серйозних розчарувань».

Ліки, доступні в даний час хворим, можуть тільки тимчасово полегшити симптоми в деяких пацієнтів, і останні з них були розроблені ще 17 років тому. Існуючим лікам, таким як арісетеп, вдається тільки посилити зв'язок між рештою здорових нервових клітин мозку.

Ремініл, екселон і мемантин можуть допомогти стабілізувати втрату пам'яті.

«Але, на жаль, вони не працюють для всіх, і з часом їх ефекти стираються. Вони дійсно допомагають день у день, і це може бути дуже корисно для людей, які контролюють свої симптоми. Але ці препарати не уповільнюють втрату пам'яті з часом, яку ми спостерігаємо при деменції». ■

Цереброкурин®

Максимально повне відновлення

- Усуває мітохондріальну дисфункцію в нейрональних клітинах*.
- Сприяє відновленню мієлінових оболонок*.
- Стимулює енергетичний метаболізм та синтез білків в нейронах при гіпоксії мозку**.
- Зменшує інвалідизацію та смертність***.

* Знаменская Т.К. и др. Применение цереброкурина в комплексном лечении асфиксии у новорожденных. Медицина неотложных состояний. № 5. 2007.
** For Belenches, Sokolij Elena (11. 2011) Nitroene Stress and Neurological Disorders in Experimental Alcohol Intoxication and Their Pharmacological Correction by Neuropeptides. Invent Rapid. Molecular Pharmacology. Vol. 2011, Issue 4.
*** В.И. Черный и соавт. Перспективы нейротрофической церебропротекции в острой фазе тяжелой черепно-мозговой травмы и мозгового инсульта. Международный неврологический журнал. № 4. 2010.
Склад: 1 мл розчину містить 2 мг Цереброкуруна: активних нейроліпідів, спрямованих на усунування вольної ролі кудри. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. **Фармакокатегорія:** група. Показується, що це не є препаратом. Код АТХ N08B X. **Фармакологічні властивості.** Пептидний модулятор Цереброкуруна® впливає на вищу нервову діяльність шляхом активації енергопродуруючої та блокуючої функції нервових клітин, підвищення активності синаптичного апарату нейрона. Цереброкурун® сприяє збільшенню діаметра мітохондрій, збільшенню їх площі в одній об'ємній одиниці та відновленню мієлінових оболонок у нейронах мозку, мозочку зруйнованих внаслідок ударної травми нервової тканини. Препарат чинить нейротропний та вазоконстрикторний дію, виявляє регулюючий вплив на біоелектричну активність мозку. Цереброкурун® покращує адаптаційні реакції, що сприяє фізичній, емоційній та соціальній реактивності клітин і нервової системи в повсякденних ситуаціях. **Показання. Заборонено, як і характеризуються порушеннями функції центральної нервової системи, зокрема руйнуваннями форм нейронально-синапсальної дії, зокрема руйнуваннями гострого порушення мозкового кровообігу, після перенесеної нейрохірургічної реконструктивної операції на магістральних судинах голови, при хворобі Альцгеймера, синдромі Бенсона, при синдромі Крісті та Мартіна-Барта.** **У літературній практиці —** при зупинці посильного розвитку та мовлення, вродженій сліпоті та дислексії, наслідках інсульту з афазією, церебральному паралізі з послідовним затримкою (непалюючим ступнем), аліментарною (дисорганізаційною) синдромом — у підлітковому віці та при вузькогубій чи щелепній дисплазії, наслідках енцэфаліту або черепно-мозкової травми з розладами інтелектуальних функцій та стивих афазією, мовних паролічків. У монотельному періоді — при пожеві та тяжкій асфіксії, наслідках тяжкої кріонічної гіпоксії. **В офтальмологічній практиці —** сильна макулострофія (суха та волога форми), висока ускладнена короткозорість, стані після відновлення склянки, часткова атрофія зорового нерва, постравматична макулострофія, центральна серозна коріаріопатія, нейроретиніт, дисплатія зорового нерва, дисплатія зорового нерва, дисплатія зорового нерва, дисплатія зорового нерва, дисплатія зорового нерва. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату, вагітність, період годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** Внутрішньовенно. Дорослим по 2 мл щодня. Мінімальний курс лікування — 10 ін'єкцій. Хворі з тяжкими органічними ураженнями головного мозку, хворобою Альцгеймера курс може бути збільшений до 40 ін'єкцій, повторні курси рекомендують проводити 2-3 рази на рік. У літературній практиці застосовувати з першого дня життя до 6-місячного віку — по 0,5 мл через день, від курсу лікування — 3-5 мл щодня: віком від 6 місяців до 1 року — по 0,5 мл через день, на курс лікування 10 мл щодня; віком від 1-3 років — по 1-2 мл через день, курс — 10 мл щодня; віком від 3 років — 2 мл через день, 10-20 ін'єкцій. Дітям постаріше та дорослим від 3 років лікування препаратом слід проводити в умовах стаціонару. В офтальмологічній практиці Цереброкурун® вводять внутрішньовенно: по 2 мл щодня або перші 5-7 ін'єкцій внутрішньовенно, потім 1 мл внутрішньобульно, 1 мл внутрішньочеревно. Ін'єкції здійснювати щодня, без перерв. Мінімальний курс лікування — 10 ін'єкцій. **Категорія відпуску.** За рецептом.
Виробник: ТОВ «НІР», Україна, 02160, м. Київ, Харківське шосе, 50. Тел./факс: +38(044) 292-30-91; +38(098) 682-39-69.
Дана інформація призначена для фахівців у сфері охорони здоров'я. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.
www.cerebrocurin.com.ua

IGP pharm

Регістраційне посвідчення № 0147516/01/14 від 17.01.2018

ТЕПЛОВИЙ ІНСУЛЬТ ПРИ ТЯЖКИХ СПОРТИВНИХ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯХ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ЛОСКУТОВ О.А., БОНДАР М.В., ДРУЖИНА О.М., МАРУНЯК С.Р., КОЛЕСНИКОВ В.Г.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

ВСТУП

За даними Асоціації міжнародних марафонів та пробігів на довгі дистанції, щороку у світі проводяться понад 800 марафонів [1]. При цьому, за підрахунками, тільки у США у 2014 році марафон пробігли 550 600 бігунів [2]. Зі зростанням популярності бігу дана цифра постійно збільшується у всьому світі. У той же час надмірні фізичні навантаження, у тому числі марафонський біг, несуть і вагомі ризики для здоров'я. Смертність від марафону залишається на відносно сталому рівні, хоча показники варіюють від 0,6 до 1,9 на 100 000 бігунів [3, 4]. Основними причинами смерті при цьому є серцева патологія, тепловий удар та гіпонатріємія, причому ішемічна хвороба серця є основною причиною летальних випадків в осіб старше 45 років [4].

Незначну кількість випадків смерті на марафоні становлять теплові удари або поєднання причин, які частіше спостерігаються при несприятливих зовнішніх умовах (висока температура та вологість повітря) [4]. Ми спостерігали клінічний випадок пацієнта з поєднанням теплового удару, порушення водно-електролітного балансу та рабдоміолізу, що супроводжувався високими показниками прокальцитоніну в крові.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Молодий, тридцятирічний, практично здоровий чоловік брав участь у забігу на напівмарафонську дистанцію. Зі слів родичів відомо, що до цього він проходив інтенсивні тренування, до лікарів зі скаргами на стан здоров'я не звертався. Метеоумови під час проведення напівмарафону: сонячно, температура повітря становила +25 °С, вологість — 39–44 %. На половині дистанції спортсмен втратив свідомість, у нього розвинулись судоми.

Під час госпіталізації стан хворого тяжкий, свідомість порушена (11–12 балів за шкалою коми Глазго). Наявне психомоторне збудження, контакту не доступний, зіниці однакового розміру, фотореакція пригнічена, рухи в кінцівках та сухожилкові рефлекси збережені. Життєві показники: артеріальний тиск — 100/60 мм рт.ст., частота серцевих скорочень — 145/хв, частота дихання — 18/хв, SatO₂ — 88 %, аксіярна температура — 40 °С. На ЕКГ — синусовий ритм.

На фоні порушення свідомості, після в/в введення 300 мг натрію тіопенталу, була проведена інтубація трахеї, хворий переведений на штучну вентиляцію легень (ШВЛ), розпочата інфузійна терапія.

Для виключення церебральної патології хворому була проведена спіральна комп'ютерна томографія головного мозку, що не виявила патологічних змін щільності речовини мозку, зміщення серединних структур та кісткових ушкоджень черепа. Під нормальним тиском проведена люмбальна пункція, при якій отримано 2 мл прозорого чистого ліквору, вміст білка — 0,273 г/л, плейоцитоз — 0, еритроцити — 0.

На ЕКГ реєструвалась синусова тахікардія, частота серцевих скорочень — 140/хв, вертикальне положення електричної осі серця, ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (рис. 1). Рентгенографія органів грудної клітки патології не виявила.

При первинному огляді у відділенні температура пацієнта становила 38,0 °С,

а вже через дві години збільшилась до 40,0 °С, залишаючись такою упродовж 2 годин, незважаючи на відповідні антипіретичні заходи. Відтак вона поступово зменшилась до 36,6–37,0 °С і залишалася такою практично весь період лікування. Для підтримки SpO₂ на рівні 99 % виникла необхідність підвищення FiO₂ до 0,5 і пікового тиску до 20 см вод.ст., що могло опосередковано свідчити про прогресування ушкодження легень у вигляді респіраторного дистрес-синдрому.

За даними лабораторних методів дослідження: Hb — 13,9 г/л, гематокрит — 42,3 %, лейкоцити — 15,5 × 10⁹, паличково-ядерні нейтрофілії гранулоцити — 30 %, токсична зернистість нейтрофілів — 90 %, мієлоцити — 2 %, метамієлоцити — 3 %, еозинофіли — 0 %, лімфоцити — 9 %, сегментоядерні нейтрофілії гранулоцити — 54 %, тромбоцити — 6 тис. Од/мкл; креатинін — 596 мкмоль/л, сечовина — 18,3 ммоль/л; загальний білірубін — 16 мкмоль/л; тропонін Т — 0,74 нг/мл (норма — менше 0,03 нг/мл, позитивний — 0,1–2,0 нг/мл). Гази артеріальної крові: рН — 6,99, pCO₂ — 49,9 мм рт.ст., рO₂ — 71,2 мм рт.ст., cLac — 10,1 ммоль/л, cBase (Ecf) = -17,8 ммоль/л, cHCO₃ = 10,0; K⁺ — 7,1 ммоль/л, Na⁺ — 138 ммоль/л, Cl⁻ — 122 ммоль/л, Ca²⁺ — 1,13 ммоль/л; глюкоза крові — 7,8 ммоль/л. При цьому звертав на себе увагу рівень прокальцитоніну, що був підвищений у 320 разів і досягав 32,79 нг/мл (при нормі < 0,1 нг/мл).

Через 6 годин після госпіталізації стан хворого з негативною динамікою: незважаючи на проведену інфузійну терапію, розвинулась артеріальна гіпотензія — 90/60 мм рт.ст.

Протягом перебування у відділенні інтенсивної терапії пацієнт отримував лікування у вигляді інфузійної терапії збалансованими кристалоїдними розчинами в дозі близько 30 мл/кг, симпатоміметичну підтримку (норадреналін 0,1 мкг/кг/хв, добутамін 4 мкг/кг/хв), антибіотикотерапію (меропенем 3 г/добу), глюкокортикоїди (гідрокортизон 50 мг 4 рази/добу), гастропротективну терапію омепразолом, а також симптоматичну терапію.

Надалі стан пацієнта продовжував залишатися край тяжким. Рівень свідомості прогресивно знижувався і характеризувався як кома II ст. Проводилась ШВЛ у режимі помірної гіпервентиляції. Корекція артеріальної гіпотензії потребувала збільшення доз вазопресорів. Відмічалось зниження діурезу (олігурія): з моменту госпіталізації (за 7 годин) діурез становив

300 мл. Виник повторний епізод діареї. Відмічалось прогресування синдрому поліорганної недостатності: кома II ст., рефрактерний шок (інфузія норадреналіну досягла швидкості 1,1 мкг/кг/хв, допаміну — 14 мкг/кг/хв). Прогресувала дихальна, ниркова (анурія, гіперазотемія), печінкова недостатність із високими рівнями аланінамінотрансферази, констатовані ознаки розвитку синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) крові (стадія гіпокоагуляції).

На ранок наступної доби: хворий у комі II ст., гостра дихальна недостатність (пацієнт кисневозалежний, проводиться ШВЛ із FiO₂ 100 %), ДВЗ-синдром у стадії гіпокоагуляції, гостра серцево-судинна недостатність, гостра ниркова недостатність, гостра печінкова недостатність.

Під вечір другої доби сталася зупинка серцевої діяльності, заходи серцево-легеневої реанімації, що проводились протягом 40 хв, виявились неефективними. Констатована біологічна смерть.

Патологоанатомічно і патогістологічно були встановлені ознаки гострої коронарної недостатності, порушення реологічних властивостей крові з еритроагregaцією в просвітах судин тонкої кишки. Легені з еритростазом та сладжуванням еритроцитів у мікроциркуляторному руслі, відмішуванням формених елементів від плазми в судинах порталних трактив печінки; вогнищево-рихлі крововиливи в стромі міокарда та скелетного м'яза; фокуси рабдоміолізу скелетного м'яза. Зерниста дистрофія, фокуси некрозу епітелію звивистих каналців нирки (фокуси кортикального некрозу нирок). Катарально-десквамативний ентерит із вогнищами некрозу поверхневих прошарків слизової оболонки тонкої кишки. Периваскулярний набряк головного мозку.

Висновок патологоанатомічного експерта: констатовані зміни характерні для теплового інсульту (ТІ) навантаження з безпосередньою причиною смерті — гострою серцево-судинною недостатністю.

ОБГОВОРЕННЯ

У даному клінічному випадку встановлення діагнозу «тепловий інсульт» базувалося на основі критеріїв А. Bouchama [4] та критеріїв Japanese Association for Acute Medicine [5].

Загалом ТІ — це синдром гострої терморегуляторної недостатності в умовах підвищеної температури навколишнього середовища зі збільшенням центральної (ядерної) температури вище 40 °С, який

характеризується тяжкою дисфункцією центральної нервової системи (ЦНС) (наприклад, делірієм, атаксією, комою і судомами), тяжкою дегідратацією з гіпотензією й ураженням практично всіх органів і тканин, що включає рабдоміоліз, гостру ниркову недостатність, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, печінкову недостатність із жовтяницею і підвищенням рівня трансаміназ, ураження серця і легень, шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і типові порушення біохімічних і фізіологічних процесів.

У США упродовж жаркого літа від теплового інсульту помирає приблизно 4 тисячі осіб [5]. Смертність та інвалідизація пацієнтів, які перенесли ТІ, напряму залежать від висоти піка температури і тривалості існування критичної гіпертермії. Якщо критична гіпертермія триває більше двох годин, то летальність може досягати 70 % [6].

Відрізняють два різновиди теплового інсульту: один пов'язаний із надмірним фізичним навантаженням в умовах підвищеної температури навколишнього середовища, а другий (класичний тепловий інсульт) — тільки з підвищеною температурою навколишнього середовища (особливо вразливими є особи похилого віку) [6].

Більшість епізодів ТІ навантаження спостерігається в молодих осіб, які виконують фізичні навантаження на сонці, особливо військовослужбовців або спортсменів (наприклад, бігуни на довгі дистанції — марафонські бігуни).

Незважаючи на те, що в разі ТІ навантаження терморегуляція не порушена, теплове ураження органів і тканин відбувається за рахунок надмірної продукції ендогенної теплової енергії в умовах зменшення тепловіддачі через високу температуру навколишнього середовища і зменшення потовиділення через зневоднення організму.

В основі патогенезу теплового інсульту навантаження лежать два основні чинники: підвищення теплопродукції (фізичне навантаження) і порушення тепловіддачі (висока температура і вологість повітря).

Під час фізичного навантаження швидкість продукції ендогенної теплової енергії коливається від 300 до 900 ккал/год. Навіть за максимальної втрати тепла з випаровуванням поту для запобігання перегріву втрати тепла з організму повинні становити від 500 до 600 ккал/год.

У разі ТІ навантаження первинне пошкодження тканин зумовлюється прямим пошкодженням клітин організму в разі аксіяльної температури вище 42 °С. Температура 42 °С має назву «критичний термальний максимум». За такої температури порушується функція мітохондрій

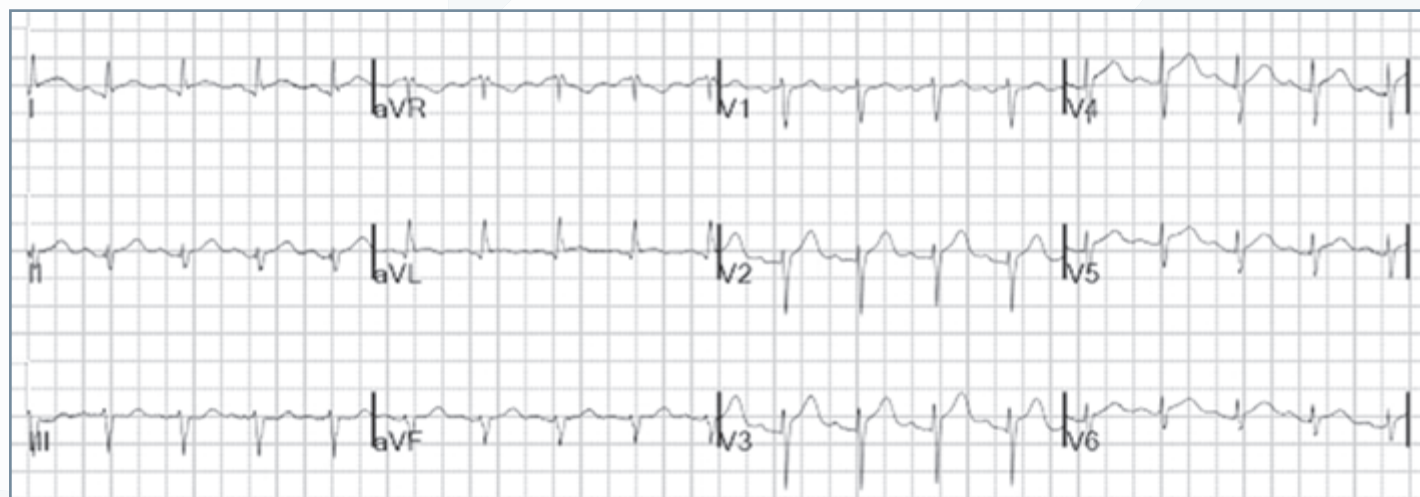


Рисунок 1. ЕКГ пацієнта при госпіталізації



Письма с заграничной больничной койки

Борис ПУХЛИК, профессор
Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

Продолжение. Начало в № 11(544), 2015

ПИСЬМО 51. О медработниках

Эту статью пишу в преддверии очередного Дня медицинского работника. Если говорить честно, то я удручен отношением руководства страны и многочисленных начальников к медикам в Украине. Это похоже на самоубийство. Выскажу свою точку зрения и упомяну о своей медицинской карьере.

После того как, по сути, запрограммирована была бедность врачей, с началом пандемии коронавируса в Украине стали звучать заявления о нехватке медиков. А я помню времена, когда обеспеченность врачами в Союзе была самой высокой в мире. Так что, перестали работать медвузы, все повымирились? «Если государство не обеспечит достойную зарплату медицинским работникам, то они массово начнут выезжать из страны за границу, где их ждут с нетерпением», — считал Максим Степанов, которого благополучно вытолкнули из Минздрава. По его мнению, справедливые зарплаты врачей — это 23 тыс. грн, среднего медперсонала — 17 тыс. грн, младшего медперсонала — 12 тыс. грн. Такой уровень оплаты труда медработников был заложен в планах Минздрава. Между тем, по разным данным, украинским медсестрам за рубежом на начальном этапе работы уже предлагают зарплату от 700 евро в месяц. Квалифицированные врачи в Европе могут зарабатывать от 1500 до 3500 евро. В Украине медицинские работники рассчитывают только на надбавки за ковидных больных, которые им не всегда вовремя выплачивают. Так, в марте 2021 г. медсестры и младший медицинский персонал Ивано-Франковской областной инфекционной больницы пришли с протестом под облгосадминистрацию. Они требовали выплатить им обещанную 300% надбавку к зарплате за работу с больными коронавирусом. Медсестры рассказывали о большой нагрузке из-за больных и о том, что за февраль заработали лишь чуть больше четырех тысяч гривен. «Мы уже писали обращение к областной госадминистрации, обращались и к правительству. За февраль мы получили кто как: кто 70 % надбавки, кто 60 %. Чтобы мы получили все обещанные 300 % — такого не было. Еще в июне — июле давали 150, 250 %», — объясняла медсестра из Ивано-Франковска Мария Процишин.

Если к медицинским работникам не прислушиваются, то часто они попросту увольняются и ищут работу за рубежом. Так, генеральный директор областной больницы в Днепре Сергей Рыженко пояснил, что еще до начала пандемии из больницы, которую он возглавляет, уволились и уехали работать за границу 50 врачей, сейчас же медучреждение

покинули 200 медсестер, которые нашли работу за рубежом. «Им со старта предлагали заработную плату 700 евро с проживанием и с питанием. К сожалению, фирмочка, которая поселилась через дорогу от больницы, более 200 медсестер увезла за границу для работы в лечебных учреждениях», — отметил Рыженко. Похожая ситуация и в Харькове. Заместитель Харьковского городского головы Светлана Горбунова-Рубан во время совещания с медиками сообщила, что у них за время пандемии уволились две тысячи медицинских работников. Как следствие — в городских больницах не хватает анестезиологов, кардиологов, терапевтов, медсестер и младшего медицинского персонала. По словам чиновницы, во время вспышки коронавируса в больницах Харькова может сложиться такая ситуация, когда они не смогут сформировать «ковидные» бригады.

Бывший вице-премьер-министр Павел Розенко в эфире одного из телеканалов отметил, что за последний год уволились и уехали из Украины почти 75 тысяч медицинских работников. Если в СССР показатель обеспеченности врачами был наиболее высоким в мире, то в 2018 году в Украине он составил 3,58 на 1000 населения, в Чехии — 4,11, Литве — 4,6, Эстонии — 3,5, Латвии — 3,3. При этом 23,6 % наших врачей — пенсионеры, тогда как в указанных странах не больше 20 %, а в Великобритании — только 2,12 %. И страны Европы жалуются на дефицит медработников, а мы к этому безразличны.

Для украинских медицинских специалистов во время пандемии в Польше упростили условия трудоустройства, в частности, это касается медсестер. В польское агентство по трудоустройству подали заявки около 2 тыс. врачей и 3 тыс. медицинских сестер из Украины. Для привлечения этих специалистов Польша пошла на беспрецедентные шаги. Сенат принял «ковидный акт», соответствующую поправку в закон по борьбе с COVID-19, которым отменил обязательное подтверждение дипломов украинских и белорусских врачей, отметили эксперты. Эта же поправка предусматривает двойное повышение зарплаты медикам, которые лечат больных коронавирусом. Вместе с надбавками она составляет 12–15 тыс. злотых, что составляет около 100 тыс. грн.

В Чехии еще с 2015 года привлекали украинцев к работе в сфере медицины. Там даже вдвое увеличили годовые квоты на количество трудоустроенных в больницах украинцев. Аналитический центр компании по международному трудоустройству Gremi Personal выяснил, что в случае упрощения условий медики из Украины могут поехать рабо-

тать в Польшу, но пока этот процесс затруднен. Поэтому чаще всего украинцы едут работать в сфере здравоохранения в Чехию и Словакию. К слову, в Словакии врач из Украины имеет возможность зарабатывать от 1500 до 3500 евро в месяц. Также эта страна предлагает поддержку во время обучения и в поиске жилья. Готова принять украинских медсестер и Латвия, где ощущается нехватка персонала. «На самом деле во всей Европе не хватает врачей и медсестер. Ведь для того, чтобы получить профессию врача, нужно потратить примерно 10 лет. И не все хотят столько учиться. А потому есть недостаток медицинского персонала в Европе. Например, в Польше, по некоторым оценкам, не хватает 63 тысячи медицинского персонала, в Германии, по прогнозам, к концу 2030 года не хватит одного миллиона медицинских сестер, которые бы работали в их системе здравоохранения. И чем больше страна, чем она богаче, тем больше заинтересована в том, чтобы привлекать уже готовых специалистов. Поэтому на самом деле в Европе есть спрос в том числе и на украинских медсестер и врачей», — пояснил Василий Воскобойник, президент Всеукраинской ассоциации компаний по международному трудоустройству. «Коронавирус только ускорил то, что наши медики увольняются и едут за границу. В последние годы на нашей медицине только экономии. Нет закона о врачебном самоуправлении. Медики находятся под постоянным давлением. Деятельности врача дают оценку все, кто захочет. Я сам работал за границей и 15 лет вел деятельность в Украине, тут и там — большая разница. Наши медики этими смешными зарплатами просто истощены. Даже сейчас, в условиях коронавируса, у нас происходит недофинансирование медицины. Конечно, хорошо, что дают доплаты тем, кто борется с COVID-19, но почему надлежащей оплаты не получают узкоспециализированные специалисты? Эти специалисты получают копейки. И конечно, им нет смысла так работать. Также есть вопросы к профессионализму руководителей больниц. Не хочу их обижать, но они — управленцы вчерашнего дня, а должны быть управленцами в условиях изменений. Их также нужно готовить, чтобы они умели заинтересовать своих работников оставаться в Украине», — говорит Игорь Найда. По словам медика, за рубежом заинтересованы в том, чтобы забирать украинских специалистов буквально со студенческой скамьи. «Поэтому наши медики будут просто выезжать за границу. Ситуация такая: сейчас молодые люди после окончания университетов убегают, а старшие врачи уже этого не могут сделать. А учитывая оплату, условия — наши медики являются просто рабами. Чтобы все изменить, государство должно понять,

что здоровье человека — прежде всего, и начать реформировать медицинскую отрасль, начиная сверху. Государство должно осознать, что сейчас в медицину нужно вкладывать деньги, потому что может наступить такое время, что нас попросту некому будет лечить», — объясняет Игорь Найда.

Могу лишь подтвердить, что в украинских медучреждениях главврач — бог и царь. В большинстве случаев он подворовывает, за счет больницы строит дома и дачи, пользуется больничной кухней и пр. Этому давно следует положить конец. Тем более что при внимательном рассмотрении главврачи — это бывшие слабые студенты, но большие общественники или в прошлом партийные активисты.

С начала 2020 года более 66 тысяч украинских врачей и медицинских работников выехали из Украины. Часть из них нашли работу в Польше. Об этом говорится в ежегодном отчете Центра Разумкова «Украина 2020–2021: неоправданные ожидания, неожиданные вызовы». «С начала 2020 года Украину покинули более 66 тыс. врачей и медицинских работников. Еще более 5000 врачей специализированного звена и почти 34 тыс. медработников, большинство из которых пенсионного и предпенсионного возраста, уволились», — говорится в отчете. При этом, по данным МЗ, по состоянию на 1 января в Украине не хватает 33 тысяч 707 врачей и более 35 тысяч среднего медперсонала.

В то же время в Украине продолжают массовые увольнения медицинских работников, связанные с ликвидацией медицинских учреждений в рамках «реформы Супрун». Почти треть уведомленных об увольнении сегодня — как раз медики. Известно, что в Украине в апреле — сентябре 2020 года среднемесячные расходы на оплату труда (до вычета налогов) в учреждениях, которые оказывают специализированную медицинскую помощь, составляли: руководителям учреждений — 23,5 тыс. грн; врачам — около 9000 грн; медперсоналу — 7500 грн; младшему медперсоналу — 6100 грн. Стоит добавить, что количество зарегистрированных безработных в сфере здравоохранения является одним из самых больших — 28,4 тыс. человек против 17 тыс. в 2019 году. В то же время количество зарегистрированных вакансий по состоянию на 1 ноября 2020 года составляло 27,7 тыс. против 43,4 тыс. в 2019 году.

Прием студентов в медвузы, несмотря на эмиграцию медработников, не увеличился, а уменьшился. За 5 последних лет количество вступающих в медвузы уменьшилось на 45 %, в том числе и за счет госзаказа. По данным Центра медстатистики МЗ Украины, в 2015 году на бюджете учились 4884 чел., по кон-

тракту — 2559. В 2020 году — 3175 и 934 соответственно. Врачей некоторых специальностей в Украине уже меньше, чем у соседней: психиатров, кардиологов, радиологов, онкологов, офтальмологов, анестезиологов. В Украине объективно меньшая обеспеченность штатными должностями врачей на 1000 населения (1,75), чем, например, в Эстонии (1,93), Литве (3,48).

После всех криков о восстановлении медико-профилактической специальности ничего в этом направлении не сделано. Можно лишь на последипломном этапе изменить специализацию. Но кто на такое пойдет, готовясь к давно выбранной специальности?

К непродуманному набору в медвузы постоянно присоединяется такая абсурдная вещь, как запрет сотрудникам кафедр заниматься клинической работой на своих базах. А ведь это, как правило, лучшие клиницисты. Это существует давно, и никто не хочет ничего менять.

Государственная служба статистики обнародовала данные о демографической ситуации в Украине за 2021 год с января по апрель. Показатель смертности населения превысил уровень прошлого года на 24,3 %, а в апреле — на 48,5 %. С начала текущего года в Украине умерли 242 671 человек, что на 47 384 смерти больше, чем за отчетный период 2020 года, когда цифра была 195 287 человек. В апреле 2021 года в Украине умерли 68 621 человек, а в этом же месяце годом ранее скончались 46 223 человека. С начала года в Украине родилось 89 025 человек, а в 2020 году — 92 339. Миграционный

прирост населения составил 7907 человек — в прошлом году было 6755. Конечно, напрямую это никак не связано с убылью медработников, а скорее с социальными причинами. Но все же.

Вот такая ситуация с медицинскими кадрами в Украине, хотя я еще глубоко не копнул. Судьба медицинского работника — счастье или нет? Знаю врачей и медсестер, которые бросили нашу специальность, уже получив диплом. Лично я никогда не сомневался в выборе. Начав в села, где в санатории ко мне приходили ум и совесть, в участковой больнице я постепенно становился врачом и дальше старался стать лучше. Судьбе было угодно выдернуть меня из села и поставить в облздравотдел, где я разобрался в сущности здравоохранения Украины, увидел практически все области, познакомился со многими людьми и в некотором роде прозрел. Далее была кафедра мединститута, ибо от карьеры начальника я отказался, хотя и соблазняли. В институте был фтизиатром, там меня окружали процентов на 50 алкоголики и наркоманы, но делал что мог. Не восхищался кафедрой, но шефом, профессором Б.А. Березовским, был доволен. Позже (он был недоволен) занялся аллергологией, что было гораздо интереснее, но значительно сложнее. Во-первых, не всегда удушье было астмой, а ринит — аллергическим. И нужно было думать, читать и советоваться. Во фтизиатрии я шел по накатанной другими дорожке, а здесь нужно было во многом торить ее самому. Потом удалось создать предприятие и большой спектр аллергенов, без чего невозможна аллергология. Уверен, что

каждая большая страна должна иметь собственные аллергены, ибо здесь важна специфичность, и ее не купишь. Еще позже удалось (а ведь у меня, кроме убеждения, в руках ничего не было) процентов 70 врачей и сестер перевести на прик-тест, создав собственные ланцеты, не имеющие аналогов в мире. Еще позже удалось расширить понимание и возможности специфической иммунотерапии, особенно пероральным методом. Для этого были созданы уникальные и по сей день сахарные драже с разными аллергенами, которые эффективнее водно-глицериновых капель, чем так гордятся зарубежные аллергологи. А еще позже мы объединились в ассоциацию, и я увидел, что являюсь далеко не лучшим врачом, хотя получал немало комплиментов. Были и гораздо лучшие аллергологи, пусть и без степеней, но с большим талантом и опытом. То есть опять нужно было учиться, и я старался, пока не почувствовал себя не хуже других. А мои способности организатора помогли нам всем стать лучше и профессиональнее. Ни один шаг нам не давался без борьбы, ибо было сопротивление или Минздрава, или местных властей, или фармфирм, или просто лень и косность многих аллергологов.

Лично я, как и все честные врачи, не разбогател, не зазнался и продолжал уважать тех, кто в белом халате, — и нянечек, и сестер, и врачей. Считаю, что наша врачебная нива лучшая, а специальность — прекрасная. Мне с этим в жизни повезло, пусть я и не стал богатым и знаменитым. Но разве измеришь в деньгах наше отношение друг к другу,

благодарные глаза больных, если ты помог? Ничего не поделаешь, украинское общество глупо и неблагодарно, если так относится к врачам. Богатые и начальники всех рангов уповают на то, что их спасут за рубежом. Возможно, в каких-то сферах медицины им повезет. Но не в аллергологии. Лучшие в этой специальности именно в Украине, я это точно знаю и многократно убеждался. Очень хочется, чтобы этот высочайший уровень квалификации не упал с уходом ветеранов, чтобы молодежь подхватила эстафету, чтобы мы оставались на недосягаемой для прочих высоте.

Я, конечно, не увижу, что станет с украинской медициной в дальнейшем, хотя Зеленский и подписал указ об увеличении зарплат медработникам. Но здесь он, как и во многом, опаздывает. Люди, которые уехали из Украины и уже обжились в зарубежье, вряд ли вернуться, да и доверия к властям нет. А что такое, если не к кому обратиться за медицинской помощью, я просто не представляю. Смотрю сейчас на медработников Израиля, ибо лечусь здесь уже больше 6 лет, и вижу, что это — далеко не самая обеспеченная отрасль в стране. Но они при квартирах, машинах, для них не проблема поехать за рубеж на отдых. Даже на конгрессы, куда мы попадали благодаря фармфирмам, они едут за счет средств, которые медучреждение постоянно им перечисляет на повышение квалификации. О таком мы могли только мечтать. Почему же белые халаты имеют такую разную цену в разных странах?

Продолжение следует ■



«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.

ПРОВОДИМО НАЙСУЧАСНІШУ
ПОЛІСОМНОГРАФІЮ

AKSIMED.UA • 044 390 00 55



ЛІКУВАННЯ
ХРАПУ





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

МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ
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

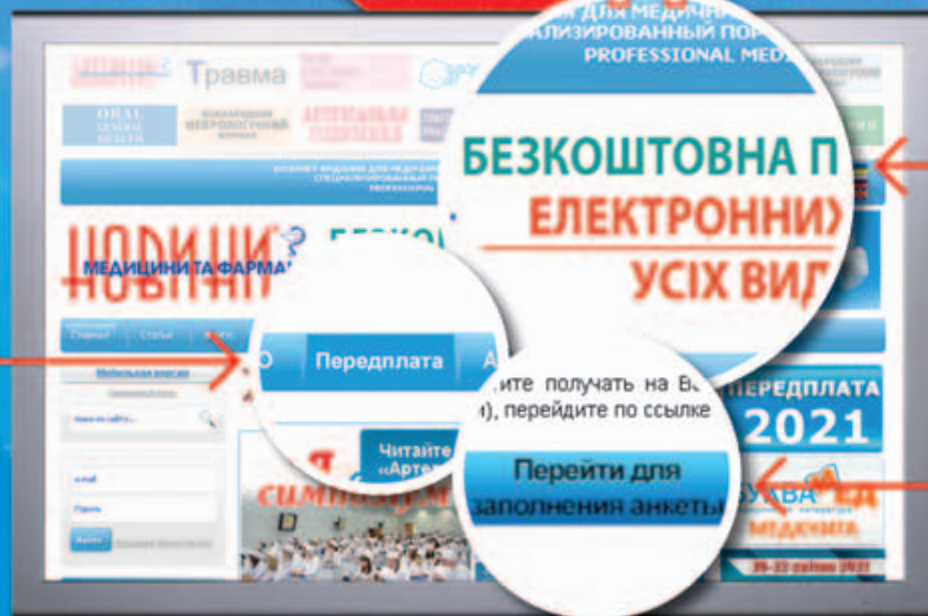
ШАНОВНИЙ ЧИТАЧУ!

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

ZASLAVSKY®
Publishing house



ПРОФЕСІЙНІ ВИДАННЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ

ВКЛЮЧЕНІ В НАУКОМЕТРИЧНІ І СПЕЦІАЛІЗОВАНІ БАЗИ ДАНИХ: НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», «Наукова періодика України», Ulrichweb 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
Р/р UA553209840000026005210142568 в АТ «ПРОКРЕДИТ БАНК», м. Київ
МФО 320984
Є платником єдиного податку 3-ї групи за ставкою 5 %
Адреса: 04107, м. Київ, а/с № 74

Одержувач _____
Адреса: _____
тел.: _____

Замовлення Без замовлення

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

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

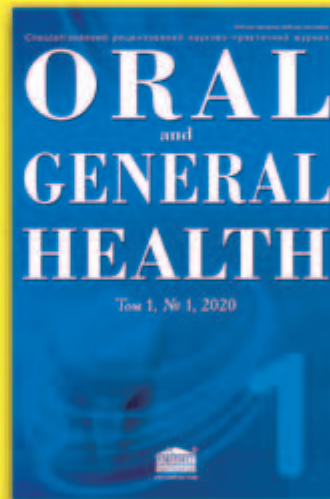
Виписав (ла):



[Signature]
Заславський О.Ю.

Із питань передплати й оформлення рахунків звертайтеся: тел./факс +38 (067) 325-10-26. E-mail: info@mif-ua.com

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



NEW

Кожному передплатнику друкованої версії газети на 2021 рік
ДАРУЄМО СЕРТИФІКАТ магазину «Буквamed» 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.

ЩОДИННІ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ НОВИТНІ В Україні

50 000 прим.

№ 8 (762) • 2021

Індексується: Google Scholar, Ulrichsweb Global Serials Directory

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

www.mif-ua.com

МАВРОДИЙ В.М.

СПРАВОЧНИК
ВРАЧА
СЕМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ

У ПРОДАЖУ!
www.bookvamed.com.ua



Арлеверт®

Подвійна дія проти запаморочення¹
Дименгідрилат + цинаризин



**ПЕРША ЛІНІЯ
лікування запаморочення⁴**



Швидка дія^{4, 5, *}

№1 у Німеччині²

Ефективніший
за бетагістин та
інші препарати⁴

Добре
переноситься^{3, 4}



По
1 табл.
3 рази на день¹

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



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

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

АНЕСТЕЗИОЛОГИ ГЛАЗАМИ АКУШШЕРА

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

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

Замовити книгу можна на сайті www.bookvamed.com.ua

Тел.: +38(067) 325 10 26

ЗМІСТ

КРУПНИМ ПЛАНОМ

Нестероїдні протизапальні препарати в ревматології: ефективність, ризики, безпека 3

UA НОВИНИ

Уряд ухвалив низку заходів протидії дельта-штаму коронавірусу 5

Нова система громадського здоров'я: з 1 липня в усіх регіонах країни з'являться центри контролю та профілактики хвороб 5

МОЗ порадило перевіряти наявність ліків у медзакладах за допомогою онлайн-інструментів «Медичні закупівлі України» 5

Оприлюднено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про реімбурсацію лікарських засобів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» 5

Вакцинація від COVID-19 під час вагітності 5

ЄВА обговорила законопроект «Про лікарські засоби» за круглим столом із представниками галузі 13

МОЗ опублікувало для обговорення новий проект КМУ «Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» 13

В «Доступних ліках» зареєстровано понад 10 тисяч аптек, які отримують виплати без затримок 13

RepTime Group доведе, що онколітичні віруси здатні перемогти метастази в печінці 17

Сенсація в лікуванні гліобластоми: Daiichi Sankyo зареєструвала онколітичний вірус у Японії 17

Уряд змінює модель безперервного професійного розвитку 20

Ізраїль першим у світі запровадив третє щеплення від COVID для пацієнтів з ослабленим імунітетом 20

АКТУАЛЬНА ТЕМА

Реабілітація хворих з мозковим інсультом і коронавірусною хворобою (COVID-19) 6

МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ

Властивості та застосування комбінованого інфузійного розчину Рінгера та пентоксифіліну у терапевтичній практиці 10

ДАЙДЖЕСТ

Дієтологія 14

КРАСА ТА ЗДОРОВ'Я

Мікробіота шкіри — підтримання здорового екобалансу 15

НОВИНИ МОЗ

У кожній області України з'являться лікарні нового формату, що відповідатимуть рівню провідних європейських клінік 16

«Медзакупівлі України» подали стратегію розвитку на 2021–2023 рр. 16

Фінансування закупівлі інноваційних ліків за договорами керованого доступу відбудеться, щойно будуть виконані необхідні умови їх укладення 16

МЕДИЧНІ ФОРУМИ

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

НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ В РЕВМАТОЛОГІЇ: ЕФЕКТИВНІСТЬ, РИЗИКИ, БЕЗПЕКА

На сьогодні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) залишаються одними з найбільш важливих лікарських засобів для лікування більшості ревматичних захворювань. Основними показаннями для їх призначення є запальні процеси, гострий і хронічний біль, лихоманка, профілактика тромбозів. Ця група препаратів є унікальною, тому що вона поєднує протизапальні, анагетичні, жарознижуючі й антитромботичні властивості, що дозволяє впливати на характерні симптоми. Жодна інша відома група лікарських засобів не має такого поєднання позитивних впливів. Через це НПЗП широко використовуються як у ревматології, так і в кардіології, неврології, онкології тощо.

Однак призначення НПЗП має і негативний вплив на організм людини, викликаючи частий розвиток побічних реакцій, у першу чергу з боку шлунково-кишкового тракту, навіть до таких загрозливих станів, як шлунково-кишкові кровотечі, перфорації і виразкові утворення, а також серцево-судинні ускладнення, такі як підвищення артеріального тиску (АТ), інфаркти та інші. Тому сьогодні актуальним залишається питання вибору найбільш безпечного й ефективного НПЗП.

26–27 травня в Києві відбулася перша щорічна онлайн-конференція «Травневі ревмодні», у рамках якої розглядалися актуальні питання діагностики й лікування ревматичних захворювань, у тому числі використання НПЗП.

З доповіддю «НПЗП у ревматології: ефективність, ризики, безпека» виступила доктор медичних наук, професор, керівник навчального центру Інституту ревматології **Єлизавета Давидівна Єгудіна**.

Нестероїдні протизапальні препарати мають добре відомий механізм дії, відзначаються доведеною ефективністю, зручністю застосування й доступністю. При деяких хронічних ревматичних захворюваннях НПЗП відіграють роль важливого патогенетичного засобу, впливаючи на зупинку прогресування хвороби.

Усі НПЗП поділяються на неселективні, селективні й високоселективні. Селективність НПЗП щодо ізоформ циклооксигенази (ЦОГ) прийнято оцінювати за відношенням ступеня інгібування ЦОГ-1 до ЦОГ-2 (коефіцієнт селективності). Селективними інгібіторами ЦОГ-2 вважаються ті НПЗП, у яких даний коефіцієнт понад 5, високоселективними інгібіторами — у яких даний коефіцієнт понад 50. Традиційні (неселективні) інгібітори ЦОГ-1 і ЦОГ-2 — це диклофенак, індометазин, ібупрофен, кеторолак, кетопрофен, напроксен. Селективні інгібітори ЦОГ-2, які меншою мірою впливають на ЦОГ-1, — лорноксикам, мелоксикам, набуметон, німесулід. Високоселективні інгібітори ЦОГ-2 практично не діють на ЦОГ-1 (парекоксиб, рофекоксиб, целекоксиб, еторикоксиб).

НПЗП призначаються при широкому спектрі захворювань: хворобах кістково-м'язової системи: остеоартриті, неспецифічному болю в спині, ревматоїдному артриті, спондилоартриті, подагрі та інших кристал-індукованих артропатіях, локальним запаленні м'язів тканин ревматичного характеру (тендиніт, тендовагініт, бурсит, ентезит). Вони показані при травмах та інших станах, що супроводжуються болем, викликаним пошкодженням або гострим запаленням, зокрема при стоматологічних захворюваннях. НПЗП необхідні для боротьби з післяопераційним болем, головним болем напруги й мігренню. НПЗП застосовуються при нирковій і біліарній кольці, онкологічних захворюваннях (як компонент паліативної знеболювальної терапії), гінекологічних захворюваннях, дисменореї.

Тривалість прийому НПЗП може бути короткостроковою і хронічною. Також можливе постійне лікування й на вимогу. Зазвичай розглядається передбачувана



тривалість лікування протягом 4 тижнів або більше, як хронічна терапія НПЗП, незалежно від регулярного або дозованого графіка прийому. При цьому кумулятивна частота побічних ефектів залежить від тривалості застосування НПЗП. При короткостроковому застосуванні, наприклад для купірування гострого подагричного нападу, гострого неспецифічного болю в спині, загострення остеоартриту, показане призначення препаратів, що відзначаються найбільшою протизапальною і знеболюючою активністю.

У метааналізі (Da Costa B.R. et al., 2017), який включав 76 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) і 58 451 пацієнта, вивчали залежність між дозою диклофенаку, напроксену й еторикоксибу і величиною знеболюючого ефекту при остеоартриті. Диклофенак призначався в дозі 75, 100 і 150 мг, напроксен — 750 і 1000 мг, еторикоксиб — 30, 60 і 90 мг. Було встановлено, що використання більш високих доз диклофенаку, напроксену й еторикоксибу асоціювалося з підвищенням рівня знеболювання. Кращий знеболюючий ефект давали диклофенак у дозі 150 мг і еторикоксиб у дозі 90 мг, їх ефективність була порівнянною — 0,57 і 0,62 відповідно, тоді як ефективність напроксену в максимальному дозуванні 1000 мг становила всього 0,4.

Диклофенак (Диклоберл) максимально ефективно пригнічує синтез прозапальних простагландинів E2 (PGE2). Його застосування дозволяє знизити рівень PGE2 на 93 %, що значно (майже на 20 %) ефективніше за аналогічні показники як ЦОГ-2-селективних препаратів — рофекоксибу, мелоксикаму, так і неселективних — ібупрофену й напроксену. Крім того, диклофенак був ефективнішим за мелоксикам клінічно.

Згідно з результатами дослідження MELISSA, у якому взяли участь понад 9 тис. осіб з остеоартритом, пацієнти, які застосовували мелоксикам, на 38 % частіше відмовлялися від лікування через його неефективність (80 з 4635; p < 0,01) порів-

няно з когортою, яка одержувала диклофенак (48 з 4688).

Застосування Німесилу при гострому больовому синдромі пояснюється його властивістю забезпечувати максимальний швидкий початок дії. Уже через 30 хвилин після перорального прийому досягається значна концентрація препарату в крові, яка становить не менше ніж 25 % від максимальної, а знеболюючу й протизапальну дію Німесил повністю реалізує через 1–3 год після прийому.

Раніше при захворюваннях кістково-м'язової системи експерти рекомендували використовувати НПЗП короткими курсами, достатніми для купірування гострого болю або пригнічення епізодів посилення хронічного болю. Однак є дані, що тривале безперервне застосування НПЗП може забезпечити кращий контроль симптомів хвороби, ніж їх використання в режимі «на вимогу». Про це свідчать, зокрема, дані РКД (Strand V. et al., 2011), у якому 853 хворі на ОА протягом 6 міс. отримували НПЗП на вимогу (тільки при загостренні) або постійно (незалежно від наявності болю). Якщо на тлі прийому НПЗП на вимогу загострення виникали практично щомісяця (0,93 епізоду на місяць), то в тих, хто приймав НПЗП постійно, — майже вдвічі рідше (0,54; p < 0,001).

У європейських і американських рекомендаціях з лікування пацієнтів з остеоартритом рекомендація щодо прийому пероральних і локальних НПЗП належить до категорії сильних з огляду на їх високу ефективність для зменшення болю і поліпшення функції.

В алгоритмі лікування ОА колінного суглоба, розробленому міжнародною групою експертів ESCO, при недостатній ефективності немедикаментозних методів, парацетамолу й повільнодіючих засобів (хондропротекторів) рекомендується використовувати пероральні НПЗП «переривчасто або постійно (тривалими циклами)».

При гострому подагричному артриті НПЗП використовують у максимальних



УРЯД УХВАЛИВ НИЗКУ ЗАХОДІВ ПРОТИДІЇ ДЕЛЬТА-ШТАМУ КОРОНАВІРУСУ

Кабінет Міністрів України вніс зміни до карантинних норм для протидії поширенню дельта-штаму коронавірусу. Про це повідомив заступник міністра — головний державний санітарний лікар Ігор Кузін.

«Перш за все ми будемо проводити контроль стану здоров'я прибулих із країн, де цей штам коронавірусу вже поширений. Для цього будуть розгорнуті пункти тестування на визначення антигену коронавірусу SARS-CoV-2 в пунктах пропуску через державний кордон», — прокоментував він рішення уряду.

Для перетину державного кордону іноземцям (крім тих, які мають посвідку на постійне проживання в Україні) та особам без громадянства старше за 12 років, які прибули з Республіки Індія, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Російської Федерації, Португальської Республіки або перебували на їх території не менше семи днів протягом останніх 14 діб, потрібно пройти безпосередньо в пунктах пропуску (пунктах контролю) експрес-тестування на визначення антигену коронавірусу SARS-CoV-2. За наявності негативного результату їм дозволять потрапити в Україну.

У разі відсутності такого результату або відмови від тестування прикордонник відмовляє такій особі у перетині державного кордону в порядку, ви-

значеному статтею 14 Закону України «Про прикордонний контроль».

Громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України (крім осіб, молодших за 12 років) чи прибули в Україну з Республіки Індія, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Російської Федерації, Португальської Республіки або перебували на їх території не менше семи днів протягом останніх 14 діб, також отримують експрес-тестування на визначення антигену коронавірусу SARS-CoV-2 безпосередньо в пунктах пропуску (пунктах контролю). У разі позитивного результату вони підлягають обов'язковій самоізоляції або обсервації.

Працівники Національної поліції забезпечують супровід осіб, які підлягають обсервації, від зони прикордонного контролю до санітарної зони для їх подальшого транспортування до місць обсервації або до закладів охорони здоров'я для їх госпіталізації.

Санітарні зони облаштовуються поза межами території пунктів пропуску (пунктів контролю) через державний кордон.

Список країн буде переглядатися та оновлюватися залежно від епідемічної ситуації.

Нові норми будуть діяти з 2 липня 2021 р. ■

НОВА СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: З 1 ЛИПНЯ В УСІХ РЕГІОНАХ КРАЇНИ З'ЯВЛЯТЬСЯ ЦЕНТРИ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ

В Україні стартує трансформація системи громадського здоров'я. З 1 липня 2021 року згідно з постановою КМУ від 17.02.2021 № 1121 в усіх областях України та м. Києві запрацюють центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ). Нова система громадського здоров'я насамперед спрямована на розбудову потужної вертикалі епідемічного контролю в регіонах.

«Пандемія COVID-19 стала викликом для систем епідемічного контролю та громадського здоров'я в усьому світі. В Україні вона також виявила прогалини у швидкій координації й оперативному реагуванні. До того ж медична система не мала значних оновлень за 30 років незалежності та виявилась не повною мірою підготовленою до ефективного реагування на SARS-CoV-2», — зазначив заступник міністра Ігор Кузін, головний державний санітарний лікар.

За його словами, досвід пандемії чітко сформулював потребу в перегляді функцій, відповідальності та взаємодії у сфері контролю за хворобами та біобезпеки.

«Найперше, що ми впроваджуємо, — це перехід від децентралізованої системи до чітко керованої вертикальної структури. Всі 25 регіональних центрів підпорядковуватимуться МОЗ по вертикалі головного державного санітарного лікаря. Організаційно-методичне керівництво буде забезпечуватися Центром громадського здоров'я МОЗ України. Це має забезпе-

чити швидке реагування на нові виклики пандемії, а також злагоджену роботу щодо інших викликів у сфері громадського здоров'я», — роз'яснив Ігор Кузін.

ЦКПХ створюються завдяки об'єднанню наявних регіональних потужностей — лабораторних центрів, обласних центрів громадського здоров'я, підрозділів зі статистики та відділів моніторингу та оцінки. Ці центри будуть повністю відповідальними за контроль над хворобами в регіоні — від рутинного моніторингу показників до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалхів і реагування на них.

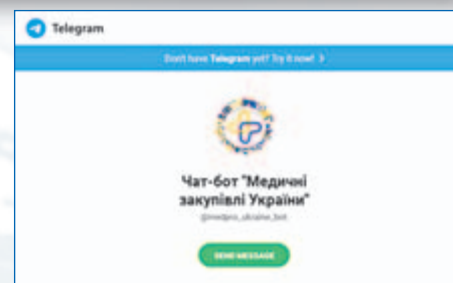
Головні функції ЦКПХ полягатимуть у забезпеченні епідеміологічного нагляду, санітарного та епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних хвороб, запобігання та профілактики неінфекційних захворювань, підтримці біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, просвітницької роботи щодо здорового способу життя та запобігання факторам ризику, боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я тощо.

Побудова мережі ЦКПХ є невід'ємною складовою нової системи епідемічного контролю, що передбачена законопроектом № 4142 «Про систему громадського здоров'я». ■

МОЗ ПОРАДИЛО ПЕРЕВІРЯТИ НАЯВНІСТЬ ЛІКІВ У МЕДЗАКЛАДАХ ЗА ДОПОМОГОЮ ОНЛАЙН-ІНСТРУМЕНТІВ «МЕДИЧНІ ЗАКУПІВЛІ УКРАЇНИ»

Часом пацієнти не знають, чи обгрунтовано відмовляють їм у праві на лікування безплатними препаратами, які держава закуповує централізовано. Міністерство охорони здоров'я нагадує українцям про можливість перевірити таку інформацію онлайн — за допомогою чат-бота, створеного державним підприємством «Медичні закупівлі України» (ДП МЗУ). Через чат-бот можна відстежити ліки за напрямками, за якими підприємство здійснювало закупівлі у 2020–2021 роках.

Зокрема, за допомогою чат-бота ДП МЗУ можна дізнатися про запас препаратів у певних лікарнях, на якому ета-



пі перебуває закупівля потрібних ліків, коли їх доставлять в Україну та розвезуть по регіонах тощо.

Крім того, централізовані закупівлі за бюджетними програмами у 2021 році можна перевірити на сайті ДП МЗУ. ■

ОПРИЛЮДНЕНО ПРОЄКТ ПОСТАНОВИ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ «ПРО РЕІМБУРСАЦІЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ПРОГРАМОЮ ДЕРЖАВНИХ ГАРАНТІЙ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ»

МОЗ опублікувало відповідний документ на своєму сайті для громадського обговорення. Терміном до 1 жовтня 2021 р. МОЗ належить розробити і затвердити нормативно-правові акти, необхідні для виконання цієї постанови, і узгодити з нею свої нормативно-правові акти.

Метою нового проєкту заявлено вдосконалення правової основи забезпечення населення України якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами за рахунок держбюджету в рамках програми медичних гарантій. Очікується, що нововведення дозволить забезпечити більш ефективне використання бюджету і дозволить скоротити кількість нормативно-правових актів, що регулюють процедури реімбурсації.

Зокрема, нова постанова пропонує:

- ➔ затвердити порядок реімбурсації лікарських засобів;
- ➔ затвердити порядок розрахунку граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби;

- ➔ встановити перехідні норми для забезпечення прав та інтересів пацієнтів і суб'єктів господарювання, що здійснюють господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами;
- ➔ внести зміни в певні нормативно-правові акти, пов'язані з реімбурсацією лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Згідно з положеннями нового документу, багато попередніх постанов КМУ повністю або частково скасовуються. ■

ВАКЦИНАЦІЯ ВІД COVID-19 ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Чи можна вагітним вакцинуватися проти COVID-19? Вони можуть тяжче переносити захворювання. Водночас вагітні не брали участь в клінічних дослідженнях вакцин від COVID-19. Однак наявні антиковідні вакцини не містять живих мікроорганізмів та в дослідженні на тваринах не було виявлено негативного впливу на перебіг вагітності. Вивчення їх безпечності для вагітних триває.

Тому національна експертна група з питань імунопрофілактики рекомендує: якщо вагітна має високий ризик захворювання на COVID-19, наприклад якщо жінка працює в ковідній лікарні та/або має супутні захворювання, вона може обговорити можливість вакцинації з лікарем.

Якщо, на думку лікаря, користь від вакцинації перевищує потенційні ризики від неї, жінку рекомендовано щепити мРНК-вакциною (в Україні поки використовується тільки одна така вакцина — Comirnaty від Pfizer-BioNTech).

Якщо вагітна отримала першу дозу вакцини проти COVID-19 на векторній платформі (в Україні з таких вакцин поки зареєстрована лише AstraZeneca (Covishield, SKBio)) до настання або під час вагітності, лікар має розповісти їй про співвідношення ризиків і користі від другого щеплення. На підставі цього жінка сама вирішуватиме, отримати другу дозу цієї ж вакцини під час вагітності чи вже після пологів.

Робити рутинний тест на вагітність перед щепленням не треба. Жінки, які вигодовують дітей грудним молоком, можуть щепитися вакцинами Comirnaty/Pfizer-BioNTech та AstraZeneca (Covishield, SKBio) без застережень.

Інструкцією вакцини CoronaVac від Sinovac Biotech, яку теж використовують в Україні, забороняється щеплення нею вагітних і жінок, які вигодовують дітей грудним молоком. ■

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ І КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ (COVID-19)

Резолюція Ради експертів — членів Всесвітньої федерації нейрореабілітації (WFNR), Міжнародного товариства фізичної та реабілітаційної медицини (ISPRM), Європейської академії неврології (EAN), Європейської організації інсульту (ESO), Всесвітньої організації інсульту (WSO), Українського товариства неврологів, психіатрів і наркологів, Асоціації анестезіологів України, Українського товариства інсультної медицини (УТІМ), Всеукраїнського товариства нейрореабілітації, Українського товариства фізичної та реабілітаційної медицини

Учасники ради експертів

Т.С. МІЩЕНКО, д.м.н., професор, заслужений діяч науки та техніки України, завідувачка кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, головний науковий співробітник ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

С.О. ДУБРОВ, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, президент Асоціації анестезіологів України, член групи експертів МОЗ України за напрямом «Анестезіологія. Дитяча анестезіологія», секретар Медичної ради при МОЗ України

Л.А. ДЗЯК, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки та техніки України, завідувачка кафедри нервових хвороб і нейрохірургії Дніпровського державного медичного університету

О.А. ЛОСКУТОВ, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

В.А. ГОЛИК, к.м.н., старший науковий співробітник, лікар-невролог, лікар фізичної і реабілітаційної медицини, доцент кафедри фізичної і реабілітаційної медицини і спортивної медицини Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, консультант відділення фізичної і реабілітаційної медицини КНП «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради, член WFNR, ISPRM, член правління ГО «Українське товариство фізичної та реабілітаційної медицини», голова правління ГО «Всеукраїнське товариство нейрореабілітації», член групи експертів «Паліативна та хоспісна допомога. Медична реабілітація» МОЗ України

С.П. МОСКОВКО, д.м.н., професор, завідувач кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, президент ГО «Українське товариство інсультної медицини»

В.М. МІЩЕНКО, д.м.н., старший науковий співробітник, завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Д.В. ЛЕБЕДИНЕЦЬ, к.м.н., лікар-невропатолог, керівник Інсультного центру клінічної лікарні «Феофанія» ДУС, член ESO, WSO, член правління ГО «Українське товариство інсультної медицини»

В.О. ХОЛІН, к.м.н., доцент, вчений секретар, завідувач відділу клінічних досліджень ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»

О.Д. КАЛІНкіНА, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету фізичного виховання і спорту України, ерготерапевт центру фізичної реабілітації «Фенікс», перший заступник голови правління ГО «Українське товариство ерготерапевтів»

К.А. ЗІНОВ'ЄВА, лікар фізичної і реабілітаційної медицини, фізичний терапевт обласного клінічного центру нейрохірургії і неврології Закарпатської обласної ради, асистент кафедри фундаментальних медичних дисциплін медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету, член правління ГО «Українське товариство фізичної та реабілітаційної медицини»

ПЕРЕДУМОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РАДИ ЕКСПЕРТІВ

Пандемія COVID-19 зумовила перегляд організації надання допомоги хворим, які перенесли мозковий інсульт, як у гострому періоді, так і протягом усіх реабілітаційних періодів, після чого зменшилася кількість госпіталізацій хворих з гострим інсультом.

Досвід фактичного провадження медичної та реабілітаційної допомоги при гострому мозковому інсульті в Україні протягом 2020-го й початку 2021 року продемонстрував системні проблеми.

Надання гострої медичної допомоги при мозковому інсульті:

- 1) зниження кількості своєчасних звернень пацієнтів, які ще не хворіли на гостру коронавірусну інфекцію, по медичну допомогу з огляду на страх інфікування;
- 2) перевантаження служби екстреної медичної допомоги пацієнтами з гострою коронавірусною хворобою (особливо протягом хвиль пандемії);
- 3) перевантаження приймально-діагностичних відділень закладів охорони здоров'я пацієнтами з гострою коронавірусною хворобою (особливо протягом хвиль пандемії), що спричиняє зменшення швидкості прийняття рішень усередині терапевтичного вікна;
- 4) перевантаження томографічного обладнання, необхідного для проведення

нейровізуалізації при інсульті; у пріоритеті — обслуговування пацієнтів з гострою коронавірусною хворобою (особливо протягом хвиль пандемії);

5) перепрофілювання стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я, які мають надавати медичну допомогу при гострому мозковому інсульті, під допомогу при коронавірусній інфекції.

Значні організаційні проблеми виникли і в наданні реабілітаційної допомоги хворим після мозкового інсульту, що було обумовлено такими причинами:

- 1) відбулося перепрофілювання стаціонарних відділень реабілітації, які потенційно мали надавати реабілітаційну допомогу після інсульту, під допомогу при коронавірусній інфекції;
- 2) протягом хвиль пандемії були періоди офіційної заборони планових госпіталізацій;
- 3) недоступність фахівців з реабілітації з вищою немедичною освітою (фізичних терапевтів, ерготерапевтів тощо) для надання реабілітаційної допомоги в гострому реабілітаційному періоді в разі поєднання інсульту з коронавірусною інфекцією з огляду на доступність засобів індивідуального захисту та відсутність надбавок за надання допомоги при коронавірусній інфекції;
- 4) недостатня потужність кадрового складу наявних реабілітаційних відділень

(брак фізичних терапевтів і ерготерапевтів) для надання ефективної реабілітаційної допомоги високого обсягу;

5) недосконалість наявних принципів фінансування реабілітаційної допомоги, які використовуються в рамках пакетів медичних гарантій, побудованих на біомедичній моделі.

Протягом останніх років в Україні відбувається медична реформа із запровадженням пакетів медичних гарантій, до якої з квітня 2020 року долучилися заклади охорони здоров'я вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги [1]. Медична допомога пацієнтам з гострим мозковим інсультом реалізується через пріоритетний пакет «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», реабілітаційна допомога — через пакет «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» [2]. Фактичне надання реабілітаційної допомоги впродовж гострого реабілітаційного періоду інтегровано до пріоритетного пакета медичної допомоги; реабілітаційний пакет потенційно покриває реабілітаційну допомогу впродовж післягострого й довготривалого реабілітаційних періодів.

Відповідно до статті 141 Основ законодавства України про охорону здоров'я (зі змінами) надання медичної допомоги реалізується через стандарти медичної допомоги, реабілітаційної допо-

моги — через протоколи надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я [3]. З огляду на наявну чинну нормативну базу, що міститься в Реєстрі медико-технологічних документів ДП «Державний експертний центр МОЗ України» (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>), затверджено уніфіковані клінічні протоколи при ішемічному (2012) і геморагічному (2014) інсульті, що станом на сьогодні потребують перегляду. Нещодавно розроблено та затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України № 771 від 20.04.2021 [4] «Протокол надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам». Отже, чинних нормативних документів, які належать до категорії галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я щодо надання реабілітаційної допомоги при гострому мозковому інсульті (у тому числі при коронавірусній хворобі), зараз не існує.

З огляду на набрання чинності Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [5] в МОЗ України відбувається напрацювання і громадське обговорення пакетів нормативно-правових актів, що забезпечать введення його в дію і уможливлення організації надання реабілітаційної допомоги, ґрунтуючись на сучасних принципах і біопсихосоціальної моделі обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності [6].

Слід відзначити, що міжнародними професійними реабілітаційними спільнотами було створено платформу Cochrane Rehabilitation (<https://rehabilitation.cochrane.org/>), яка з початком пандемії COVID-19 запровадила проєкт Cochrane Rehabilitation REH-COVER (Rehabilitation — COVID-19 Evidence-based Response) [7], що через швидкі «живі» систематичні огляди (rapid living systematic reviews) щомісяця збирає нові наукові докази, які стосуються реабілітаційної допомоги при коронавірусній інфекції COVID-19 і коморбідних з нею станах здоров'я. Географічний розподіл наукових публікацій відповідає наявним світовим тенденціям поширеності коронавірусної інфекції: 51 публікація — із США, 48 — з Італії, 19 — з Великобританії і 17 — з Китаю. Секцією і Радою з фізичної та реабілітаційної медицини Європейського союзу медичних спеціалістів (Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists) 21 квітня 2021 року було видано заяву щодо реабілітації осіб з COVID-19 [8], де, зокрема, зазначено таке: «Реабілітація після COVID-19 повинна бути запропонованою протягом усього континууму допомоги від гострої допомоги до допомоги в громаді, включно із закладами сестринського догляду та спеціалізованою довгочасною реабілітаційною допомогою. Вона має враховувати потреби конкретних

Рекомендації в'їзду міжнародним
настановам європейської
асоціації інсульту.
1. Австрія, 2018;
2. Німеччина (DEGRO), 2019
(у віці 24-72 год, день до 18 год);
3. Польща, 2019;
4. Канада (EPRSA, 2020): рівень доказів 1A
у відношенні моторної функції,
1B щодо зникнення тяжкості інсульту
та покращення якості життя;
5. LANCET, 2021¹¹ доцільним лікуванням
Церебралізину 10 мг 3 рази на день
10 днів має бути пріоритетним
при інсульті середнього та тяжкого
ступеня;
та отримав доказовий бонус LANCET, 2020⁷

ОДНА МИТЬ. ВЕЛИКІ ЗМІНИ.

Минулого місяця Павло Іванович переніс інсульт.
Сьогодні він виграв свою першу партію.

- Удвічі збільшує шанси пацієнта на виживання⁷
- Втричі краще відновлює моторну функцію⁸
- Втричі більше пацієнтів повертаються до повної незалежності⁹
- Покращує когнітивні функції¹⁰ та зменшує депресію⁹
- Високий рівень безпеки¹¹



1. Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft, Positionspapier – Update, neurologisch, 2018, Supplement 3/2018. https://www.oggf.at/wp-content/uploads/2016/11/Positionspapier-2018_OEGGF_neurologisch.pdf. 2. Leitlinien-Rehabilitative Therapie bei Amplex nach Schlaganfall. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-001.html>. 3. Polski Przegląd Neurologiczny 2019, tom 15, supl. A, strony A1-A158. 4. Evidence-Based Review Stroke Rehabilitation and in Clinician's handbook. Chapter: Upper Extremity Motor Rehabilitation Interventions. <http://www.ebrsr.com/evidence-review/10-upper-extremity-interventions>. 5. <https://doi.org/10.1111/ene.14936>. 6. <https://sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1474442219304156>. 7. Heiss W-D, Brainin M, Bornstein M, Tuomilehto J, Hong Z. Cerebrolysin Acute Stroke Treatment in Asia (CASTA) Investigators. Cerebrolysin in patients with acute ischemic stroke in Asia: results of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. Stroke. 2012; 43:630-636. 8. Chang et al. Cerebrolysin combined with rehabilitation promotes motor recovery in patients with severe motor impairment after stroke. BMC Neurology (2016) 16:31. 9. Muresanu D.F., Heiss W-D, Hoernberg V., Bajany O., Hong Z. Cerebrolysin And Recovery After Stroke (CARS) a randomized placebo-controlled double-blind, multicenter trial. Stroke. 2016 Jan; 47(1):151-159. 10. Ladurner G, Kalvach P, Moessler H. Cerebrolysin Study Group. Neuroprotective treatment with cerebrolysin in patients with acute stroke: a randomised controlled trial. J Neural Transm. 2005 Mar; 112(3):415-28. 11. Thome J. et al. Drugs of Today 2012, 48(Supplement A): 63-69.

***Німецькі рекомендації використовують Швейцарське товариство реабілітації Церебралізін (CEREBROLYSIN). Психостимулюючі та ноотропні препарати.** Код АТС М06ВХ. Розчин для ін'єкцій. 1 мл розчину містить 215,2 мг концентрату Церебралізіну (ліпідного препарату, що вворається з мозку свиней). **Показання:** органічні, метаболічні порушення та нейродегенеративні захворювання головного мозку, наприклад хвороба Альцгеймера; ускладнення після інсульту; травматичні пошкодження головного мозку (стані після оперативного втручання на мозку, закриті черепно-мозкові травми, струс мозку). **Протипоказання:** підвищена чутливість до одного з компонентів препарату, епілепсія, тяжкі порушення функції нирок. **Побічні реакції.** Побічні реакції в зв'язку з терапією препаратом Церебралізін відзначаються рідко (> 1/10 000 – < 1/1000) або мають подвійні випадки (< 1/10 000). При дуже швидкому введенні можливі запаморочення, тремор, головний біль, відчуття жару, посилене потовиділення, свербіж, можливі макулопатологічні висопання, кропив'янка, почервоніння шкіри, задихка та біль у грудях. **Фармакологічні властивості.** Церебралізін стимулює диференціацію клітин і активує механізми захисту та відновлення, безпосередньо впливає на нейрональну і синаптичну пластичність, що сприяє поліпшенню когнітивних та рухових функцій. **Спосіб застосування та дози.** Препарат вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Тривалість курсу лікування та оптимальна щоденна доза залежить від стану хворого, патології, яку він має, та його віку. Частіше рекомендована тривалість курсу лікування становить 10-20 днів. Ефективність терапії зазвичай зростає при проведенні повторних курсів. Лікування продовжують доти, доки спостерігається поліпшення стану пацієнта внаслідок терапії. **Категорія відпуску.** За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. **Інформація для фізичців у галузі охорони здоров'я.** Р.Л. МОЗ України: № ІА/9989/01/01, дієсно від 18.03.2014. www.cerebrolysin.com.ua

Австрійська якість.
Нам довіряють понад 2 млн пацієнтів

Церебралізін®
Возз'єднує нейрони.
Надихає на життя.

груп населення, таких як люди похилого віку та люди із супутніми захворюваннями й стійкими обмеженнями життєдіяльності. Широкий та інноваційний спектр реабілітаційних послуг, що пропонуються в країнах Європи, дозволяє міністерствам охорони здоров'я вибирати та впроваджувати реабілітаційні послуги, які найкраще підходять для вирішення потреби в реабілітації після COVID-19».

Важливим є виокремлення компонентів індивідуального реабілітаційного плану пацієнтів з COVID-19, який зараз створюється, упродовж усіх реабілітаційних періодів, зокрема реабілітаційного обстеження, ефективної нутритивної підтримки, відновлення функції дихання, толерантності до навантажень, відновлення мобільності та інших рухових функцій, коригування психоемоційного стану й когнітивних функцій, а також забезпечення незалежності в активностях повсякденного життя.

Необхідність проведення Ради експертів спричинена запитаннями, що виникли впродовж пандемії нової коронавірусної інфекції, щодо її впливу на нервову систему та особливостей перебігу й ускладнень. Актуальність проблеми інсульту, коморбідного з коронавірусною інфекцією, а також потреба в обміні досвідом з ведення і реабілітації таких пацієнтів протягом усіх реабілітаційних періодів спонукали до наради й розробки відповідних рекомендацій.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ НА ТЛІ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ (COVID-19)

Клінічна практика свідчить про те, що коронавірусна інфекція є системною патологією і зумовлює ураження (у тому числі нервової системи). Вірус SARS-CoV-2 спричиняє ушкодження центральної, периферичної і м'язової систем [9–11]. З боку центральної нервової системи можуть розвиватися такі захворювання, як енцефаліти, менінгоенцефаліти, мієліти, менінгіти, демієлінізуючі та нейродегенеративні захворювання, епілепсія, різні форми цереброваскулярних розладів. Останні проявляються у вигляді мозкових інсультів (ішемічних, внутрішньомозкових і субарахноїдальних крововиливів, церебральних венозних тромбозів) і транзиторних ішемічних нападів. Однією з перших спроб охарактеризувати частоту й особливості перебігу мозкових інсультів на тлі коронавірусної інфекції був аналіз випадків госпіталізованих пацієнтів, зібраних у трьох медичних центрах міста Ухань (Китай) [12]. Встановлено, що частота гострого ішемічного або геморагічного інсульту становила 5,7 % у пацієнтів з тяжкою формою захворювання порівняно з 0,8 % у пацієнтів із захворюванням легкого та середнього ступеня тяжкості. Згодом з'явилося безліч повідомлень про випадки, які припускають, що COVID-19 може маніфестувати переважно закупоркою великих судин у молодих дорослих пацієнтів без традиційних судинних факторів ризику, що ще більше зумовлює занепокоєння гострим ішемічним інсультом як клінічною ознакою коронавірусної інфекції [13–15].

Було багато суперечок щодо того, як пандемія вплинула на частоту розвитку гострого ішемічного інсульту [16]. Випадки інсультів у пацієнтів, госпіталізованих з COVID-19, оцінюються між 0,9 і 6 % [11, 17]. Дослідження двох центрів у Нью-Йорку показало, що хворі з COVID-19 частіше страждають від інсульту, ніж пацієнти, які захворіли на грип у той самий

період часу (співвідношення шансів 7,6; 95% довірчий інтервал 2,3–25,2) [18]. Однак велике багатоцентрове дослідження системи охорони здоров'я штату Нью-Йорк (США) не виявило зв'язку між COVID-19 і частотою інсульту майже у 25 000 госпіталізованих пацієнтів [14]. Дійсно, багато досліджень у всьому світі фактично повідомляють про зниження частоти діагностики й госпіталізації при гострому ішемічному інсульті від 19,2 до 51 % [14, 19, 20]. Крім того, спостерігається зменшення кількості транзиторних ішемічних атак і направлень на госпіталізацію з підозрою на інсульт [19–21]. Звітність про показники госпіталізації пацієнтів із внутрішньочерепними крововиливами була суперечливою, хоча також спостерігається тенденція до зниження їх кількості [19, 22, 23]. Існує безліч повідомлень про окремі випадки й невеликі серії випадків щодо подібних тенденцій серед пацієнтів з розривами аневризм, тромбозом мозкових венозних синусів і васкулітів, але даних для висновків щодо частоти таких випадків і COVID-19 недостатньо [11, 24]. Описано випадки розвитку мозкових венозних тромбозів після введення вакцини Oxford-AstraZeneca проти COVID-19 (AZD1222).

Причина глобального зниження рівня госпіталізації з приводу гострого мозкового інсульту залишається незрозумілою і, ймовірно, багатофакторною. Запропоновано багато теорій, включно з можливістю того, що пацієнти з гострими інсультами вирішують не звертатися по допомогу (або для дотримання суворих карантинних обмежень, або для уникнення можливості інфікування COVID-19 у лікарні), про те, що симптоми інсульту можуть бути ідентифіковані із запізненням членами сім'ї, які прагнуть мінімізувати вплив SARS-CoV-2 на своїх літніх родичів [16, 25]. Відповідно до цих гіпотез є деякі повідомлення про збільшення частки тяжких інсультів з моменту початку пандемії, а також інші повідомлення щодо зменшення загальної кількості випадків інсульту, але при цьому зміни в кількості механічних тромбектомій (МТ) відсутні [19, 20]. Метааналіз, що включав 9 досліджень і майже 60 000 пацієнтів, продемонстрував, що кількість викидків стосовно інсульту зменшилася на 36 % у пандемічний період, тоді як кількість проведених внутрішньовенних (ІВ) тромболізисів знизилася на 31 %, а МТ — на 22 %; це зумовило дещо більшу кількість МТ на один інсульт [26]. Більш пізні дані свідчать, що це зниження частоти інсультів може бути тимчасовим, оскільки декілька досліджень через триваліші періоди часу після початку пандемії показали, що частота випадків інсульту відновлюється після початкового зниження [27].

Отже, з початку пандемії спостерігається зниження кількості госпіталізацій з приводу гострого ішемічного інсульту у всьому світі. Це падіння може бути наслідком глобальної реакції на вірус; темпи зниження можуть мати певну географічну мінливість. Однак, коли пацієнти, інфіковані SARS-CoV-2, переносять інсульт, їхній стан, швидше за все, є тяжчим; у них виявляють численні зміни лабораторних показників, що відповідають тяжкому системному запальному захворюванню.

КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТІВ, КОМОРБІДНИХ З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ (COVID-19)

Як у гострому періоді перебігу COVID-19, так і в постковідному в багатьох пацієнтів розвиваються або посилюються когнітивні порушення різного сту-

пеня вираженості. Факторами ризику їх розвитку є похилий вік, цукровий діабет, ожиріння, тяжкий перебіг захворювання. Когнітивні порушення розвиваються внаслідок багатьох причин: ендотеліальної дисфункції, окиснювального стресу, набряку легень, вазогенного набряку головного мозку, гіперкоагуляції, коагулопатії, ішемії мозку, прийому антибіотиків, гормонів тощо. Велике значення в розвитку когнітивних порушень має ізоляція хворих.

Наявні дані свідчать про значний 6-місячний підвищений ризик розвитку когнітивних порушень (деменція) та ішемічного інсульту серед людей, які перехворіли на коронавірусну хворобу. Знайдені збільшена загальна частота й відносний ризик розвитку неврологічних і психіатричних захворювань у пацієнтів, які перенесли COVID-19 (навіть у легкій формі), які не потребували госпіталізації [28].

Частота когнітивних порушень у пацієнтів, які перенесли COVID-19, може сягати 50 %. До профілю когнітивних порушень належать порушення короткотривалої пам'яті, уваги, виконавчих функцій — доменів, що частіше за все порушуються при розвитку деменції (як нейродегенеративних, так і судинних і змішаних форм). Показано, що стійкі когнітивні порушення можуть бути частим ускладненням після одужання від COVID-19 у дорослих людей незалежно від клінічного перебігу гострої фази захворювання [29]. У людей, що мали фактори ризику цереброваскулярних захворювань або безпосередньо ці захворювання, такі когнітивні ризики й наслідки можуть бути ще вищими. Наявність когнітивних порушень у хворих, які перенесли інсульт, як відомо, значно утруднює виконання програм реабілітації, погіршує прогноз і якість життя, тому визначення можливих когнітивних порушень, їх лікування й реабілітація у вищевказаному контексті є нагальною потребою.


ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ БЕЗПЕКИ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ЗА ГОСТРОГО ІНСУЛЬТУ

За досвідом італійських колег, що забезпечували надання гострої інсультної допомоги у вогнищі пандемії у регіоні Ломбардія [30], потрібно використовувати принципи сортування при надходженні пацієнта з підозрою на інсульт. Усім хворим з інсультом, яких було доставлено до приймального відділення, вдягали хірургічну маску, проводили специфічне ПЛР-дослідження; таких пацієнтів розглядали як потенційно інфікованих COVID-19, після чого (за наявності неврологічних симптомів) їм проводили неврологічне обстеження. Згодом протокол нейровізуалізації включав неконтрастну комп'ютерну томографію (КТ), перфузійну КТ, КТ-ангіографію і КТ органів грудної порожнини для виявлення ознак мульти-сегментарної пневмонії (за винятком осіб, яким діагноз коронавірусної інфекції було встановлено до надходження до стаціонару). За радіологічної підозри на COVID-19 спеціальна команда здійснювала дезінфекцію приміщення КТ. При підтвердженні діагнозу інсульту й наявності показань для ендоваскулярного втручання відбувалася активація ендоваскулярної команди. У разі низького ризику коронавірусної інфекції тромбектомія проводилася в традиційному режимі. Після проведення процедури пацієнтів було розміщено


на ізольованих ліжках в інсультному блоці до отримання результатів ПЛР, проведеної при надходженні. Якщо ризик COVID-19 був високим (коли наявний щонайменше 1 з таких симптомів: лихоманка, кашель, аносмія, дисгевзія, діарея або коли спостерігаються радіологічні симптоми — «матове скло», аденопатія, рідина в плевральній порожнині), тромбектомія проводилася інтервенційними відповідно екіпірованими нейрорадіологами (маски FFP2/FFP3, радіологічні маски із захистом очей, подвійні стерильні рукавички, нестерильний водовідштовхувальний одяг, стерильні хірургічні костюми й одноразові бахіли). Після проведення втручання спеціальна команда здійснювала дезінфекцію ангиографічного приміщення. COVID-19-позитивні пацієнти, які не потребували інтенсивної терапії, були розташовані на ліжках для пацієнтів з коронавірусною хворобою під наглядом персоналу інсультного блоку. Хворих, які потребували інтенсивної терапії, розміщували у відділенні інтенсивної терапії для пацієнтів з коронавірусною хворобою.

З огляду на досвід розвинених країн світу і фактичний стан надання медичної і реабілітаційної допомоги пацієнтам з гострим мозковим інсультом Рада експертів сформулувала рекомендації.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРОМУ МОЗКОВОМУ ІНСУЛЬТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ ТА ПРОДОВЖЕННЯ НАЛАГОДЖЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ

 Загальні організаційні аспекти:

- ➔ фахівці з реабілітації повинні дотримуватися принципів інфекційного контролю за особливо небезпечними інфекційними хворобами та запобігання їх поширенню з обов'язковою інтеграцією до локальних сценаріїв щодо впровадження протиепідемічного режиму разом з медичними працівниками;
- ➔ фахівців з реабілітації слід забезпечувати засобами індивідуального захисту; вони мають пройти обов'язкове навчання з їх правильного використання;
- ➔ фахівцям з реабілітації потрібно забезпечити першочергову можливість вакцинації для профілактики коронавірусної інфекції (як і медичним працівникам);
- ➔ фахівці з реабілітації мають періодично проходити лабораторний контроль показників гуморального імунітету;
- ➔ фахівців з реабілітації з вищою немедициною освітою необхідно залучити до системи фінансового заохочення при наданні реабілітаційної допомоги особам з коронавірусною хворобою з виплатою надбавок (як і медичних працівників);
- ➔ для уможливлення надання якісної і результативної реабілітаційної допомоги необхідним є перегляд системи її фінансування із запровадженням принципів, що ґрунтуються на біопсихосоціальній моделі обмеження життєдіяльності.

 Надання реабілітаційної допомоги впродовж гострого реабілітаційного періоду:

- ➔ усі пацієнти, що надходять до стаціонару з підозрою на інсульт, мають розглядатися як потенційно інфіковані;

ВЛАСТИВОСТІ ТА ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ІНФУЗІЙНОГО РОЗЧИНУ РІНГЕРА ТА ПЕНТОКСИФІЛІНУ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

КОБЕЛЯЦЬКИЙ Ю.Ю., д.м.н., проф.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

З точки зору загальної патології основу більшості захворювань становлять типові патологічні процеси, що не залежать від причин та індивідуальних особливостей організму й перебігають за однаковими принципами при різних нозологіях. Прикладами таких процесів є запалення, гіпоксія, ішемія, порушення кровообігу, тромбоз, некроз, пухлинний ріст, шоківі стани тощо (1). Відповідно застосування одного лікарського засобу, що впливає на типові патологічні процеси, дозволяє допомогти пацієнтам з різними хворобами. Прикладом такого лікарського засобу є пентоксифілін, що нормалізує мікроциркуляцію і функцію ендотелію, модулює запалення й зменшує ефект ураження тканин, активує фібриноліз і регулює згортання крові. Препарат продається в Європі з 1972 року і вже майже пів століття успішно використовується в клінічній практиці (2). За останні десятиріччя відбулося не тільки накопичення позитивного досвіду використання пентоксифіліну, але й удосконалення лікарських форм препарату, створення готових інфузійних розчинів.

Пентоксифілін (3,7-диметил-1-(5-оксогексил)-3,7-дигідро-1Н-пурин-2,6-діон) — синтетичне похідне диметилксантину, що має позитивні гемореологічні, антиоксидантні, ангіопротективні властивості, здатність покращувати мікроциркуляцію, впливати на імунну систему й модулювати запалення. Основні ефекти пентоксифіліну зумовлені підвищенням еластичності, зменшенням жорсткості й покращанням здатності до деформації еритроцитів. Він впливає майже на всі фактори, що відповідають за в'язкість крові, знижує агрегацію еритроцитів і тромбоцитів і може розглядатися як майже повноцінний реологічний препарат для зниження в'язкості крові [3].

Пентоксифілін є інгібітором фосфодіестерази, периферичним вазодилатором із групи пуринів. При блокуванні фосфодіестерази, ферменту, що розщеплює циклічний аденозинмонофосфат (цАМФ), відбувається підвищення рівня внутрішньоклітинного цАМФ. Циклічні нуклеотиди є одними з головних вторинних посередників регуляції клітинного метаболізму, що прямо або опосередковано беруть участь у багатьох процесах життєдіяльності клітини, від диференціювання до апоптозу. Підвищення рівня цАМФ стимулює біохімічні перетворення, що дозволяє системно впливати на типові патологічні процеси [4, 5].

У результаті збільшення внутрішньоклітинних концентрацій циклічних нуклеотидів спостерігається зменшення жорсткості й збільшення потоку і міграції мононуклеарних клітин і нейтрофілів периферичної крові через капіляри. Пентоксифілін пригнічує активацію нейтрофілів і покращує їх плинність через мікросудинну систему. Такий ефект особливо цінний, коли градієнт тиску в мікросудинному руслі зменшується внаслідок стенозної обструкції. Кумулятивний ефект зниження в'язкості плазми, збільшення гнучкості еритроцитів і пригнічення активації нейтрофілів сприяє покращанню капілярного кровотоку, особливо в судинних руслах з артеріальним стенозом [6, 7]. Пентоксифілін традиційно використовується для лікування периферичних артеріальних захворювань не тільки завдяки здатності впливати на клітинний кровотік через мікросудинну систему, але й завдяки розширенню артеріальних судин [7].

Пентоксифілін має протизапальну й антиоксидантну дію. Антиоксидантні ефекти пов'язані зі зниженням продукції

вільних радикалів, ослабленням окиснювального стресу поліморфноядерних лейкоцитів і зниженням активації нейтрофілів, оскільки активовані нейтрофіли генерують супероксид за допомогою оксидази нікотинамідаденіндинуклеотидфосфату (НАДФ) [4, 6].

Протизапальні властивості пентоксифіліну головним чином пов'язані з регулюванням синтезу фактора некрозу пухлини (tumour necrosis factor, TNF) альфа шляхом інгібування транскрипції генів і блокування накопичення мРНК. Пентоксифілін зменшує синтез TNF- α за допомогою двох механізмів. По-перше, один з його метаболітів, лізофілін, пригнічує активність ацилтрансферази лізофосфатидної кислоти, яка перетворює лізофосфатидну кислоту у фосфатидну кислоту. Це спричиняє підвищення концентрації Ca^{2+} і зменшення синтезу TNF- α . По-друге, пентоксифілін діє як інгібітор фосфодіестерази й індукує високі рівні цАМФ, що призводить до активації протеїнкінази А, яка блокує транскрипцію РНК-індуктора TNF- α , індуковану ядерним фактором каппа-В. Незалежні від TNF- α імуномодулювальні ефекти пентоксифіліну полягають у здатності покращувати деформацію лейкоцитів, посилювати хемотаксис, пригнічувати дегрануляцію нейтрофілів, зменшувати адгезію лейкоцитів до ендотелію. Крім того, пентоксифілін може інгібувати продукцію запальних цитокінів і знижувати чутливість лейкоцитів до цитокінів. Є дослідження, у яких було показано, що пентоксифілін посилює синтез простагландинів і вазодилатора ейкозаноїду [4]. Пентоксифілін має здатність модулювати прозапальні цитокіни, включно з інтерлейкіном-12 (IL-12), IL-1, IL-6, інтерфероном γ , молекули міжклітинної адгезії 1 (intercellular adhesion molecule 1, ICAM1), молекули адгезії судинних клітин 1 (vascular cell adhesion molecule 1, VCAM1) і С-реактивний білок [3, 7, 8].

Результати досліджень демонструють, що пентоксифілін інгібує цитотоксичність Т-клітин, NK-клітин, активність колоніестимулювального фактора гранулоцитів/макрофагів і пригнічує проліферацію мононуклеарних клітин периферичної крові. Препарат послаблює експресію рецепторів IL-2 на клітинній поверхні лімфоцитів. Імуномодулювальні ефекти пентоксифіліну є сприятливими при різних клінічних станах, пов'язаних з гіперзапаленням, у тому числі при сеп-

сисі, при якому препарат покращує гемодинаміку й знижує рівень TNF- α у сироватці крові [7, 8].

Під впливом пентоксифіліну збільшується кількість аденозинтрифосфату (АТФ) в еритроцитах з одночасним насиченням енергетичного потенціалу. Клінічно важливим аспектом застосування пентоксифіліну є його здатність покращувати оксигенацію ішемізованих ділянок і зменшувати ступінь метаболічних розладів, пов'язаних з ішемічно-реперфузійною травмою [4, 5]. Оскільки IL-6 викликає синтез фібриногену в гепатоцитах, зниження рівнів прозапальних цитокінів може частково пояснювати зниження рівня фібриногену в плазмі крові, що також спостерігалось під час лікування пентоксифіліном. Завдяки активації фібринолізу використання пентоксифіліну в сукупності сприяє нормалізації гемостазу [6, 9].

Метаболізм пентоксифіліну широко вивчається, він є клінічно ефективним при пероральному або внутрішньовенному введенні. Препарат майже повністю метаболізується еритроцитами й печінкою з утворенням п'яти метаболітів. Понад 90 % речовини виводиться нирками, незалежно від шляху введення, у вигляді некон'югованих водорозчинних полярних метаболітів. Фармакодинамічні властивості пентоксифіліну притаманні і його метаболітам, що досягають у кілька разів вищого рівня в плазмі, ніж він сам. Вплив M5 (30-карбоксіпропіл-3,7-диметилксантин) може бути найбільш клінічно значущим, оскільки його плазмові концентрації майже на порядок вищі, ніж у самого пентоксифіліну й будь-якого іншого метаболіту. Лізофілін (один з ізомерів метаболіту пентоксифіліну M1) може впливати безпосередньо на еритроцити, збільшувати їх еластичність і зменшувати агрегацію. Лізофілін пригнічує синтез TNF- α , зменшує активність трансформаційного фактора росту бета (transforming growth factor beta, TGF- β), інгібує продукцію запального білка 1-альфа макрофагами і зменшує спричинені сепсисом легенеvu гіпертензію, гіпоксемію і нейтропенію [4–6].

Нормалізація ліпідного обміну завдяки застосуванню пентоксифіліну була вивчена на моделях тварин, які перебували на дієті з високим вмістом холестерину. Одночасне введення пентоксифіліну сприяло зниженню гіперліпідемії, рівнів фактора інгібування міграції макрофагів (macrophage migration inhibitory factor,

MIF), TNF- α і глікозаміногліканів, а також зменшувало артеріальне запалення. Застосування пентоксифіліну сприяло зменшенню площі атеросклеротичних бляшок на 38 %, а рівнів малонового діальдегіду в плазмі й аорті, що є маркером окисного стресу, — на 32 і 37 % [6, 10].

Пентоксифілін — безпечний, з доброю переносимістю препарат, що застосовується майже в усіх напрямках терапевтичної діяльності, включно з нефрологією, кардіологією, андрологією, гепатологією, неврологією, пульмонологією та офтальмологією [11]. З огляду на широкий спектр ефектів і потужні гемореологічні властивості пентоксифілін має широке коло застосування, що не обмежується тільки периферичними судинними й цереброваскулярними захворюваннями [4].

Серцево-судинні захворювання є небезпечними для життя станами, у патогенезі яких беруть участь кілька механізмів, включно зі змінами гемореології і запальними ефектами. Відомо, що сама серцево-судинна дисфункція також погіршує зміни гемореології і впливає на життєво важливі симптоми за механізмами порочного кола. Для лікування серцево-судинних захворювань розроблено широкий спектр препаратів, і ефективність пентоксифіліну в цьому терапевтичному напрямку також має своє місце [4].

При лікуванні інсульту головного мозку мозковий кровотік є основною точкою уваги для запобігання загибелі клітин головного мозку внаслідок ішемії. Ішемію головного мозку можуть спричинити атеросклероз, тромбоз і низка судинних змін. Застосування пентоксифіліну сприяє покращенню еластичності й гнучкості еритроцитів, зменшенню в'язкості крові й агрегації тромбоцитів, покращенню капілярної перфузії і регіонарного кровотоку, що зменшує пошкодження внаслідок ішемії головного мозку. Крім того, сприятливий ефект пентоксифіліну при цереброваскулярних захворюваннях полягає в зменшенні проникності клітинних мембран мозку й усуненні механічних перешкод у мікроциркуляції, що зменшує набряк мозку. Отже, пентоксифілін має широкий спектр терапевтичних ефектів у пацієнтів із цереброваскулярними порушеннями. Цей препарат спричиняє зростання вмісту АТФ у головному мозку, сприятливо впливає на біоелектричну діяльність центральної нервової системи, стимулює церебральний метаболізм і застосовується для лікування транзиторних ішемічних атак, церебрального тромбозу й кроволивів, а також хронічної цереброваскулярної недостатності [4, 5].

При лікуванні ішемічної хвороби серця слід врахувати низку факторів. Ішемічне ураження міокарда супроводжується вивільненням цитокінів та інших медіаторів запалення, які через ураження клітин ендотелію і нейтрофілів викликають пошкодження коронарних судин. Запальні цитокіни, включно з TNF- α та IL-1, діють на нейтрофіли й викликають їх адгезію до ендотелію судин. Це індукує закорковування капілярних русел і спричиняє явище неперетоку під час реперфузії. На додаток накопичення TNF- α та IL-1 всередині ішемізованої тканини безпосередньо травмує клітини й призводить до утворення вільних радикалів кисню, що викликає подальше пошкодження

ЛАТРЕН®

На відміну від ампульованого пентоксифіліну Латрен® має протизапальну дію, кращий профіль безпеки та готову форму випуску



П'ЯТЬ ПРИЧИН ПРИЗНАЧИТИ ЛАТРЕН®:

- 1 Готова форма, точне дозування, мінімум побічних ефектів
- 2 Додатковий протизапальний ефект
- 3 Підвищує еластичність еритроцитів та знижує гіперагрегацію формених елементів
- 4 Активує ендотелійнезалежний механізм вазодилатації*
- 5 Інгібує вільні радикали**

*Пентоксифілін в ліченні різних проявлень атеросклероза, <https://angiology.com.ua/ru/archive/2007/5%2610%29/article-104/pentoxifillin-v-lechenii-razlichnyh-proyavleniy-ateroskleroza>

**<http://www.mif-ua.com/archive/article/50170>

ЛАТРЕН®: коротка інструкція для медичного застосування

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

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

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

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

Спосіб застосування та дози. Рекомендовані дорослим такі схеми лікування:

1. Внутрішньовенна інфузія 100-600 мг пентоксифіліну 1-2 рази на добу. Тривалість внутрішньовенної крапельної інфузії становить 60-360 хвилин, тобто введення 100 мг пентоксифіліну має тривати щонайменше 60 хвилин.

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



ендотелію. Дослідження демонструють, що TNF- α безпосередньо знижує скорочувальну функцію міокарда в хом'яків, собак і людей. Цей гострий негативний іотропний ефект TNF- α зумовлений втручанням у гомеостаз Ca²⁺: TNF- α порушує зв'язок збудження-скорочення й десенсибілізує бета-адреналові рецептори. Іншим механізмом серцевої депресії, спровокованої TNF- α , є індукція апоптозу в кардіомиоцитах. Різні фармакодинамічні дослідження продемонстрували сприятливий вплив пентоксифіліну на ішемічні розлади міокарда й судин. Зниження виробництва TNF- α виявилось важливим механізмом, за допомогою якого пентоксифілін захищає від ішемічної травми [4].

Цікавими є дані про прогресуючий синдром хронічної серцевої недостатності (ХСН) як загальний шлях захворювання, що може бути спричинений безліччю різноманітних уражень (включно з ішемією та інфарктом міокарда, гіпертонією, вірусною інфекцією, вагітністю тощо) [7]. Незважаючи на різноманітну етіологію, загальним явищем, що спостерігається у хворих на ХСН, є підвищений рівень TNF- α . Це призвело до поширення концепції про те, що TNF- α бере безпосередню участь у патофізіології ХСН, і були зроблені спроби пригнічувати продукцію TNF- α у цій когорті. Однак на сьогодні не було чітких корисних ефектів від інгібування TNF- α , і справді, випробування безпосередньої терапії анти-TNF показали погіршення клінічних результатів. Можливим винятком є пентоксифілін, передбачуваний інгібітор TNF- α з можливими (але погано визначеними) судинорозширювальними властивостями. Кілька невеликих клінічних випробувань, що оцінювали використання пентоксифіліну при ХСН, показали сприятливий вплив на множинні сурогатні клінічні маркери. Цікаво, що ці випробування не змогли продемонструвати суперечливий ефект на циркулюючий фактор некрозу пухлини, незважаючи на клінічне покращання, вказуючи на інші ключові корисні властивості цього нового агента. Ця оглядова стаття дає уявлення про потенційно сприятливий спосіб дії пентоксифіліну при ХСН і закликає до подальших досліджень цього цікавого агента.

Первинні фармакодинамічні ефекти пентоксифіліну, такі як підвищена деформація еритроцитів і зниження в'язкості крові, також вважаються важливими механізмами захисту ішемізованого серця. Пентоксифілін послаблює витік коронарних мікросудинних білків і зменшує ендотеліальну релаксацію в коронарних епікардіальних артеріях після ішемії і реперфузії. Пентоксифілін знижує рівень мієлопероксидази, індекс накопичення лейкоцитів у тканинах і зменшує адгезію лейкоцитів в ішемізованому міокарді. Крім того, пентоксифілін є ефективним поглиначем гідроксильних радикалів, запобігаючи пошкодженню ендотелію активними формами кисню. Отже, пентоксифілін з його обмеженими побічними ефектами й позитивними гемореологічними властивостями може вважатися таким, що має великий потенціал для сприятливого впливу при ішемічній хворобі серця [4]. Препарат спричиняє вазодилатацію, зниження загального периферичного судинного опору, зростання систолічного й хвилиного об'єму серця без значної зміни частоти серцевих скорочень. Пентоксифілін розслаблює гладкі м'язи коронарних артерій, збільшує доставку кисню до міокарда, чим пояснюється антиангінальний ефект препарату [5].

Пентоксифілін сприяє розширенню легеневої судин і покращує оксигенацію крові, підвищує тонус дихальної мускулатури (міжреберних м'язів і діафрагми) [5]. При лікуванні легеневої патології

пентоксифілін демонструє свою користь при бронхіальній астмі й саркоїдозі легень. У першому випадку пентоксифілін, як і інші ксантини, сприяє бронхолітичній дії і дає протизапальний ефект [12]. У другому випадку препарат має стероїд-спаринг ефект при гострому саркоїдозі, а його застосування дозволяє знизити дозу кортикостероїдів [13, 14]. При гострому респіраторному дистрес-синдромі (ГРДС) помітну роль у патогенезі відіграють прозапальні цитокіни, що виділяються стимульованими макрофагами в альвеолах. З огляду на те, що пентоксифілін здатний знижувати запальний ефект цитокінів і проліферацію клітини в інтерстиції легень, застосування його при ГРДС є обґрунтованим [12]. Щодо одного з найважливіших викликів сьогодення слід вказати, що пентоксифілін демонструє обнадійливі результати в додатковій терапії хворих на COVID-19 [15]. Дуже цікава робота вийшла нещодавно з цієї проблеми [25]. Пандемія COVID-19 ставить безпрецедентну проблему визначення ефективних препаратів для лікування. Незважаючи на численні клінічні випробування з використанням різних засобів, усе ще не вистачає специфічного лікування COVID-19. Відзначаючи потенційну роль у пригніченні запалення, імунної модуляції, противірусній дії і покращанні респіраторних симптомів, цей огляд обговорює потенційну роль препаратів метилксантину, таких як пентоксифілін і кофеїн, у лікуванні хворих на COVID-19. Патогенез COVID-19 за клінічними ознаками, такими як тяжка пневмонія, гостра травма легень/гострий респіраторний дистрес-синдром і поліорганні збої, включає надмірне запалення, окиснення й цитокінову бурю через посилену імунну відповідь. Такі препарати, як пентоксифілін, уже показали покращання щодо симптомів ГРДС, а кофеїн протягом десятиліть застосовується клінічно для лікування апное недоношених дітей і покращання дихальної функції. Пентоксифілін — це добре відомі протизапальні й антиоксидантні молекули, які вже показали, що пригнічують TNF- α , а також інші запальні цитокіни при легеневи́х захворюваннях, і це може бути корисним

для досягнення кращих клінічних результатів при COVID-19 у пацієнтів. Пентоксифілін посилює кровотік, покращує мікроциркуляцію та оксигенацію тканин, а кофеїн також ефективно покращує оксигенацію тканин, зменшує симптоми астми, зменшує легеневу гіпертензію і є ефективним знеболюючим засобом. Існує значна кількість доказів, які підтверджують противірусні властивості пентоксифіліну й кофеїну. Наводячи зазначені вище докази й відзначаючи високі профілі безпеки як пентоксифіліну, так і кофеїну, автори подають короткий огляд міркувань щодо подальшого використання цих препаратів як потенційного ад'юванту для лікування COVID-19. Однак для підтвердження цього припущення необхідні додаткові клінічні дослідження.

Графічне узагальнення цього дослідження [25] подане на рис. 1.

Запропоновано також нову гіпотезу про те, що пентоксифілін заслуговує на увагу як потенційно перероблений терапевтичний препарат для лікування COVID-19 [26]. Пентоксифілін — імунomodulatory із протизапальними властивостями. Він є неселективним інгібітором фосфодіестерази і через рецептори аденозини A2A опосередковано зменшує рівень TNF- α , IL-1, IL-6 і гамма-інтерферону і може впливати на зменшення пошкодження тканин під час реакції хазяїна — цитокінового шторму — на інфекцію SARS-CoV-2. Цей засіб застосовується клінічно протягом багатьох років і має сприятливий профіль безпеки й переносимості. Доклінічні дані підтверджують, що пентоксифілін є ефективним при цитокінових пошкодженнях легень. Клінічні дослідження пентоксифіліну при радіаційному й цитокіновому пошкодженні легень у людей дають позитивні результати, що узгоджуються з протизапальною ефективністю препарату. Пентоксифілін — це легкодоступний, незапатентований і недорогий препарат, придатний для широкомасштабного використання, у тому числі в країнах з обмеженими ресурсами. Сучасні випробування терапевтичних засобів в основному зосереджені на пригніченні вірусних процесів. Необхідні термінові рандомізовані

дослідження пентоксифіліну для лікування COVID-19 як додатковий підхід для націлювання реакції хазяїна.

Застосування пентоксифіліну в нефрології обумовлене тим, що він не тільки покращує кровотік шляхом нормалізації гнучкості й деформації еритроцитів, але й має властивість знижувати внутрішньогломерулярний тиск [3]. Пентоксифілін може використовуватися як антипротейнурічний агент. Неселективний інгібітор фосфодіестерази пентоксифілін проявляє антипроліферативну й антифібротичну активність як *in vitro*, так і *in vivo*. Дослідження на людях показали, що монотерапія пентоксифіліном зменшує екскрецію білка із сечею, а терапія пентоксифіліном, на додаток до фонові блокади ренін-ангіотензинової системи, адитивно зменшує протеїнурію в пацієнтів із хронічною хворобою нирок різної етіології. Пентоксифілін у поєднанні з блокадою ренін-ангіотензинової системи уповільнює втрату швидкості клубочкової фільтрації у хворих на цукровий діабет з легкою і середньою хронічною хворобою нирок і знижує ризик розвитку термінальної стадії ниркової недостатності у хворих на цукровий діабет і без діабету на пізній стадії хронічної хвороби нирок з високим рівнем протеїнурії [16, 17]. При діабетичній хворобі нирок має місце запальний синдром, тому вищезгадані властивості препарату в сукупності зі здатністю модуляції запалення обумовлюють його використання як ренопротективного препарату. Оскільки прозапальний стан при діабетичній хворобі нирок обумовлює підвищення проникності клубочків для білків, протизапальний ефект пентоксифіліну може привести до зменшення протеїнурії [3].

Обґрунтовується також комбінована терапія пентоксифіліном з інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) або блокатором рецепторів ангіотензину II (БРА) з метою зниження рівня протеїнурії або зменшення швидкості клубочкової фільтрації на ранніх стадіях хронічної хвороби нирок (ХХН) [27]. Незрозуміло, чи дає додавання пентоксифіліну до АПФ/БРА додаткову вигоду щодо результату в пацієнтів із ХХН 5-ї стадії, які ще не отримували діаліз. Проведено проспективне когортне дослідження на

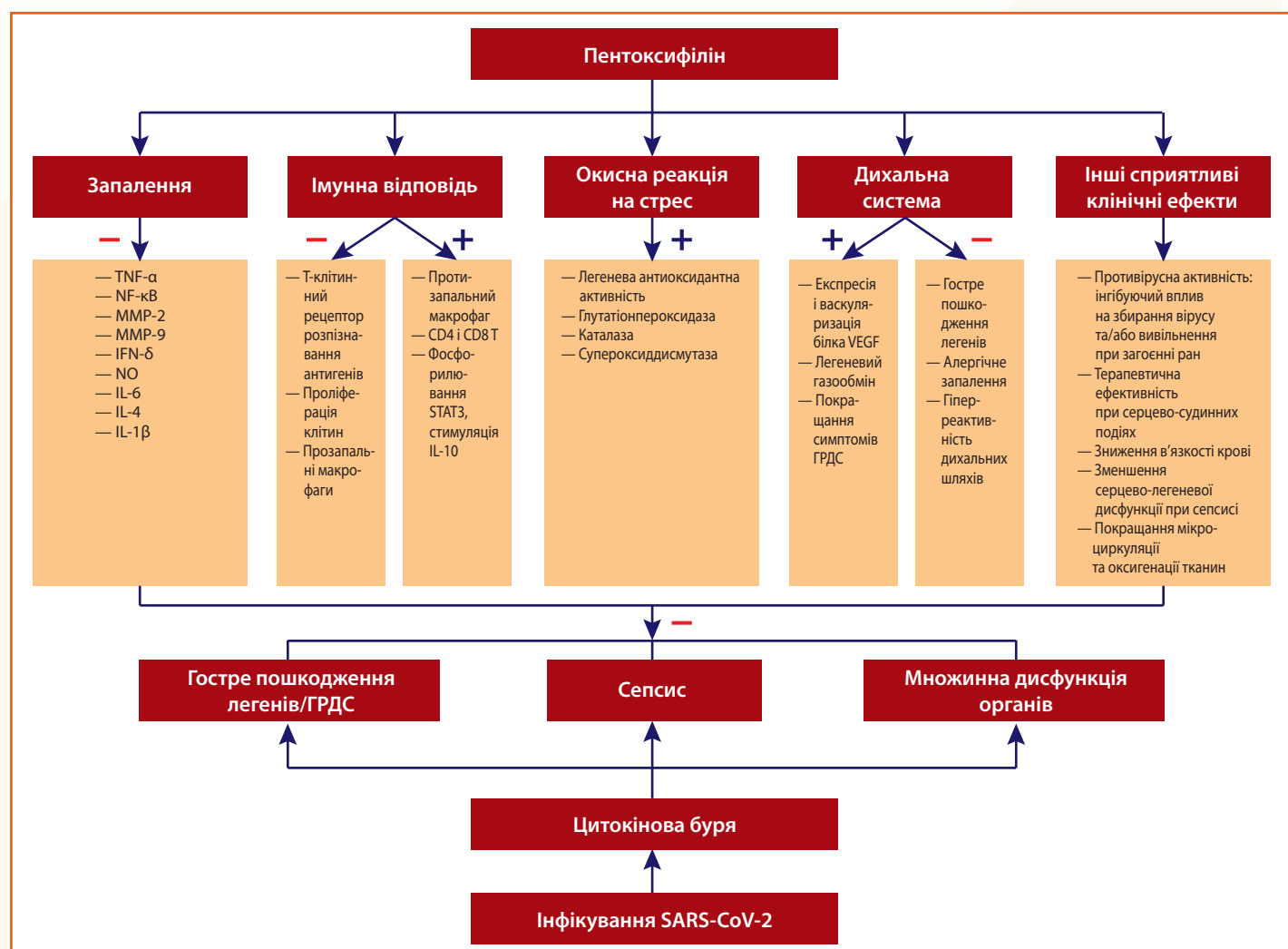


Рисунок 1. Графічне узагальнення дослідження з використанням пентоксифіліну як додаткової терапії у хворих на COVID-19 [25]

основі Тайванської бази даних національних досліджень медичного страхування з 1 січня 2000 р. по 30 червня 2009 р. До дослідження були включені 14 117 хворих із ХХН 5-ї стадії, які ще не отримували діаліз, з рівнем креатиніну в сироватці > 6 мг/дл і рівнем гематокриту < 28 %, які лікувались АПФ/БРА. Усі пацієнти були розподілені на споживачів пентоксифіліну й неспоживачів. Спостереження за пацієнтами відбувалося до початку діалізу, смерті до початку діалізу або до 31 грудня 2009 року. У результаті 9867 пацієнтів (69,9 %) потребували тривалого діалізу, а 2805 (19,9 %) померли перед діалізом. Після зіставлення показників схильності використання пентоксифіліну асоціювалося з меншим ризиком тривалого діалізу або смерті в тих, хто приймав АПФ/БРА (ЧСС 0,94; 95% ДІ 0,90–0,99) або БРА (ЧСС 0,91; 95% ДІ 0,85–0,97). Із цього випливає, що пентоксифілін проявляє захисний ефект у зменшенні ризику комбінованого результату тривалого діалізу або смерті при лікуванні ХХН 5-ї стадії АПФ/БРА.

Пентоксифілін застосовують при патології підшлункової залози. При гострому панкреатиті в паренхімі підшлункової залози виникає запальний стан, який уражає інші органи. Протягом першої фази захворювання, спричиненої системною запальною реакцією внаслідок пошкодження ацинарних клітин, тяжкість гострого панкреатиту безпосередньо пов'язана з екстрапанкреатичною недостатністю. Серед основних механізмів патогенезу у цьому беруть участь кілька міжклітинних сигнальних білків, таких як TNF- α , що опосередковує поліорганну недостатність. Хоча нині не існує специфічного лікування гострого панкреатиту, на моделях тварин показано, що введення пентоксифіліну здатне зменшити ішемічно-реперфузійне ураження підшлункової залози зі

значним зниженням рівнів TNF- α , IL-6 і IL-10 у сироватці й менш тяжким гістологічним пошкодженням підшлункової залози. Паралельно з цим спостерігалось зменшення ниркової дисфункції [18, 19]. Ефективність пентоксифіліну при прогнозованому тяжкому гострому панкреатиті була перевірена в подвійному сліпому рандомізованому контрольному дослідженні. У групі з пентоксифіліном була менша кількість переведень у відділення інтенсивної терапії і коротше перебування у відділеннях інтенсивної терапії і лікарні. Пацієнти, які отримували пентоксифілін, не мали негативних наслідків [20].

Пентоксифілін призначають для внутрішньовенних інфузій і повільних внутрішньовенних ін'єкцій. Внутрішньовенні інфузії є найбільш ефективними формами парентерального введення препарату, які краще переносяться. При використанні препарату в ампулах слід враховувати можливість небажаних побічних ефектів, таких як зниження артеріального тиску, тахікардія, відчуття жару, нудота, запаморочення, особливо на початку інфузії [21]. Ці явища можна пояснити тим, що молекула пентоксифіліну досить тяжка і при приготуванні внутрішньовенного розчину в умовах лікувального закладу не досягається рівномірного розподілу діючої речовини. В таких умовах з початком інфузії пацієнт отримує відносно підвищену дозу пентоксифіліну, що збільшує ризик небажаних проявів. Також порушуються умови асептики та антисептики, що може привести до інфекційних ускладнень. Такі ускладнень можна уникнути, якщо використовувати готову форму розчину пентоксифіліну для інфузії, що вироблена в промислових умовах. Промислове виготовлення таких розчинів проводиться із застосуванням спеціальних технологій із дотриманням рівномірного розподілу діючої речовини згідно зі стандартами якості.

➔ Готовий розчин пентоксифіліну для інфузії має низку переваг, таких як:

➤ заощадження часу й залученості медичного персоналу при приготуванні розчину;

➤ розчин, приготований у виробничих умовах, зберігає стерильність та апірогенність;

➤ молекули діючої речовини розподіляються рівномірно за допомогою спеціального магнітного міксерса, що забезпечує прогнозовану точність дозування й відсутність побічних реакцій;

➤ має у складі лактат, що забезпечує додаткову протизапальну дію і підвищує активність діючої речовини;

➤ збалансований електролітний склад забезпечує добову потребу в електролітах.

Він не тільки краще переноситься завдяки технології виробництва, але й має інші вагомні переваги порівняно з приготуванням інфузій з ампулованих форм. Це і зручність у застосуванні, і дотримання правил асептики, і менший ризик помилок за відсутності потреби в змішуванні препаратів.

З огляду на широкий спектр клінічних випадків і складний патогенез захворювань, при яких показане застосування пентоксифіліну, значною перевагою комплексного розчину промислового приготування є його склад. До складу препарату входить Рінгер-лактатний розчин — збалансований ізоосмолярний розчин електролітів, що потенціює дію пентоксифіліну [22]. При використанні пентоксифіліну в ампулах для розведення препарату застосовують розчини натрію хлориду або глюкози. Але ізотонічний розчин 0,9% NaCl містить надлишкову кількість натрію і хлору, розчин глюкози швидко залишає судинний простір і може бути протипоказаним

при супутньому цукровому діабеті. Рінгер-лактатний у складі комплексного розчину промислового приготування є збалансованим сольовим розчином натрію хлориду, калію хлориду й кальцію хлориду дигідрату з обмеженим вмістом хлору і містить лактат, що імітує склад позаклітинної рідини. Більшість клініцистів традиційно вважають, що лактат-вмісні розчини протипоказані при ацидозі, виходячи з поняття, що лактат — це кислота [23]. Необхідно ще раз нагадати, що молочна кислота — це кислота, а безпосередньо лактат — основа. Тому призначення лактатвмісних розчинів ніколи не зможе призвести до лактат-ацидозу. Лактат у таких розчинах присутній у вигляді солі натрію, є зв'язаною основою і являє собою потенційний бікарбонат, але не джерело H⁺ (протона) [24].

! Отже, вплив на типові патологічні процеси дає можливість допомогти великій кількості пацієнтів з різними захворюваннями. Препарати пентоксифіліну вже майже пів сторіччя слугують клінічній медицині й демонструють позитивний досвід застосування на практиці. Розвиток фармацевтичних технологій привів до удосконалення форм випуску препарату й створення готових інфузійних розчинів. Комплексний розчин промислового приготування є прикладом досконалого поєднання пентоксифіліну й Рінгер-лактатного розчину, що дозволяє очікувати перспективних результатів при лікуванні пацієнтів у терапевтичній практиці.

Список літератури знаходиться в редакції ■

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

НОВИНИ

ЕВА ОБГОВОРІЛА ЗАКОНОПРОЄКТ «ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ» ЗА КРУГЛИМ СТОЛОМ ІЗ ПРЕДСТАВНИКАМИ ГАЛУЗІ

3 ініціативи Європейської бізнес-асоціації (ЕВА) було проведено чергове обговорення останнього законопроекту «Про лікарські засоби» № 5547.

Представники ЕВА провели 5 липня круглий стіл, на якому в подробицях обговорювався проект закону «Про лікарські засоби» № 5547.

Як повідомляє ЕВА, окрему увагу на круглому столі приділяли:

➤ питанням імплементації положень законодавства та практик ЄС у фармацевтичній сфері;

➤ створенню нового єдиного регуляторного органа;

➤ функціонуванню регуляторних процедур у сфері реєстрації та обігу лікарських засобів;

➤ питанням проведення клінічних досліджень;

➤ впровадженню системи верифікації лікарських засобів (2D-кодування);

➤ ліцензуванню гуртової та роздрібно-торгівлі, а також окремо Е-комерсу.

Як відзначають в ЕВА, бачення учасників круглого столу, серед яких також були представники виробників, дистриб'юторів і аптек, не завжди збігалося з тлумаченнями у чинній редакції. Разом з тим представники фармгалузі відзначили, що розробка нової редакції закону «Про лікарські засоби» повинна апріорі враховувати стратегію розвитку фармацевтичної галузі, визначену урядом.

Крім цього, на круглому столі відбулася дискусія про спрощену процедуру

реєстрації лікарських засобів в Україні, зареєстрованих раніше в Євросоюзі та інших країнах з жорсткою регуляторною політикою. Також ЕВА наголосила на тому, що учасники зустрічі висловили стурбованість щодо перспектив подальшого розвитку напрямку клінічних досліджень в Україні та поліпшення доступу українських пацієнтів до інноваційних лікарських засобів. ■

В «ДОСТУПНИХ ЛІКАХ» ЗАРЕЄСТРОВАНО ПОНАД 10 ТИСЯЧ АПТЕК, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ВИПЛАТИ БЕЗ ЗАТРИМОК

Повідомляється, що з 1 жовтня 2021 року програму реімбурсації буде розширено й Національна служба здоров'я України (НСЗУ) стане єдиним платником за цією програмою.

Як повідомляє НСЗУ, цього року кількість аптек, що долучилися до участі в програмі «Доступні ліки», вперше перевищила позначку в 10 тисяч, і за останні пів року до цієї програми вперше приєдналися понад 401 тисячі пацієнтів.

НСЗУ запевнила, що чітко виконує умови співпраці з фармзакладами та своєчасно відраховує їм належні кошти. Наприклад, у 2021 році НСЗУ відшкодувала аптекам майже 35 мільйонів гривень, а за весь час існування цієї програми — понад 1 мільярд гривень.

МОЗ ОПУБЛІКУВАЛО ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ НОВИЙ ПРОЄКТ КМУ «ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ПЕРЕЛІКУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН І ПРЕКУРСОРІВ»

9 липня МОЗ опублікувало для громадського обговорення проект постанови КМУ «Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та пункту 8 Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психо-

тропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». У поточному році зміни в цей список вносилися вже двічі — 10 березня і 7 квітня.

Як повідомляється в пояснювальній записці, затвердження цього документа позитивно вплине на суб'єктів господарювання, які здійснюють експортно-імпорتنі операції в галузі обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, щодо спрощення процедури отримання дозволу, дозволить уникнути штучного та необґрунтованого обмеження доступу вітчизняних фармацевтичних підприємств до необхідних для виробництва ліків субстанцій.

Крім того, новий проект допоможе не допустити зменшення частки вітчизняних препаратів на ринку України та заміщення їх дорогими імпортними аналогами і водночас мінімізує ризики зупинки виробництва наркотичних і психотропних лікарських засобів в Україні, необхідних для забезпечення потреб охорони здоров'я, а також ризики простою бюджетоутворюючих вітчизняних підприємств.

В останній версії проекту пропонується виключення з відповідних списків деяких похідних канабісу та зміна їх статусу. Крім того, в ньому уточнюються статус і формули цих активних речовин. ■

МІКРОБІОТА ШКІРИ — ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО ЕКОБАЛАНСУ

Пробіотики зараз посідають лідируючі позиції не тільки в дієтології. Недавнє дослідження показали, що вони здатні повернути шкірі красу і здоров'я. Красива й здорова шкіра — це результат як зовнішнього догляду, так і здоров'я людини в цілому, а стан нашого кишечника — це фундамент здоров'я. Травлення, засвоєння поживних речовин, імунна відповідь і, найголовніше, корисні бактерії, що живуть в кишечнику, мають величезний вплив на весь організм, у тому числі на стан нашої шкіри.

Сухість, висип, запалення або алергічні реакції на шкірі — так можуть проявлятися порушення роботи органів травлення. Часто це пов'язано з тим, що утворюється велика кількість токсинів, які, всмоктуючись, змінюють захисні функції імунної системи людини, у тому числі шкіри. Подальше пошкодження слизової кишечника призводить до порушення всмоктування білків, жирів і вітамінів, необхідних для здоров'я шкіри, а надмірне надходження алергенів у кров — до розвитку шкірних алергічних захворювань.

Сучасна медицина вже довела зв'язок порушення кишкової мікробіоти й алергічних захворювань, серед яких atopічний дерматит, екзема, кропив'янка, акне. Цей зв'язок обумовлений різними факторами, включно з генетичною схильністю до таких захворювань, порушенням кишкової мікрофлори й змінами в гормональному й імунному статусі організму. Тому актуальною є проблема порушень еубіотичного стану кишкової мікрофлори і її підтримки за допомогою пробіотичних препаратів.

Пробіотики відновлюють мікрофлору кишечника, повертають її до нормального балансу, а також мають імуномодулюючу дію. Вони допомагають нормалізувати й підтримувати нормальний рН-баланс шкіри, впливають на вироблення колагену, надають неоціненну допомогу у виробленні гіалуронової кислоти, яка, як відомо, є запорукою еластичної і підтягнутої шкіри.

Було доведено, що особливу роль у здоров'ї шкіри відіграють пробіотики, які сприяють виробленню молочної кислоти. Одним з найбільш перспективних пробіотиків, що утворюють правообертальну L(+) форму молочної кислоти, є *L.sporogenes*, яка також називається *Bacillus coagulans*. *L.sporogenes* вперше була ізольована й описана в 1933 р. Л.М. Горвіц-Власовою і Н.В. Новотельновим. Цей тип лактобактерій утворює спори, які при активації в кислотному середовищі шлунка проростають у дванадцятипалій кишці, ефективно запобігаючи росту патогенних організмів. Повільне виділення живих клітин призводить до пролонгованої, ефективної і корисної мікробної діяльності. На сьогодні відомо, що *Bacillus coagulans* є грампозитивною спороутворюючою рухомою бактерією. У формі спор вона добре переносить технологічні процеси, заморожування, тривале зберігання, зберігає свою активність навіть під впливом шлункового соку, жовчі й антибактеріальних препаратів. Спори *Bacillus coagulans* сприяють відновленню власної нормальної мікробіоти людини. Вони повільно виводяться з організму людини тривалий час після закінчення курсу терапії.

Лактовіт Форте — захистить мікробіоту!

5 ПРИЧИН ОБРАТИ ЛАКТОВІТ Форте

- Відновлює власну мікробіоту всього організму
- Має доведену клінічну ефективність та GRAS статус
- Не порушує баланс власної мікробіоти
- Підвищує імунітет та посилює процеси кровотворення
- Тримає під контролем патогенні мікроорганізми

Згідно з консенсусом експертів, *Bacillus coagulans* — це абсолютно безпечний пробіотик, який може застосовуватися протягом тривалого часу без будь-яких побічних ефектів. Використання *Bacillus coagulans* дозволене Управлінням з контролю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) у виробництві порошкових і рідких дитячих сумішей для штучного вигодовування.

КОРИСНІ ВЛАСТИВОСТІ BACILLUS COAGULANS

Для пробіотиків на основі *Bacillus coagulans* існує достатня доказова база щодо їх клінічної ефективності. Більшість досліджень було проведено за сучасним дизайном — як рандомізовані подвійні сліпі плацебо-контрольовані дослідження, які підтверджують, що *Bacillus coagulans* має переваги щодо більшості інших бактерій, які застосовуються як пробіотики.

Находячи в кишечник, *Bacillus coagulans* виробляють корисну L(+) форму молочної кислоти, тим самим ефективно запобігаючи зростанню патогенних мікроорганізмів. Молочна кислота, що виробляється *B.coagulans*, створює оптимальну кислотність середовища для розвитку нормальної мікрофлори кишечника (рН 4–5), а разом з тим чинить антибактеріальну дію і є енергетичним субстратом для епітеліоцитів слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.

Bacillus coagulans може збільшити кількість поглиначів вільних радикалів, що необхідні для боротьби зі старінням шкіри. Також допомагає пригнічувати зростання деяких видів стафілококів (*Staphylococcus hominis* і *Staphylococcus*

epidermidis) та інших бактерій, які можуть призводити до atopічного дерматиту й сухості шкіри.

Bacillus coagulans мають виражену здатність до адгезії на епітеліоцитах кишечника, що затримує їх у просвіті кишки, будучи важливим параметром ефективності, який вказує на життєстійкість мікроорганізму.

Bacillus coagulans проявляє антиоксидантний і антирадикальний ефекти, за рахунок виділення нею гетерополімерів, що містять 4 моносахариди, видаляється реактивний кисень, що утворюється в кишечнику в результаті різних метаболічних реакцій, і гасяться вільні радикали. Також під час експериментальних і клінічних досліджень було виявлено, що *Bacillus coagulans* знижує рівень холестерину в крові.

Для *Bacillus coagulans* встановлено імуномодулюючу дію, доведену в низці клінічних досліджень. При надходженні *Bacillus coagulans* в організм відбувається вірогідне підвищення нейтрофілів і лімфоцитів, які є клітинною ланкою імунітету. У тому числі була виявлена здатність даного мікроорганізму впливати на гуморальний імунітет, що супроводжувалося підвищенням рівня антитіл у крові.

ЛАКТОВІТ ФОРТЕ® — УНІКАЛЬНИЙ ПРОБІОТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ

Лактовіт Форте® — препарат, що містить 120 млн спор *Bacillus coagulans*, 0,015 г вітаміну B₉ (фолієва кислота) і 15 мкг вітаміну B₁₂ (ціанокобаламін). Фолієва кислота і ціанокобаламін чинять синергічну дію і відновлюють слизову оболонку кишечника (при дисбіозі, особливо лікарському, виникає дефіцит віта-

мінів унаслідок блокування ферментних систем клітини антибіотиками, що призводить до порушення ендogenous синтезу вітамінів К і групи В, а також до порушення всмоктування вітамінів). Було показано, що вітаміни B₉ і B₁₂ прискорюють вегетацію спор *Bacillus coagulans* на 1–2 дні. Вони також необхідні для процесу кровотворення, у період після перенесених захворювань, операцій, опіків і травм, шкірних захворювань, є засобом профілактики інфекційних захворювань.

Лактовіт Форте® стійкий до дії високої температури, антибіотиків і кислого середовища шлунка. Спори лактобактерій активуються завдяки низькому рН шлунка, потім потрапляють у дванадцятипалу кишку, де розмножуються й перетворюються на живу вегетативну форму; перешкоджають росту патогенних бактерій; сприяють стимуляції росту власної лактофлори, у тому числі при дисбіозі на тлі антибіотикотерапії; мають репаративні й імуномодулюючі властивості. Препарат можна призначати в період вагітності й годування груддю, дітям з перших місяців життя.

! Отже, Лактовіт Форте® — пробіотик з унікальним складом, що включає спори *Bacillus coagulans*, вітамін B₉ і вітамін B₁₂. *Bacillus coagulans* відновлює мікробіологічний склад мікробіоти кишечника, збільшуючи кількість облигатних мікроорганізмів і витісняючи патогенну флору. Виконавши свою функцію, він протягом 7 днів залишає організм, не порушуючи індивідуального складу кишкової мікрофлори. Препарат забезпечує позитивний вплив на імунну систему і гемопоєз, що допомагає зберегти шкіру здоровою.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. <https://www.medscape.com/viewarticle/923482>
2. http://www.imiamn.org.ua/journal/1_2016/PDF/4.pdf
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31049923/>
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499149/>
5. www.healthline.com/health/probiotics-skin-care
6. <https://dermnetnz.org/topics/the-gut-microbiome-in-skin-disease/>
7. <https://www.cosmeticsdesign-europe.com/Article/2020/11/18/Beauty-supplements-targeting-gut-skin-axis-for-the-skin-microbiome-hold-really-exciting-future-say-experts>
8. *Lactospore (A lactic acid bacillus preparation)*. www.lactospore.com
9. *Lactobacillus sporogenes (monograph)*. *Alternative Medicine Review*. 2002. V. 7. № 4. — P. 340–342.
10. *Abhari K., Shekarforoush S.S., Hosseinzadeh S., Nazifi S., Sajedianfard J., Eskandari M.H. The effects of orally administered Bacillus coagulans and inulin on prevention and progression of rheumatoid arthritis in rats. Food Nutr. Res. 2016. 60. 30876. doi:10.3402/fnr.v60.30876.*

Підготувала Тетяна Брандіс ■

У КОЖНІЙ ОБЛАСТІ УКРАЇНИ З'ЯВЛЯТЬСЯ ЛІКАРНІ НОВОГО ФОРМАТУ, ЩО ВІДПОВІДАТИМУТЬ РІВНЮ ПРОВІДНИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ КЛІНІК

Президент Володимир Зеленський оголосив про старт нового проєкту зі створення в кожній області України лікарень нового формату, що відповідатимуть найкращим світовим стандартам. Про це він заявив під час урочистостей з нагоди Дня медичного працівника України в Києві.

За словами глави держави, це буде одним із кроків на шляху до якісної медичної інфраструктури у країні.

«Лікарні, однаково комфортні як для пацієнта, так і для лікаря. Робота в сучасних закладах, за сучасними методиками, на сучасному обладнанні, де ніщо не заважає зосередитись на головному: лікувати людей і рятувати життя. Власне, робити те, заради чого молодь пішла в цю професію, а люди з багаторічним досвідом у ній залишаються. Лікар повинен боротися з хворобою, а не з проблемами побуту, такими як старі ліфти, незручні ліжка, застаріле обладнання чи комунікації», — зазначив президент.

Міністерство охорони здоров'я вже розпочало проводити комплексний аналіз обласних клінічних і дитячих лікарень для формування технічного завдання для розробки проєктно-кошторисної документації.

«Для нас є критично важливим оновити застарілу матеріально-технічну базу лікарень. Зараз ми доукомплектуємо побудовані в рамках програми президента України «Велике будівництво» приймальні відділення. Далі переходимо на обласні клінічні й обласні дитячі лікарні. Це не буде скрізь створення з нуля — ми проведемо комплексний аналіз кожного регіону і точково інвестуємо в те, що потрібно для того, щоб при використанні наявного потенціалу закладів довести їх до рівня європейських клінік: обладнання, нові корпуси, комунікації залежно від потреб», — заявив міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко.

Під час урочистостей з нагоди Дня медичного працівника України президент України постановив Кабінету Міністрів України опрацювати під час підготовки проєкту закону про Державний бюджет України на 2022 рік питання підвищення заробітної плати для медичних працівників. Закріплені такі орієнтири рівня оплати: не менше 13,5 тис. грн для середнього медперсоналу та не менше 20 тис. гривень для лікарів. ■

ФІНАНСУВАННЯ ЗАКУПІВЛІ ІННОВАЦІЙНИХ ЛІКІВ ЗА ДОГОВОРАМИ КЕРОВАНОГО ДОСТУПУ ВІДБУДЕТЬСЯ, ЩОЙНО БУДУТЬ ВИКОНАНІ НЕОБХІДНІ УМОВИ ЇХ УКЛАДЕННЯ

Міністерство охорони здоров'я України перерозподілить кошти на закупівлю ліків за договорами керованого доступу (ДКД), щойно будуть виконані необхідні умови їх укладення, а саме проведення державної оцінки медичних технологій препаратів, ухвалення відповідного законопроекту Верховною Радою України та завершення переговорної процедури з виробниками препаратів. Про це заявив міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко на спільній зустрічі з пацієнтськими організаціями України.

«Наразі законопроект щодо можливості збереження конфіденційності ціни на лікарські засоби за договорами керованого доступу прийнятий лише в першому читанні. Кошти, передбачені за ДКД, — 1,2 млрд грн — перерозподілили на нагальні потреби системи охорони здоров'я, зокрема на протидію COVID-19, аби ці гроші вже зараз працювали і рятували життя наших пацієнтів. Щойно ми матимемо механізм реалізації ДКД, ми його обов'язково використаємо», — заявив Віктор Ляшко.

Він додав, що окрім роботи над законопроектом міністерство опрацює й іншу «домашню роботу». Станом на 16 червня 2021 року виробники вже подали 12 дощє на проведення державної оцінки медичних технологій (ОМТ) 11 препаратів. Основні терапевтичні групи препаратів, щодо яких виробниками вже подані дощє на державну ОМТ, — онкологія, захворювання легень, цукровий діабет і спінальна м'язова аміотрофія (СМА). «Тримаємо руку на пульсі та активно комунікуємо з виробниками ліків для інших орфанних захворювань стосовно оперативності підготовки та подачі дощє на ОМТ та ініціації ДКД», — додав міністр.

«Міністр охорони здоров'я запевнив нас, що кошти на інноваційні препарати будуть повернені. Ми уважно слідкуватимемо за виконанням обіцянки. На високоякісні ліки вже цього року очікують пацієнти з онкологією та орфанними захворюваннями. Раніше в нашій країні вони збирали мільйони гривень і доларів на лікування самотужки, а з онкологією просто помирали», — розповіла Інна Іваненко, виконавча директорка БФ «Пацієнти України».

«Діти з тяжкими орфанними захворюваннями, зокрема СМА, потребують негайного дорогого лікування. Ми розуміємо, що проходження необхідних процедур для укладання договорів керованого доступу потребує тривалого часу. Тому є необхідність пошуку альтернативних способів забезпечення ліками пацієнтів зі СМА. Наприклад, проведення переговорів з фармвиробниками про програми благодійного або дорестраційного доступу до препаратів», — зазначив координатор руху #ДітиМиВстигнемо Віталій Свистунський.

Міністерство охорони здоров'я та пацієнтські організації домовились спільними зусиллями наблизити той момент, коли в Україні стане можливою закупівля препаратів для лікування рідкісних хвороб у маленьких та дорослих пацієнтів.

Заява за результатами зустрічі представництва МОЗ України на чолі з міністром Віктором Ляшко та представниками пацієнтських та громадських організацій: БФ «Пацієнти України», БО «100% життя», ВГО «Радість руху», ГО «Об'єднання хворих на торсійну дистонію», ГО «Афіна. Жінки проти раку», БО «Благодійний фонд «Ельдар — з надією у серці», ГО «Гармонія руху», ГС «Орфанні захворювання України», громадський рух #ДітиМиВстигнемо. ■

«МЕДЗАКУПІВЛІ УКРАЇНИ» ПОДАЛИ СТРАТЕГІЮ РОЗВИТКУ НА 2021–2023 рр.

14 червня 2021 р. відбулись презентація та обговорення стратегії розвитку ДП «Медичні закупівлі України» на 2021–2023 рр. Захід відбувся з метою узгодити подальший розвиток сфери закупівлі медичних товарів з іншими структурами медичної галузі.

Після отримання зворотного зв'язку від усіх структур, які залучені до реалізації стратегії, до неї будуть внесені відповідні корективи. Після її затвердження новоствореною наглядовою радою підприємства стратегія буде опублікована на сайті ДП МЗУ.



МЕДИЧНІ
ЗАКУПІВЛІ
УКРАЇНИ

➔ Стратегією передбачено кілька напрямів розвитку на період 2021–2023 рр.:

➔ **ефективна реалізація закупівель та поставок.** Закупівля прозоро, публічно та ощадливо. Організація поставок відповідно до стандартів та вимог ВООЗ та з відповідною ліцензією на імпорт/опт. Таким чином, аби в лікарнях не створювався дефіцит препаратів або ліки не складувалися в закладах охорони здоров'я;

➔ **розвиток ІТ-інструментів.** Модуль логістики, що включає замовлення, облік на складі, транспортування та списання товарів. Модуль бізнес-аналітики щодо забезпеченості медичними товарами, що буде публічним і доступним для всіх;

➔ **розвиток антикорупційних інструментів, зокрема отримання сертифікації ISO 37001:2016 Anti-bribery management system;**

➔ **застосування нових закупівельних інструментів на національному та регіональному рівнях.** Зокрема, договорів із середньостроковими зобов'язаннями, що дозволятимуть укладання договорів на період довше бюджетного періоду, та договорів керованого доступу для закупівлі інноваційних ліків. Надання послуг закупівель регіональним публічним замовникам, адже ціни, за якими закуповує ДП МЗУ, подекуди в 7 разів нижчі за такі при закупівлі на місцях.

«Позиція Міністерства охорони здоров'я — передати всі нехарактерні функції закупівель до ДП «Медзакупівлі України». При цьому ми прагнемо отримати максимально якісний результат. Всі поставлені в ній питання є дійсно актуальними. Надзвичайно важливо також надати ДП МЗУ статус централізованої закупівельної організації. Таким чином ДП МЗУ зможе закуповувати для інших публічних замовників, що робитиме регіональні закупівлі ефективнішими. Другий важливий пріоритет роботи — максимально відкривати дані, робити їх доступними для широкої громадськості. Це також збігається зі стратегічними напрямками міністерства — бути відповідальнішим, відкритішим. Я щиро вітаю появу такої стратегії, і міністерство готове долучитися до її спільної реалізації», — заявив Віктор Ляшко, міністр охорони здоров'я.

«У програмі президента Володимира Зеленського та партії «Слуга народу» декларується необхідність забезпечення пацієнтів якісними, інноваційними, доступними лікарськими засобами. Саме це є завданням ДП «Медичні закупівлі України». Команда підприємства вже

довела, що вміє проводити закупівлі медпрепаратів ефективно, прозоро та заощаджувати мільярди бюджетних коштів. Стратегія розвитку підприємства

цілком збігається з баченням Комітету удосконалення системи закупівель у системі охорони здоров'я. На мою думку, ДП має проводити не лише централізовані закупівлі, а й закупівлі медичних препаратів, обладнання за коштом місцевих бюджетів. Проводити закупівлі медичних товарів для інших державних структур. Від цього виграють всі, і насамперед пацієнти. На законодавчому рівні ми робимо все, щоб підприємство мало достатньо інструментів для ефективної роботи. Нещодавно Верховна Рада у першому читанні підтримала законопроект про договори керованого доступу, минулого року — про середньострокові бюджетні зобов'язання», — зазначив Михайло Радущкий, голова Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування.

«Подана стратегія — наступний етап розвитку ДП «Медзакупівлі України». В основі цього бачення — світові тренди, досвід нашої команди, а також закупівельних агентств провідних країн світу, який ми перейняли й адаптували. Для нас важливо, щоб до її імплементації долучилися інші ключові структури у сфері охорони здоров'я. Адже лише таким чином ми можемо встановити довіру до державних інституцій в сфері медичних закупівель», — заявив Арсен Жумаділов, генеральний директор ДП «Медзакупівлі України».

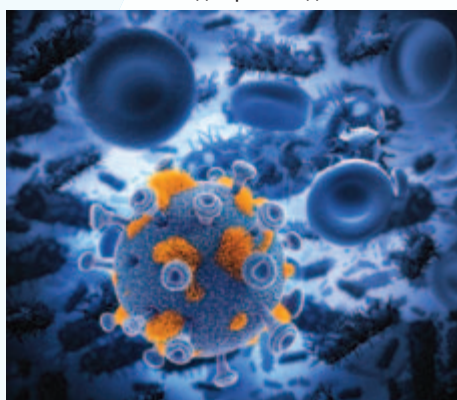
До обговорення також долучилися представники Національної служби здоров'я України, Центру громадського здоров'я МОЗ України, представники донорських та міжнародних організацій.

Нагадаємо, що державне підприємство «Медичні закупівлі України» — стратегічна національна агенція, що забезпечує централізовану закупівлю якісних ліків та медвиробів за коштом державного бюджету. У 2020 році ДП «Медзакупівлі України» закупувало ліки та медичні вироби за державними програмами МОЗ України, засоби індивідуального захисту, експрес-тести, ліки та обладнання, що використовується для протидії COVID-19, автомобілі швидкої медичної допомоги та вакцини проти коронавірусу тощо. Загальний закупівельний бюджет становив більше 10 млрд грн, сума заощаджень на всіх закупівлях — 2,95 млрд грн коштів платників податків. У 2021 році ДП МЗУ здійснюватиме закупівлі лікарських засобів та медичних виробів за 19 напрямками, зокрема це 603 позиції на суму 7,2 млрд грн. ■

**REPLIMUNE GROUP
DOVEDE,
ЩО ОНКОЛІТИЧНІ
ВІРУСИ
ЗДАТНІ
ПЕРЕМОГТИ
МЕТАСТАЗИ
В ПЕЧІНЦІ**

У найближчі місяці Replimune Group збирається розширити поточне дослідження з оцінки препарату на основі онколітичного вірусу RP2, включивши туди пацієнтів з метастазами в печінку.

Минулого року з'явилися перші дані, які вказують на те, що онколітичний вірус Replimune Group RP1 (вусолімоджен одерпа-репвек) ефективний при раку шкіри, завдяки чому акції американської компанії виростили на 50 %, і вона навіть отримала можливість переманювати топ-менеджерів солідних компаній.



Однак результати нового випробування, де схожий кандидат, RP2, оцінювався в поєднанні з Opdivo при запусчених агресивних пухлинах, вражають менше: 6 часткових відповідей серед 27 пролікованих пацієнтів, що дає відповідь пухлини на лікування за результатами об'єктивної оцінки у 22 %. Утім, слід пам'ятати, що ці пацієнти вичерпали всі інші можливості лікування, а саме випробування ще триває.

Крім попередніх результатів згаданого дослідження, Replimune Group оприлюднила плани з розвитку двох проєктів, RP2 і RP3, які перевіряють при метастазах у печінці. Печінка — найбільш поширене місце для метастазування пухлин, і до того ж наявність метастазів у печінці робить рак стійким до імунотерапії. На думку вчених Replimune Group, це пов'язано з реакцією макрофагів, що знаходяться у печінці, які в кінцевому підсумку пригнічують активацію Т-клітин. Компанія стверджує, що її онколітичні віруси здатні ефективно протидіяти цій резистентності. Звичайно, це ще потрібно буде довести.

До того ж серйозним недоліком залишається відносно складне введення онколітичних вірусів, яке обмежує застосування таких препаратів легкодоступними пухлинами й термінальними стадіями захворювання. Наприклад, свого часу колишній головний онколог Genentech заснував стартап Biovex, проданий Amgen в далекому 2011 році, — його головний проєкт Imlygic, перший в історії затверджений онколітичний вірус, вийшов на ринок, але, попри ефективність, так і залишився нішевим продуктом.

У найближчі місяці Replimune Group збирається розширити поточне випробування з оцінки RP2, включивши туди пацієнтів з метастазами в печінку з певних типів пухлин (зокрема, шлунково-кишкового тракту, легенів і молочної залози). Відносно RP3 почнеться рання клінічна робота з оцінки безпеки при введенні безпосередньо в печінку, після чого настане перевірка в режимі монотерапії і в комбінації з інгібіторами контрольних точок до PD-1. RP3 уже показав відмінний результат у попередніх випробуваннях, тому керівництво компанії вирішило, що цей кандидат гідний «агресивного розвитку». ■

**СЕНСАЦІЯ В ЛІКУВАННІ ГЛІОБЛАСТОМИ:
DAIICHI SANKYO ЗАРЕЄСТРУВАЛА ОНКОЛІТИЧНИЙ ВІРУС У ЯПОНІЇ**

Daichi Sankyo увійде в історію фармацевтичної промисловості як перший виробник, який затвердив для лікування раку мозку препарат, сконструйований на основі вірусу.

Міністерство охорони здоров'я, праці й соціального забезпечення Японії (MHLW) надало препарату Delytact (тесерпатурев; tesperaturev) умовне схвалення, що дозволяє застосовувати його в пацієнтів із гліобластомою — найбільш агресивною пухлиною мозку.

Delytact — модифікований вірус простого герпесу типу 1 (HSV-1), сконструйований для виборчої реплікації і знищення пухлинних клітин. Delytact був створений командою вчених з Токійського університету, яку очолював професор Томото Тодо.

Тесерпатурев — далеко не перший препарат із класу онколітичних вірусів, і навіть не перший у світі, який отримав регуляторне затвердження (першим став препарат Imlygic, розроблений Biovex і згодом проданий Amgen, у 2015 році FDA схвалило його для лікування меланоми). Але Daichi Sankyo зазначає, що Delytact став першим у світі онколітичним вірусом, схваленим для лікування первинного раку мозку. Delytact також став четвертим з онкопрепаратів Daichi Sankyo, зареєстрованим за останні два роки.

MHLW затвердило тесерпатурев на підставі результатів клінічного дослідження 2-ї фази, у якому препарату вдалося підвищити виживаність у групі пацієнтів зі збереженою або рецидивуючою гліобластомою, які ра-

ніше отримували променевою терапією і хіміотерапією. На момент публікації результатів 92 % пацієнтів з цієї групи все ще залишалися живими, і це значно більше від очікуваного результату: зазвичай річна виживаність у таких пацієнтів становить всього близько 15 %.

Слід зазначити, що це випробування проводилося без контрольної групи, тому Daichi Sankyo доведеться провести постмаркетингові дослідження, щоб підтвердити переваги свого нового онколітичного вірусу.

Delytact також оцінюється в дослідженні за участю чоловіків з поширеним раком простати. Попередні дані показали, що препарат добре переноситься і не викликає серйозних побічних ефектів. ■

**ПРОПЕС®
ЗНЕШКОДЖУЄ ЗАГРОЗУ. ЗБЕРІГАЄ ЖИТТЯ**



- ідентифікує антигени атипичних клітин і формує потужну антиген-специфічну протипухлинну імунну відповідь
- дає початок активації протиінфекційного клітинного і гуморального імунітету
- знищує патогени, рекрутує макрофаги і активує фагоцитоз, зупиняє реплікацію вірусів



ПРОПЕС® — препарат для цілеспрямованої і раціональної терапії зляканих новоутворень, передракових станів, хронічних інфекцій та вторинних імунodefіцитів. Регуляторні пептиди Пропесу — α-дефенсини і β-дефенсини — взаємодіють з неімуногенними фрагментами антигенів атипичних клітин, перетворюючи їх на імуногенні. В результаті пухлина стає вразливою для імунної системи. Дефенсини знищують інфекційні патогени і одночасно індукують проліферацію імунокomпетентних клітин — CD4 і CD8. У разі будь-якої небезпеки імунна система вчасно отримує здатність організувати потужну антиген-специфічну протидію у відповідь.

Виробник: ТОВ «НІР», Україна, 02160, м. Київ, Харківське шосе, 50. Тел./факс: +38(044) 292-30-91; +38(098) 682-39-69.

Дана інформація призначена для фахівців у сфері охорони здоров'я. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

www.immunologs.com.ua

IGP
pharm



Регістраційне посвідчення № UA/3647/01/01 від 06.04.2020.

IMF XII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ
ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

Х ЮВІЛЕЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

II МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС З ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ **НСМ МІЖНАРОДНИЙ ФОРУМ МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я** **Healthcare Travel Expo** **X МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА МЕДИЧНОГО ТА ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ**

25–27 травня 2021
ВЦ «КиївЕкспоПлаза»
Київська область, с. Березівка
вул. Амстердамська, 1
www.medforum.in.ua

XII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ «ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ — ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ»

25–27 травня відбулася головна медична подія 2021 року — **Міжнародний медичний форум «Інновації в медицині — здоров'я нації»**.

Попри карантинні обмеження, перенесення заходів, складнощі, спричинені пандемією COVID-19, та жорсткі вимоги МОЗ України цього року, **у новій локації — виставковому центрі «КиївЕкспоПлаза»**, що знаходиться у передмісті Києва (с. Березівка, вул. Амстердамська, 1), Група компаній LMT з успіхом провела довгоочікувану зустріч представників охорони здоров'я.

Радість від зустрічі та присутності на заході особисто відчувалася навіть під захисними масками. Нарешті медична спільнота зустрілася офлайн — **це були три насичені дні, присвячені охороні здоров'я України!**

Фахівці мали можливість ознайомитися з медичним та лабораторним обладнанням, сучасним інструментарієм, широким асортиментом медичних меблів, лабораторним посудом, медичним одягом, витратними матеріалами тощо, завести нові знайомства, провести переговори з компаніями-учасниками та отримати найкращі пропозиції від закордонних та вітчизняних виробників.

Щодня відбувалися ділові зустрічі, професійні консультації на стендах компаній, фахівці з усіх регіонів України обмінювалися особистим досвідом, безперервно проходили науково-практичні заходи з підвищення кваліфікації, лікарі вели конструктивний діалог із представниками МОЗ України та органами місцевої влади.

Захід проводився за підтримки Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби України з лікарських засобів і контролю за наркотиками, Київської міської державної адміністрації, Департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації, Національної служби здоров'я України.

Організатори: Національна академія медичних наук України, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Група компаній LMT.

Співорганізатори: Національна академія наук України, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Всеукраїнська асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини.

Посол форуму: Сорока Іван Миколайович.

Офіційний партнер форуму — Український медичний клуб.

Компанії-партнери: «Protech Solution Ukraine», «RH», «Philips», «Амбулаторія.com», «Укрдіагностика», «AMED», «НИКАТОР», «Лабвіта», «Ксенко», компанія «Кінд», «Мед Ексім», «ХЛР», «LIEBHERR», Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю (ISTL), «Модем 1», «УКРОРГСИНТЕЗ», «МЕДАПАРАТУРА» та інші.

До підготовки долучилися профільні медичні асоціації, громадські об'єднання, вищі медичні навчальні заклади. Захід підтримали ЗМІ України та зарубіжжя, інтернет-портали та інші інформаційні ресурси.



ОДНОЧАСНО ВІДБУЛИСЯ: Міжнародний форум «Менеджмент в охороні здоров'я», Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», Міжнародний конгрес з лабораторної медицини, Міжнародна виставка медичного та оздоровчого туризму, SPA&Wellness — Healthcare Travel Expo.

У перший день відбулася урочиста церемонія офіційного відкриття заходів.

З привітальними словами виступили:

☞ заступниця міністра охорони здоров'я України **Ірина Володимирівна Микичак**;

☞ директорка Департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації **Олена Володимирівна Єфіменко**;

☞ віцепрезидент Національної академії медичних наук України **Володимир Миколайович Коваленко**;

☞ проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика **Раїса Олександрівна Моїсеєнко**;

☞ директорка Департаменту комунікацій Національної служби здоров'я України **Тетяна Олександрівна Бойко**;

☞ президент ГО «Український медичний клуб», заслужений працівник охорони здоров'я України, посол Міжнародного медичного форуму **Іван Миколайович Сорока**.

Серед почесних гостей були присутні представники обласних та міських департаментів охорони здоров'я, керівники державних установ МОЗ та НАМН України, завідувачі кафедр НУОЗУ імені П.Л. Шупи-

ка, ректори вищих медичних навчальних закладів, президенти медичних асоціацій, представники об'єднаних територіальних громад, директори компаній — учасників виставок, кращі фахівці галузі охорони здоров'я, представники ЗМІ.

МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я MEDICAEXPO

Під час виставки компанії на своїх стендах презентували повний спектр медичного та лабораторного обладнання, новітньої техніки, інструментарію, медичних меблів, медичного одягу, витратних матеріалів, виробів медичного призначення тощо.

МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА PHARMAEXPO

Працювала експозиція лікарських препаратів, парафармацевтичної продукції, медичних виробів тощо. Відвідувачі отримали можливість дізнатися про комплексне оснащення аптек, послуги для фармацевтичного ринку.

Серед учасників виставок — виробники та постачальники обладнання, медичних товарів і фармацевтичних продуктів для медичних закладів різного профілю: «AERTI», «ALISON GROUP», «AMED», «Art Metal Furniture», «Cherokee_Ukraine», «Doktoram.com», «EUROMED Фундація», «EximLab», «Greenway», «KOTRA», «Liebherr», «RH», представництво «Schiller AG» в Україні, «Vostok-V», Центр слухової реабілітації «АВРОРА», «АЕРЕКС», «Аналітек», «АСАП ГРЕЙД», «АСКМ ГРУП», «Астрівір Текнолоджі», «Аурафікс Україна», «БЕРЕШ ФАРМА», «Ваше Здоров'я Трейдинг», «ВЕГА МЕДИКА», «Головна

Мануфактура», група «Венето», Центр інформаційних технологій ДАМУ, «ДІАЛАБ-СЕРВІС», «ЕКСІМ», «Медична компанія ЕМПІРИКА», «Ерба Діагностикс Україна», «Зетамед», «ЗЕТ ТЕХНІКС», «ІМЕСК», корпорація «Інноваційні технології», «Калина компанія з розвитку бізнесу», «Каммед», «Категорум», «Квайссер Фарма Україна», компанія «Кінд», «КОР-Медікал», «Ксеніум — центр лікувального ксенону», «ЛАБ-ВІТА», «Лабораторія Комплексних Рішень», «Лаб-Універсум», «ЛЕДУМ», «ЛОРАН ГРУП», «МД СОЛЮШНЗ», «Мед Ексім», «Мед Пром», «МЕД ТЕКНОЛОДЖІ», «МЕДАКАДЕМІЯ», «МЕДИКОМ-Україна», «МЕДИСПОРТ», «Медістор», «Медіцинат», «МЕДРЕХАБ», «МедЦентр+», Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю, МК «Квартмед-Україна», МК «Сономедика», «МУКОС Фарма», «Натуральні Есенції», «Нафталан Фарм Груп», «Нікатор», «НМТ», «Ом-Технологія», «Партнер Декор», «Поліпромсинтез», Полтавський завод медичного обладнання та інструментів, Польська туристична організація, «Провіденс Медіка», «Пром Стандарт», «ПРОТЕК СОЛЮШНЗ ПЛЮС», «Протек Солюшнз Україна», «РедМед», «Синтезит», «СКАЙ МЕДИКА», «Терра-Мед», «ТехМедКонтракт», «Ті Джі Хелс», «Топлайн Медікал Юніформ», «Тростини України», «УКР ДІАГНОСТИКА», Українська академія біологічної медицини, «УКРБІОЛАБ», «Харвінд», «ХЛР», Центр Капралова, Центр роботизованої хірургії, «Юкреїніан Вітамінс Груп», «Юнекс Україна», «ЯНЧЕНКО КЛІНІКА» та багато інших.

ЗАХОДИ З ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Науково-практична програма форуму реалізується в рамках **X Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» та Міжнародного конгресу з лабораторної медицини.**

Конгреси внесено до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів і науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2021 році», затвердженого НАМН та МОЗ України.

Кожен мав змогу поповнити свої знання й опанувати нові навички у форматі науково-практичних конференцій, семінарів, фахових шкіл та майстер-класів. Усе ж такі офлайн-заходи — це яскраві враження, обмін досвідом, живе спілкування, генерація оригінальних ідей, практичне знайомство з технологічними інноваціями та головне — **пошук спільного розв'язання гострих проблем.**

Загалом відбулися понад 40 науково-практичних заходів, 6 шкіл та 49 майстер-класів за напрямками: Організація і управління охороною здоров'я, «Приватна медицина», «Лабораторна медицина», «Радіологія», «Загальна практика — сімейна медицина», «Терапія, кардіологія, неврологія, гастроентерологія», «Медицина невідкладних станів та медицина катастроф», «Хірургія, нейрохірургія», «Травматологія та ортопедія»,

тексті боротьби з пандемією COVID-19, актуальні проблеми сучасної лабораторної діагностики, сучасні технології в лабораторній медицині та багато інших. Спонсором заходу виступила компанія «STARLAB».

З успіхом відбувся круглий стіл «Пункт забору зразків медичної лабораторії в системі менеджменту відповідно до вимог ДСТУ EN ISO 15189:2015», організований ТОВ «Навчально-методичний центр «Міжнародна школа технічного законодавства та управління якістю» (ISTL). У першій частині учасники дискутували на тему «Преаналітичні процеси медичної лабораторії відповідно до вимог ДСТУ EN ISO15189:2015. Вимоги до пункту забору зразків медичної лабораторії», а у другій частині круглого столу відбулася робота в групах на тему «Внутрішні чинники, що впливають на якість роботи медичної лабораторії, зокрема пункту забору зразків медичної лабораторії». Усі учасники круглого столу отримали **сертифікат ISTL** з кваліфікацією «Менеджер з якості медичної лабораторії відповідно до вимог ДСТУ EN ISO 15189:2015».

Актуальні питання діагностики та лікування гематологічних захворювань були висвітлені на науково-практичній конференції від ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», кафедри гематології та трансфузіології НУОЗУ імені П.Л. Шупика.

Фахівці ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» на своїй конференції «**Інфекційні хвороби у сучасному світі: епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика, біологічна безпека**» розглянули ситуацію з COVID-19 в Україні і світі, обговорили епідеміологічні моделі прогнозування поширення інфекційних

хвороб на прикладі COVID-19, кору, ВІЛ-інфекції та ВГС в Україні, проаналізували особливості поширення COVID-19 серед дитячого населення.

Фахівців з лабораторної медицини, лікарів-клініцистів зібрала науково-практична конференція «**Проблеми і перспективи розвитку лабораторної медицини в сучасних умовах**», організована Науково-координаційним управлінням та міжінститутським Референтним лабораторним центром НАМН України, ВАКХЛМ.

Спеціалістів національної системи крові, лікарів-лаборантів, лікарів усіх спеціальностей, які залучені в організацію трансфузіологічної служби в закладах охорони здоров'я та надання послуг з трансфузії компонентів крові, зібрала фахова школа з міжнародною участю «**Прикладні питання діяльності суб'єктів системи крові та забезпечення трансфузіологічної допомоги**», організаторами якої є КНП «Київський міський центр крові» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації); кафедра гематології та трансфузіології НУОЗУ імені П.Л. Шупика; ДУ «Український центр трансплант-координації МОЗ України»; ВГО «Асоціація служби крові України»; ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України». На конференції були розглянуті питання стандартизації та забезпечення якості заготівлі, переробки, тестування і зберігання донорської крові та компонентів крові, трансфузіологічної допомоги в закладі охорони здоров'я та прикладні питання суміжних напрямів.

У другий день конгресу відбувся авторитетний практичний захід — **Українська лабораторна школа**, де проходили майстер-класи на діючому обладнан-

ні з можливістю тестування, порадами та практичними нюансами використання, а також кваліфікованими консультаціями експертів галузі. Організаторами школи є: НАМН України; лабораторна та метрологічна служба НАМН; міжінститутський Референтний лабораторний центр НАМН; Всеукраїнська асоціація клінічної хімії та лабораторної медицини; Група компанії LMT, компанії ринку.

Організатор **школи менеджера з якості за стандартом ДСТУ EN ISO 15189:2015. Нові виклики** — журнал «Лабораторна справа» зібрав повний конференц-зал фахівців медичних лабораторій. Були розглянуті міжлабораторні порівняння у системі інтерпретації результатів досліджень, оцінка компетентності персоналу, зміни у випуску 78 ДКХП, класифікація молекулярних методів, керування інформацією лабораторії, відносини із замовником досліджень у надзвичайних обставинах та багато інших цікавих тем.

Учасник форуму «Ерба Діагностик Україна» для фахівців провів майстер-клас на тему «**Можливості коагулометра ECL412 від рутинного гемостазу до D-димеру**». Під час проведення майстер-класу були показані особливості і переваги роботи на напівавтоматичному коагулометрі ECL412, підготовка та проведення аналізу, продемонстровано всі можливості приладу як відкритої системи.

Учасники науково-практичних заходів конгресів отримали сертифікати про підвищення кваліфікації, що надають бали за критеріями нарахування балів безперервного професійного розвитку (БПР).

Одночасно з Міжнародним медичним форумом відбулися:

МІЖНАРОДНИЙ ФОРУМ «МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

Форум на своїй професійній платформі об'єднав 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 для конструктивного діалогу і обміну досвідом.

X ЮВІЛЕЙНА МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА МЕДИЧНОГО ТА ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ, SPA&WELLNESS — HEALTHCARE TRAVEL EXPO

Виставка медичного туризму України, яка об'єднала лідерів галузі та дозволила налагодити довгострокове співробітництво на професійному міжнародному рівні, обмінятися досвідом, підвищити кваліфікацію фахівців за кордоном. У рамках виставки були представлені експозиції Польщі, Чехії, Казахстану, медичні та реабілітаційні центри, клініки, санаторно-курортні установи.

Заходи-2021 у цифрах

5500 м² виставкової площі
150 компаній-учасниць
Відвідали **6345** фахівців
95 науково-практичних заходів (конференції, семінари, школи, майстер-класи)
700 доповідачів — експертів галузі

До зустрічі на заходах 12–14 квітня 2022 року у ВЦ «КиївЕкспоПлаза»! Приходьте та дізнавайтеся про все цікаве та сучасне у світі медицини!

WWW.MEDFORUM.IN.UA

ПЕРЕГОРНУВ — І ЗНОВУ ЧИТАЄШ

ПЕРЕГОРНУВ — І ЗНОВУ ЧИТАЄШ

ПЕРЕГОРНУВ — І ЗНОВУ ЧИТАЄШ

30-та Міжнародна медична виставка Public Health

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я



НАЙБІЛЬША МЕДИЧНА ПОДІЯ ОСЕНІ!

6-8 ЖОВТНЯ 2021

Київ, Міжнародний виставковий центр (М) Лівобережна



IX Міжнародна виставка та конференція медичного туризму



Міжнародна виставка лабораторного обладнання, інноваційних технологій і рішень



VII Міжнародна виставка стоматологічного обладнання та матеріалів і серія науково-практичних та бізнес-заходів

Організатор: **PREMIER** Тел.: +38 (044) 496 86 45
E-mail: ph@pe.com.ua

Безкоштовний квиток на сайті www.publichealth.com.ua
Ваш промокод ZASLAVSKYI

УРЯД ЗМІНЮЄ МОДЕЛЬ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

Уряд прийняв постанову «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників». Постанова набере чинності з 1 січня 2022 року, для фармацевтів і медичних сестер — із 2023 року.

У документі перерахована серія змін у наявній моделі безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Зокрема, новою постановою передбачені:

- ➔ визначення та перелік заходів безперервного професійного розвитку;
- ➔ формати, у яких можуть проводитися такі заходи (обов'язково офлайн; дистанційно; дистанційно, але в режимі реального часу тощо);

➔ вимоги до заходів, за які нараховуються бали безперервного професійного розвитку;

➔ вимоги до провайдерів безперервного професійного розвитку.

Новою постановою також передбачене внесення таких заходів і їх провайдерів в електронну систему безперервного професійного розвитку. Для цього створять окрему структуру МОЗ, що буде адмініструвати зазначену електронну систему.

Крім того, постанова розширює категорії працівників, які отримують право на безперервний професійний розвиток.

Для працівників фармацевтичної галузі постанова набере чинності з 1 січня 2023 року. ■

ІЗРАЇЛЬ ПЕРШИМ У СВІТІ ЗАПРОВАДИВ ТРЕТЄ ЩЕПЛЕННЯ ВІД COVID ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ОСЛАБЛЕНИМ ІМУНІТЕТОМ

Міністерство охорони здоров'я Ізраїлю дозволило медустановам вводити бустерну дозу вакцини від COVID.

Деякі дні раніше подібну ініціативу запропонували американському уряду компанії Pfizer і BioNTech, однак вона не була прийнята із захопленням. Тоді як аргумент фармкомпанії навели дані міністерства охорони здоров'я Ізраїлю, на що центри з контролю і профілактики захворювань логічно заперечили, що збирають для та-

ких завдань і рішень власні дані. Судячи з останніх повідомлень, Ізраїль поспішив прийняти рішення щодо бустерної дози до того, як регулюючі органи західних країн схвалить обов'язкову третю дозу в себе.

Міністерство охорони здоров'я Ізраїлю повідомило локальним постачальникам медичних послуг, що вони можуть почати вводити бустерну дозу вакцини від COVID дорослим пацієнтам з ослабленою імунною системою. ■

АНКЕТА ПЕРЕДПЛАТНИКА

Одержувач (П.І.Б.) _____

Спеціальність _____

Місце роботи _____

Посада _____

Телефон: робочий _____ домашній _____

ДОМАШНЯ АДРЕСА:

Індекс _____ Область _____

Район _____ Місто _____

Вулиця _____

Будинок (корпус) № _____ Кв. _____

ОФОРМИТИ ПЕРЕДПЛАТУ НА ГАЗЕТУ «НОВИНИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ» ВИ МОЖЕТЕ:

- У будь-якому відділенні зв'язку України за каталогом «Укрпошти». Передплатний індекс 21742.
- За безготівковим розрахунком (за рахунком-фактурою) (юридичні особи).
- На сайті mif-ua.com.

Усіх, хто оформив передплату на наше видання у поштовому відділенні, просимо надіслати заповнену анкету передплатника на адресу: Україна, 04107, м. Київ, а/с 74.

Професійне спеціалізоване видання для лікарів



Газета

«НОВИНИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ»
«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
Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 23005-12845ПР.
Видано Міністерством юстиції України 11.12.2017.



Засновник і видавець: **О. ЗАСЛАВСЬКИЙ**

Головний редактор: **Т. БРАНДІС**

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 (067) 325-10-26

З питань публікації статей: redactor@mif-ua.com
З питань передплати: info@mif-ua.com,
+38 (067) 325-10-26

З питань розміщення реклами й інформації про лікарські засоби: reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
pavel89karpinskiy@gmail.com
v_iliyna@ukr.net

Видавець Заславський О.Ю.

Адреса для кореспонденції: а/с 74, м. Київ, 04107

Свідчення суб'єкта видавничої діяльності

ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»

Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002.

Наклад 50 000 прим.

Редакція не завжди поділяє точку зору авторів публікації. Відповідальність за зміст, вірогідність і орфографію рекламних матеріалів несе рекламодавець. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в будь-якій формі в цілому або частково статей, ілюстрацій, рекламних або інших матеріалів дозволені тільки за попередньої письмової згоди редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© ЗАСЛАВСЬКИЙ О.Ю., 2021

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

- АБАТУРОВ О.Є.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри педіатрії 1 та медичної генетики Дніпровського державного медичного університету
- БЕРСЕНЕВ 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 НУОЗУ 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
- НАЙШТЕТІК В.Я.**
Академік УАН, директор НВП «НІР»
- НИКБЕРГ І.І.**
Д.м.н., професор, член-кореспондент Російської академії природознавства, Сідней, Австралія
- НИКОНОВ В.В.**
Д.м.н., професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф ХМАПО
- ПАНЧЕНКО О.А.**
Д.м.н., доктор філософії, професор, заслужений лікар України, директор ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», президент ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
- ПАНЬКІВ В.І.**
Д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- ПОВОРОЗНОК В.В.**
Д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- ПУХЛИК Б.М.**
Д.м.н., професор, Ізраїль
- СІРЕНКО Ю.М.**
Д.м.н., професор, завідувач відділу симптоматичних гіпертензій ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- СТЕПАНОВ Ю.М.**
Д.м.н., професор, головний спеціаліст НАМН України з гастроентерології та дієтології, директор Інституту гастроентерології НАМН України
- ТРАХТЕНБЕРГ І.М.**
Академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, заслужений діяч науки і техніки, д.м.н., професор
- ФЕЄСЬКОВ О.Є.**
К.м.н., доцент, кафедра медицини невідкладних станів та медицини катастроф ХМАПО
- ЮЛІШ Є.І.**
Д.м.н., професор, Ізраїль

МЕДИЦИНА ФАРМАЦІЇ

№ 8 (762) • 2021

ЗМІСТ

Проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України з метою соціального захисту осіб, які отримали профілактичне щеплення (вакцинацію) проти інфекційних хвороб»

1

ПРОЄКТ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДЕЯКИХ ЗАКОНІВ УКРАЇНИ З МЕТОЮ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ОСІБ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЩЕПЛЕННЯ (ВАКЦИНАЦІЮ) ПРОТИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ»

Закінчення. Початок у № 7, 2021

Стаття 50. Розміри періодичних страхових виплат на користь вакцинованих осіб

Розмір щомісячної періодичної страхової виплати становить:

а) для працездатних осіб, які на дату вакцинації отримували дохід як заробітну плату (інші подібні доходи) відповідно до умов трудового або цивільно-правового договору та/або як самозайняті особи чи підприємці, — 100 відсотків від розміру задекларованої середньомісячної заробітної плати (інших подібних доходів), на яку нараховувався єдиний внесок згідно з Законом України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування», отриманої вакцинованою особою протягом 12 місяців, попередніх місяцю, в якому була проведена вакцинація, але не менше мінімального місячного розміру заробітної плати, встановленого на дату страхової виплати;

б) для працездатних осіб, які не підпадають під визначення пункту «а» цієї частини, та непрацездатних осіб — 100 відсотків від сум періодичних державних соціальних допомог, установлених згідно з законами України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям», «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю», «Про зайнятість населення», «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб», «Про пенсійне забезпечення», «Про пенсії за особливі заслуги перед Україною», «Про службу в органах місцевого самоврядування», «Про статус і соціальний за-

хист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про державну підтримку засобів масової інформації та соціальний захист журналістів», але не менше 100 відсотків від розміру прожиткового мінімуму, встановленого згідно з законодавством для відповідних соціальних і демографічних груп населення, до яких належала вакцинована особа на дату страхової виплати.

У разі надання періодичних страхових виплат, які потребують установлення причинного зв'язку згідно з частиною першою статті 43 цього закону, розмір першої страхової виплати розраховується за період від дня вакцинації до дня фактичного надання першої страхової виплати.

Періодичні страхові виплати, призначені у зв'язку з постійною або тимчасовою втратою працездатності вакцинованою особою, не можуть надаватися іншим вигодонабувачам, якщо інше не встановлене законами України щодо надання державних соціальних допомог або міжнародними договорами України, згода на укладення яких була надана Верховною Радою України.

Стаття 51. Розміри одноразових страхових виплат на користь вакцинованих осіб або інших вигодонабувачів

Розміри одноразових страхових виплат становлять:

а) при настанні страхового випадку, передбаченого в пункті «б» частини першої статті 42 цього Закону, — в розмірі 250 прожиткових мінімумів, встановлених законодавством для працездатних осіб на дату настання страхового випадку;

б) при настанні страхового випадку, передбаченого в пункті «в» частини першої статті 42 цього Закону (інвалідності), — в розмірах:

100 прожиткових мінімумів, установлених законодавством для працездатної особи на дату настання страхового випадку, якщо вакцинованій особі призначається I група інвалідності;

50 прожиткових мінімумів, установлених законодавством для працездатної особи на дату настання страхового випадку, якщо вакцинованій особі призначається II група інвалідності;

20 прожиткових мінімумів, установлених законодавством для працездатної особи на дату настання страхового випадку, якщо вакцинованій особі призначається III група інвалідності;

в) при настанні страхового випадку, передбаченого в пункті «г» частини першої статті 42 цього закону (смерті), — в розмірі 350 прожиткових мінімумів, установлених законодавством для працездатної особи на дату настання страхового випадку.

Одноразові страхові виплати, встановлені цією статтею:

а) є додатковими до сум державної соціальної допомоги, які надаються згідно з частинами другою — сьомою статті 36 цього закону медичним працівникам державних і комунальних закладів охорони здоров'я та/або вакцинованим особам, які підпадають під дію законів, визначених в пункті «б» частини першої статті 50 цього закону;

б) не можуть замінювати державну соціальну допомогу або братися до уваги під час розрахунку розміру її суми згідно з законодавством;

в) не можуть братися до уваги для розрахунку розміру та умов надання страхових виплат на користь вакцинованих осіб, передбачених договорами добровільного страхування.

Стаття 52. Відшкодування витрат (збитків) вакцинованої особи, не покритих страховими виплатами

Якщо внаслідок підтвердження невідповідностей між фактичними даними та офіційно оприлюдненими рівнями ефективності окремої вакцини, наявності (відсутності) поствакцинальних ускладнень, строків дії імунної відповіді тощо вакцинована особа захворіє на інфекційну хворобу, проти якої була проведена державна вакцинація, та/або на інші хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями, то документально підтверджені витрати такої вакцинованої особи на лікування та реабілітацію, не покриті страховими виплатами фонду згідно зі статтями 50–51 цього закону (збитки), відшкодовуються за рахунок спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я у сфері захисту населення від інфекційних хвороб згідно зі статтями 1173–1174 Цивільного кодексу України.

Якщо посадова (службова) особа спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я у сфері захисту населення від інфекційних хвороб знала або мала знати про наявність таких невідповідностей, але зареєструвала чи сприяла реєстрації такої вакцини, то Кабінет Міністрів України або спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань охорони здоров'я у сфері захисту населення від інфекційних хвороб зобов'язаний скористатися правом зворотної вимоги (регресу) до такої посадової (службової) особи на повну суму відшкодованих збитків згідно зі статтею 1191 Цивільного кодексу України.

Якщо службова особа порушує правила зберігання, транспортування або застосування вакцини, внаслідок чого вак-

цинована особа захворіє на інфекційну хворобу, проти якої була проведена державна вакцинація, та/або на інші хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями, то залежно від розміру шкоди, нанесеної вакцинованій особі, така службова особа підпадає під юридичну відповідальність, встановлену законом за службову недбалість, у тому числі згідно з частинами першою — другою статті 367 Кримінального кодексу України.

Кабінет Міністрів України встановлює порядок підтвердження таких невідповідностей, правила документального підтвердження збитків (розміру нанесеної шкоди), а також порядок звернення зворотної вимоги (регресу) до зазначених посадових (службових) осіб.

Стаття 53. Відшкодування витрат фонду на надання страхових виплат

Фонд покриває витрати на надання страхових виплат, передбачених цим розділом, за рахунок доходів власного бюджету та резерву коштів. Такі витрати фонду відшкодовуються за рахунок загального фонду Державного бюджету України, якщо:

а) суми періодичних страхових виплат, визначених згідно з пунктом «а» частини першої статті 50 цього закону, перевищують суми страхових виплат, визначених згідно зі статтею 24 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» в розрахунок на застраховану особу (в розмірі такого перевищення);

б) страхові виплати надаються вакцинованій особі, яка не підпадає під визначення застрахованої особи згідно з Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (в розмірі таких страхових виплат);

в) фонд надає одноразові страхові виплати, передбачені в частині третьої статті 44 цього закону (в розмірі таких страхових виплат).

Кабінет Міністрів України:

а) щорічно передбачає відповідні бюджетні призначення центральному органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері соціальної політики, загальнообов'язкового державного соціального та пенсійного страхування, на трансферт фонду;

б) виступає з законодавчою пропозицією про внесення відповідних змін до закону України про Державний бюджет України поточного бюджетного періоду в разі недостатності таких бюджетних призначень. Відшкодування тимчасових касових розривів фонду відбувається за рахунок резервного фонду Кабінету Міністрів України, а при недостатності — за рахунок безвідсоткових позичок з єдиного казначейського рахунку Державної казначейської служби України в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України;

в) відображає в Бюджетній декларації на наступний рік загальну суму коштів, яка спрямовується фонду на формування резерву коштів для покриття сум страхових виплат, пов'язаних з епідеміями (пандеміями).

Стаття 54. Відшкодування витрат Державного та місцевих бюджетів на лікування та реабілітацію осіб, щеплених (вакцинованих) приватними закладами охорони здоров'я

Витрати державних (комунальних) закладів охорони здоров'я, а також інших суб'єктів реабілітації, визначених Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», на лікування та реабілітацію осіб, які отримали профілактичне щеплення (вакцинацію) проти інфекційної хвороби від приватних закладів охорони здоров'я (у разі на-

лінія згину

загальнообов'язкового державного соціального страхування, зокрема пенсій, державних допомог, інших виплат з державного або місцевих бюджетів України, наданих у зв'язку з завданням такої шкоди, а також без урахування майнового стану та доходів потерпілого»;

4) у частині першій статті 1219 «Права та обов'язки особи, які не входять до складу спадщини»:

а) пункт 3 доповнити після коми словами: «якщо інше не встановлено законом»;

б) пункт 4 викласти в такій редакції: «права на аліменти, виплати з Пенсійного фонду та фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування, державні соціальні допомоги, якщо інше не встановлено законом».

VII. Частину четверту статті 6 «Добровільне страхування та його види» Закону України «Про страхування» (*Відомості Верховної Ради України, 1996, № 18, ст. 78*) доповнити новим пунктом 21³ такого змісту: «21³) страхування відповідальності перед третіми особами на випадок їх захворювання на інфекційну хворобу, проти якої було проведено профілактичне щеплення страхувальника, та/або на хвороби, викликані поствакцинальними ускладненнями (нанесення шкоди, заподіяної життю та здоров'ю третьої особи)».

VIII. Абзац четвертий статті 59 «Арешт, стягнення та зупинення операцій по рахунках» Закону України «Про банки та банківську діяльність» (*Відомості Верховної Ради України, 2001, № 5–6, ст. 30*) доповнити такими словами: «та на кошти, зараховані (які зараховуються) відповідно до закону на рахунки фізичної особи Пенсійним фондом

України, фондами загальнообов'язкового державного страхування або надаються з інших джерел, як державна соціальна допомога чи страхова виплата за шкоду, завдану каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я такої фізичної особи»;

IX. Прикінцеві положення.

1. Цей закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.

2. Норми розділу VIII «Державна підтримка вакцинованих осіб» Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

а) починають застосовуватися з першого числа місяця, наступного за місяцем, на який припадає дата набрання чинності цим Законом;

б) поширюються на осіб, вакцинованих в Україні проти хвороби COVID-19, викликану коронавірусом, до дати набрання чинності цим Законом, з урахуванням того, що відлік граничних строків надання страхових виплат (відшкодувань) на їх користь, визначених у статті 47 «Строки надання страхових виплат» Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», розпочинається з першого числа місяця, наступного за місяцем, в якому норми такої статті починають застосовуватися.

3. Протягом 30 календарних днів після набрання чинності цим законом Кабінет Міністрів України, інші центральні органи виконавчої влади України та Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України приймають та оприлюднюють рішення, які випливають з норм цього закону.

Голова Верховної Ради України ■

в) доповнити частиною третьою такого змісту: «3. Перерахування розміру страхових виплат на користь особи, вакцинованої проти інфекційних хвороб, здійснюється з урахуванням норм Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

19) у статті 41 «Право на страхові виплати в разі смерті потерпілого»:

а) частину першу доповнити таким новим реченням: «У разі смерті особи, яка підпадає під визначення Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», право на одержання щомісячних страхових виплат мають їх вигодонабувачі, визначені таким законом»;

б) у пункті другого частини другої виключити слова: «якщо вони не працюють»;

в) пункт третій частини другої доповнити словами: «або інші вигодонабувачі»;

г) у частині третій слова «які не досягли восьмирічного віку» замінити словами: «які не досягли 16 років»;

г) доповнити статтю частиною четвертою такого змісту: «4. Додатково право на одержання страхових виплат у разі смерті особи, вакцинованої проти інфекційних хвороб, мають вигодонабувачі, визначені в статті 45 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

20) у статті 42 «Щомісячні страхові виплати та інші витрати на відшкодування шкоди»:

а) абзац другий частини першої доповнити після коми такими словами: «якщо інше не визначено Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

б) абзац третій частини першої доповнити після коми такими словами: «якщо інше не визначено Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

21) статтю 43 «Документи для розгляду справ про страхові виплати» доповнити частиною п'ятою такого змісту:

«5. Страхові виплати на користь осіб, вакцинованих проти інфекційних хвороб, та інших належних вигодонабувачів надаються (проваджуються) в строки, визначені Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

22) статтю 44 «Розгляд справ про страхові виплати» доповнити частиною четвертою такого змісту:

«4. Розгляд справ про страхові виплати на користь осіб, вакцинованих проти інфекційних хвороб, здійснюється з урахуванням процедур та строків, визначених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

23) статтю 47 «Строки проведення страхових виплат» доповнити новою частиною 11 такого змісту:

«11. Строки проведення (надання) страхових виплат на користь осіб, вакцинованих проти інфекційних хвороб, та інших вигодонабувачів страхових виплат визначаються з урахуванням норм Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

24) розділ VII «Прикінцеві та перехідні положення» доповнити новим пунктом 14 такого змісту:

«14. Цей закон діє з урахуванням Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», норми якого мають юридичну перевагу над нормами цього закону під час визначення страхового випадку, розміру страхової виплати (відшкодування), статусу вигодонабувача, процедури для отримання страхової виплати та визначення її розміру, санкцій за затримку та інших положень, які стосуються вакцинованої особи та інших вигодонабувачів страхових виплат».

IV. Пункт 3 розділу II «Прикінцеві положення» Закону України від 19 березня 2021 р. № 1353-IX «Про внесення зміни до статті 92 Закону України «Про лікарські засоби» щодо державної реєстрації вакцин або інших медичних імунобіологічних препаратів під зобов'язання» викласти в такій редакції:

«3. Кабінету Міністрів України у строки, визначені Законом України «Про соціальний захист осіб, які отримали профілактичне щеплення (вакцинацію) проти інфекційних хвороб», розробити та впровадити порядок надання страхових виплат, передбачених розділом VIII¹ Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», у тому числі при захворюванні вакцинованої особи на хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 (його штамами), та/або на інші хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями».

V. Розділ VIII «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (Відомості Верховної Ради України, 2011, № 2–3, ст. 11) доповнити новим пунктом 13 такого змісту:

«13. Застрахована особа, яка підпадає під визначення вигодонабувача страхових виплат згідно з Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», може прийняти рішення про врахування сум прострочених страхових виплат та нарахованої пені (за наявності) в зменшення її зобов'язань або заборгованості за єдиним внеском, який сплачується самостійно такою особою. Порядок та строки такого врахування (заліку) визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну фінансову політику, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері казначейського обслуговування бюджетних коштів, та Фондом загальнообов'язкового державного соціального страхування».

VI. Внести такі зміни до Цивільного кодексу України (Відомості Верховної Ради України, 2003, № 40–44, ст. 356):

1) у частині четвертій статті 1191 «Право зворотної вимоги до винної особи» слова «мають право зворотної вимоги до винної особи у розмірі виплаченого відшкодування (крім відшкодування виплат, пов'язаних із трудовими відносинами та відшкодуванням моральної шкоди)» замінити словами: «мають право (зобов'язані у випадках, визначених законом) зворотної вимоги до винної особи в розмірі виплаченого відшкодування (крім виплат, пов'язаних з відшкодуванням моральної шкоди)».

2) частину четверту статті 1193 «Урахування вини потерпілого і матеріального становища фізичної особи, яка завдала шкоди» доповнити такими словами: «або шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю»;

3) у статті 1195 «Відшкодування шкоди, завданої каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я»:

а) у частині першій після слів «викликані необхідністю» додати слова «її реабілітації, зокрема»;

б) частину другу доповнити після коми словами: «а у випадках, визначених законом, — з розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб»;

в) частину третю викласти в такій редакції: «Шкода, завдана каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, відшкодується фізичній особі без урахування виплат з фондів

дання дозволу згідно зі статтею 29 цього закону), але захворює на таку інфекційну хворобу та/або хвороби, викликані поствакцинальними ускладненнями, відшкодовуються за рахунок таких приватних закладів охорони здоров'я та/або за рахунок страхових компаній, які застрахували ризики таких захворювань як передумову вакцинавання особи в приватних закладах охорони здоров'я.

Суми таких відшкодувань зараховуються до бюджету, за рахунок якого утримується такий державний (комунальний) заклад охорони здоров'я, та спрямовуються на його фінансування.

Порядок визначення розміру та строків надання (стягнення) таких відшкодувань від приватних закладів охорони здоров'я визначається Кабінетом Міністрів України. У випадку відмови надання такого відшкодування або затримки понад встановлені строки сума відшкодування стягується в порядку звернення зворотної вимоги (регресу) до такого приватного закладу охорони здоров'я (страхової компанії), визначеному статтею 1191 Цивільного кодексу України».

6. У зв'язку з доповненням закону розділом VIII¹ статті 42–43 розділу IX цього закону відповідно вважати статтями 55–56.

7. Розділ X «Прикінцеві положення» доповнити пунктами 2⁴–2⁶ такого змісту:

«2⁴. При виникненні страхових випадків, пов'язаних із вакцинацією проти хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (його штамами), розміри періодичних та одноразових страхових виплат, визначені в статтях 50–51 цього Закону, застосовуються з коефіцієнтом 2.

2⁵. При отриманні виплат на компенсацію шкоди, завданої особі, що була вакцинована проти хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (його штамами), за процедурою Всесвітньої організації охорони здоров'я в рамках глобальної ініціативи «COVAX», сума страхових виплат, розрахована згідно з цим законом, підлягає зменшенню на суму виплат, фактично наданих за такою процедурою на користь постраждалої особи».

2⁶. За поданням спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я у сфері захисту населення від інфекційних хвороб Кабінет Міністрів України встановлює державні регульовані ціни за надання приватними закладами охорони здоров'я послуг з вакцинації застрахованих осіб проти інфекційних хвороб».

II. Внести такі зміни до Закону України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (Відомості Верховної Ради України, 1998, № 23, ст. 121):

1) у статті 4 «Види загальнообов'язкового державного соціального страхування»:

а) частину першу статті 4 викласти у такій редакції: «Залежно від страхового випадку є такі види загальнообов'язкового державного соціального страхування:

пенсійне страхування; страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності (в тому числі інвалідністю або смертю);

страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності (в тому числі інвалідність або смерть);

страхування на випадок безробіття; медичне страхування;

інші види страхування, передбачені законами України»;

б) доповнити частиною третьою такого змісту: «Страхування ризиків захворювання особи на інфекційну хворобу, проти якої була проведена вакцинація, та/або на інші хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями, відносяться до відповідного виду загальнообов'язкового державного соціального страхування залежно від страхового випадку, визначеного в статті 42 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

2) частину першу статті 7 «Особи, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню» доповнити пунктом 3 такого змісту:

«3) особи, які підпадають під дію Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

3) статтю 9 «Страховий стаж» доповнити частиною четвертою такого змісту: «Страхові виплати (відшкодування) можуть надаватися без урахування страхового стажу у випадках, визначених іншими законами України або міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України»;

4) у статті 20 «Джерела коштів» слова «законами про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» доповнити словами: «та іншими законами України або міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України»;

5) частину третю статті 21 «Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування та визначення його розміру» доповнити після коми словами «якщо інше не визначено законами України»;

б) у статті 25 «Види соціальних послуг та матеріального забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням»:

а) у пункті 2 частини першої слова «забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо тяжкі операції або мають хронічні захворювання» замінити словами: «забезпечення реабілітації осіб у випадках, визначених Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», та осіб, визначених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб» у разі настання страхового випадку за ним»;

б) частину п'яту доповнити реченням такого змісту: «Призначення страхових виплат на користь вигодонабувачів, визначених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», може здійснюватися на підставі відомостей, що містяться в державному реєстрі фізичних осіб — платників податків та/або в інших державних реєстрах України, які ідентифікують вигодонабувача»;

7) у частині першій статті 26 «Характеристика страхових випадків та умови надання соціальних послуг і матеріального забезпечення особам за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням»:

а) слова «вагітність та пологи» доповнити після коми такими словами: «переривання вагітності вакцинованої особи внаслідок захворювання на інфекційну хворобу, проти якої була проведена вакцинація, та/або хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями»;

б) слова «смерть годувальника» замінити словами «смерть застрахованої особи, у тому числі годувальника, перинатальна смерть (смерть плоду в перинатальному періоді,

мертвородження, смерть дитини на першому тижні після пологів) внаслідок захворювання вакцинованої вагітної та/або новонародженої дитини на інфекційну хворобу, проти якої була проведена вакцинація, та/або хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями»;

в) слова «соціальні послуги та інші матеріальні витрати, пов'язані з певними обставинами» замінити такими словами: «обставини, в разі виникнення яких особа має право на отримання державних соціальних послуг, визначених законом»;

8) частину першу статті 27 «Підстави припинення виплат і надання соціальних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням» викласти в такій редакції:

«Страхові виплати за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та державні соціальні послуги надаються на користь застрахованої особи або інших вигодонабувачів, визначених законом. Такі виплати (послуги) не надаються (припиняються), якщо:

- а) їх призначено на підставі документів, що містять неправдиві відомості;
- б) якщо страховий випадок стався внаслідок дії особи, за яку настає кримінальна відповідальність;
- в) якщо страховий випадок стався внаслідок умисної дії особи;
- г) внаслідок невиконання застрахованою особою своїх обов'язків щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування;
- г) в інших випадках, передбачених законами».

III. Внести такі зміни до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (Відомості Верховної Ради України, 1999, № 46–47, ст. 403):

- 1) у статті 1 «Визначення термінів»:
 - а) частину десяту доповнити новим абзацом такого змісту: «за соціальним страхуванням у зв'язку з захворюванням вакцинованої особи на інфекційну хворобу, проти якої була проведена вакцинація, та/або на інші хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями»;
 - б) частину тринадцяту доповнити новим абзацом такого змісту: «за соціальним страхуванням осіб, вакцинованих проти інфекційної хвороби, — обставина, з настанням якої вакцинована особа захворіє на таку інфекційну хворобу та/або на інші хвороби, спричинені поствакцинальними ускладненнями»;
 - в) у частині чотирнадцятій слова «або інша особа у випадках, передбачених цим законом» замінити словами «або інші вигодонабувачі у випадках, передбачених законами України»;
- 2) у пункті 1 частини першої статті 3 «Принципи соціального страхування»:
 - а) підпункт 4 доповнити словами: «та іншими законами України»;
 - б) пункт 6 доповнити після коми словами: «якщо інше не визначено законами України»;
- 3) частину першу статті 11 «Страховий ризик і страховий випадок» доповнити новим пунктом 8 такого змісту: «8) кошти Державного або місцевих бюджетів у випадках, передбачених законом»;
- 4) статтю 12 «Страхові внески» доповнити частиною третьою такого змісту:

«3. У разі недостатності страхових внесків, які надходять до фонду, дефіцит бюджету фонду покривається за рахунок загального фонду Державного бюджету України або за рахунок резервного фонду Кабінету Міністрів України, якщо додаткові витрати фонду зумовлені нормами законів України та/або рішеннями органів місцевого самоврядування»;

5) у статті 13 «Майно та матеріально-технічне забезпечення Фонду соціального страхування України»:

а) абзац другий частини першої викласти в такій редакції:

«Майно фонду використовується виключно для цілей провадження діяльності з загальнообов'язкового державного соціального страхування. Не дозволяється передання такого майна для використання з іншими цілями або іншими особами, в тому числі шляхом передання майна фонду в оренду або інші види користування іншим особам (у межах спільної діяльності, державно-приватного партнерства тощо)»;

б) частину другу доповнити словами: «якщо інше не визначено законами України»;

б) частину першу статті 18 «Особи, які підлягають страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності» доповнити після коми словами такого змісту: «а також вигодонабувачі страхових виплат, визначені Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

7) у статті 19 «Право громадян на матеріальне забезпечення та соціальні послуги за страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності»:

а) в абзаці першому частини першої після слів «та члени їх сімей» додати в дужках слова: «(інші вигодонабувачі, визначені законом)»;

б) частину першу доповнити абзацом третім такого змісту: «У випадках, визначених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», право на отримання страхових виплат мають вигодонабувачі незалежно від їх працевлаштування та форми зайнятості»;

в) частину другу доповнити словами: «та Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

г) частину третю доповнити після коми такими словами: «якщо інше не визначено Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

г) частину четверту доповнити новим абзацом: «Страхові виплати, визначені Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», надаються вигодонабувачам незалежно від їх віку та страхового стажу»;

8) частину першу статті 20 «Види матеріального забезпечення та соціальних послуг за страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності» доповнити пунктом 5 такого змісту: «5) надання страхових виплат, передбачених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

9) у статті 22 «Умови надання допомоги по тимчасовій непрацездатності та тривалість її виплати»:

а) абзац другий частини другої доповнити після коми такими словами: «крім випадків, передбачених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», коли оплата надається з першого дня захворювання застрахованої особи»;

б) абзац перший частини третьої доповнити після коми такими словами: «крім випадків захворювання дитини на хвороби, визначені у Законі України «Про захист населен-

ня від інфекційних хвороб», допомога призначається і виплачується за весь час від захворювання дитини до її одужання»;

в) частину четверту статті доповнити після коми словами такого змісту: «крім випадків захворювання членів сім'ї вакцинованої особи на хвороби, визначені у Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб», за якими допомога призначається та виплачується за весь час від захворювання таких членів сім'ї до їх одужання»;

10) частину першу статті 23 «Підстави для відмови в наданні допомоги по тимчасовій непрацездатності» доповнити новим абзацом: «Обмеження, встановлені пунктами 3–6 цієї частини, не поширюються на осіб, які мають право на отримання страхових виплат згідно з Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

11) у статті 24 «Розмір допомоги по тимчасовій непрацездатності»:

а) пункт п'ятий частини першої доповнити після коми такими словами: «а також вакцинованим особам згідно з Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

б) у частині другій після слів «за винятком медичних працівників» додати слова: «та осіб, вакцинованих проти інфекційних хвороб, визначених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

в) у частині третій слова «сума допомоги по тимчасовій непрацездатності» замінити словами: «крім страхових виплат, які надаються відповідно до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб, сума допомоги по тимчасовій непрацездатності»»;

12) у статті 28 «Розмір допомоги на поховання»:

а) у частині першій після слів «розміру прожиткового мінімуму» додати слова «для працездатних осіб»;

б) доповнити статтю частиною другою такого змісту: «2. Одноразова страхова виплата, яка надається в разі смерті вакцинованої особи згідно з Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», не вважається допомогою на поховання»;

13) у статті 30 «Призначення та виплата матеріального забезпечення, надання соціальних послуг за страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності»:

а) абзац перший частини першої доповнити після коми такими словами: «а при наданні періодичних страхових виплат відповідно до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» — за місцем реєстрації (проживання, перебування) вигодонабувача на території України»;

б) абзац другий частини першої доповнити після коми такими словами: «а у випадках, визначених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», — зараховуються на рахунки вигодонабувачів, відкритих в банках України»;

в) доповнити статтю частиною четвертою такого змісту:

«4. Рішення про призначення страхових виплат та відшкодувань на користь осіб, які захворіли на інфекційні хвороби або хвороби, викликані поствакцинальними ускладненнями (інших вигодонабувачів страхових виплат), приймаються з урахуванням норм Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

14) статтю 31 «Документи, необхідні для призначення матеріального забезпечення за страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності» доповнити новою частиною 5 такого змісту:

«5. Призначення допомоги (страхових виплат, відшкодувань) на користь осіб, які захворіли на інфекційні хвороби або хвороби, викликані поствакцинальними ускладненнями (інших вигодонабувачів страхових виплат), здійснюється у порядку, визначеному Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

15) у статті 32 «Строки розгляду документів, призначення та виплати матеріального забезпечення за страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності»:

а) частину п'яту доповнити таким реченням: «Матеріальне забезпечення, передбачене Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб», виплачується на користь вигодонабувача в разі, якщо звернення за його призначенням надійшло не пізніше дванадцяти календарних місяців, наступних за місяцем, в якому стався страховий випадок»;

б) доповнити статтю частиною шостою такого змісту:

«6. Строки розгляду документів, призначення та виплати матеріального забезпечення у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності внаслідок захворювання вакцинованої особи на інфекційну хворобу або хвороби, викликані поствакцинальними ускладненнями, встановлюються з урахуванням норм Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

16) частину першу статті 33 «Порядок розрахунку середньої заробітної плати (доходу) для обчислення допомоги по тимчасовій непрацездатності, по вагітності та пологах» доповнити після коми такими словами: «якщо інше не встановлене Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

17) у статті 36 «Страхові виплати»:

а) частину першу викласти в такій редакції: «1. Страховими виплатами є грошові суми, які в разі настання страхового випадку фонд зараховує на користь застрахованої особи (інших вигодонабувачів) або страхувальників на відкриті ними іменні рахунки в банках України»;

б) у частині третій слова «професійного захворювання (отруєння) за встановленими формами» замінити словами: «професійного захворювання за формами, встановленими фондом згідно з законодавством, якщо інше не визначено Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

в) частину четверту доповнити після коми такими словами: «якщо інше не встановлено Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»».

г) частину сьому доповнити новим пунктом 5: «5) страхових виплат, передбачених Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»».

18) у статті 37 «Перерахування розміру страхових виплат»:

а) частину першу доповнити пунктом 3 такого змісту: «3) зміни баз нарахування страхових виплат або вигодонабувачів згідно з законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;

б) абзац перший частини другої доповнити після коми такими словами: «якщо інше не встановлене Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»»;