

Стандарты лечения внутренних болезней в практике семейного врача

Стандарты лечения внутренних болезней в практике семейного врача — тема, которая не теряет своей актуальности на протяжении многих лет. 22 февраля 2018 г. в Харькове прошел Научно-практический семинар «Медицинские стандарты лечения внутренних болезней в клинической практике семейного врача», собравший семейных врачей, терапевтов, педиатров из Харьковской и Сумской областей. Подобные мероприятия проводятся ежегодно в разных городах Украины Национальной медицинской академией последипломного образования (НМАПО) имени П.Л. Шупика и вызывают большой интерес среди практикующих врачей.

Концепция реформы финансирования системы здравоохранения



Открыла работу семинара профессор **Нина Гойда**, заведующая кафедрой управления охраной здоровья НМАПО имени П.Л. Шупика. Она напомнила, что распоряжением Кабинета Министров Украины от 30.11.2016 г. № 1013-р принята Концепция реформы финансирования системы здравоохранения, задекларировавшая современную модель финансирования этой системы, которая подразумевает четкие понятные гарантии государства относительно медицин-

ской помощи. Основными составляющими реформы являются государственный гарантированный пакет медицинских услуг, единый национальный заказчик медицинских услуг, новые механизмы оплаты медицинских услуг (принцип «деньги идут за пациентом»), усиление роли общин, новые роли центральных и местных органов власти.

Н. Гойда ознакомила слушателей с основными положениями Закона Украины от 19.10.2017 г. № 2168-VIII «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения». В частности, данным законом введены такие новые термины, как «программа государственных гарантий медицинского обслуживания населения», «электронная система здравоохранения», «медицинские записи», «предоставители медицинских услуг», «реимбурсация», «тариф-ставка», «уполномоченный орган». В соответствии с этим законом государство гарантирует полную оплату согласно тарифам за счет средств Государственного бюджета Украины необходимых гражданам медицинских услуг и лекарственных средств, предусмотренных программой медицинских гарантий. За счет Государственного бюджета Украины отдельно осуществляется финансовое обеспечение программ общественного здоровья, мероприятий борьбы с эпидемиями, проведение медико-социальной экспертизы, деятельности, связанной с проведением судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, и других программ в отрасли здравоохранения, обеспечивающих выполнение общегосударственных функций. Кроме того, за счет средств Государственного бюджета будут предоставляться медицинские услуги, предусмотренные другими нормативными актами для определенных категорий лиц (например для пострадавших в результате аварии на Чернобыльской атомной электростанции). Органы местного самоуправления в рамках своей компетенции могут финансировать местные программы развития и поддержки коммунальных учреждений здравоохранения, в частности, относительно обновления материально-технической базы, капитального ремонта, реконструкции, повышения оплаты труда медицинских работников (программы «местных стимулов») и др.

В рамках программы медицинских гарантий государство гарантирует гражданам, иностранцам, лицам без гражданства, постоянно пребывающим на территории Украины, беженцам, лицам, требующим дополнительной защиты, полную оплату:

- экстренной медицинской помощи;
 - первичной медицинской помощи;
 - вторичной (специализированной) медицинской помощи;
 - третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи;
 - паллиативной медицинской помощи;
 - медицинской реабилитации;
 - медицинской помощи детям в возрасте до 16 лет;
 - медицинской помощи в связи с беременностью и родами.
- Иностранцам и лицам без гражданства, временно пребывающим на территории Украины, государство обеспечивает оплату медицинских услуг только в случае оказания экстренной медицинской помощи.

Н. Гойда обратила внимание на особенности обеспечения реализации программы медицинских гарантий. Так, договор о медицинском обслуживании населения по данной программе заключается между учреждением здравоохранения независимо от формы собственности или физическим лицом — предпринимателем, который в установленном порядке получил лицензию на проведение хозяйственной деятельности по медицинской практике, и уполномоченным органом (Национальная служба здоровья Украины. — *Прим. ред.*). Существенными условиями договора являются перечень и объем предоставления пациентам медицинских услуг и лекарственных средств по программе медицинских гарантий, условия, порядок и сроки оплаты тарифа, фактический адрес оказания медицинских услуг, права и обязанности сторон, срок действия договора, отчетность поставщиков услуг, ответственность сторон. Типичная форма договора о медицинском обслуживании населения, порядок его заключения, изменений и прекращения утверждается Кабинетом Министров Украины (в настоящее время такой формы договора до сих пор нет).

В соответствии с Законом Украины «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения», для всей территории Украины устанавливаются единые тарифы оплаты медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских изделий, размеры реимбурсации лекарственных средств, которые предоставляются пациентам по программе медицинских гарантий. При расчете тарифов и корректирующих коэффициентов базой для определения компонента оплаты труда медицинских работников является величина не меньше 250% средней заработной платы в Украине за июль года, предшествующего году, в котором будут применяться такие тарифы и корректирующие коэффициенты.

По мнению докладчика, электронная система здравоохранения существенно будет тормозить реализацию закона, поскольку для обеспечения внедрения единого программного обеспечения потребуется не только много времени, но и средств на его создание.

Н. Гойда отметила, что закон вступил в силу с начала этого года, им вводится реализация государственных гарантий медицинского обслуживания населения по программе медицинских гарантий для первичной медицинской помощи. С 1 января 2020 г. планируется реализация государственных гарантий для всех видов медицинской помощи, а также реимбурсация стоимости лекарственных средств.

Особенности лечения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов пожилого возраста



Профессор **Вера Целуйко**, заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), рассказала об особенностях лечения АГ у пациентов пожилого возраста, подчеркнув, что к лечению лиц с данным заболеванием необходимо подходить дифференцированно. Основные принципы дифференцированного подхода должны базироваться на возрасте: лечить молодых пациентов и лиц старшей возрастной группы следует по-разному (что связано с разным патогенетическим механизмом формирования АГ), также обязательно учитывать функцию почек.

Согласно практическим рекомендациям Американского колледжа врачей (American College of Physicians) и Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), больным в возрасте старше 60 лет следует начинать терапию, если систолическое артериальное давление (САД) повышается >150 мм рт. ст.; рекомендовано дифференцировать терапию с учетом возрастных индукторов повышения АД. У пациентов пожилого возраста с инсультом или транзиторными ишемическими атаками в анамнезе необходимо достижение САД <140 мм рт. ст., поскольку САД влияет не только на риск развития инсульта, но и напрямую связано с общей и сердечно-сосудистой смертностью (чем выше САД, тем выше вероятность смерти).

Как отметила докладчик, во всех современных рекомендациях указано, что лечение АГ должно зависеть от возраста: британскими рекомендациями установлен возраст 55 лет, польскими — 65, европейскими — 60. Для Украины, учитывая небольшую продолжительность жизни, целесообразно ориентироваться на возраст 55 лет. Основной терапией АГ у лиц старшей возрастной группы являются антагонисты кальция (АК) и диуретики, в частности тиазидоподобные диуретики (хлорталидон или индапамид).

В продолжение выступления В. Целуйко представила результаты исследования СИСТЕМА-2 по изучению контроля АД у больных с АГ в возрасте старше 55 лет в ежедневной практике терапевта/семейного врача. В исследование были включены 2040 пациентов с АГ в возрасте старше 55 лет из разных регионов Украины (АД $>140/90$ мм рт. ст.), из них 35,8% получали монотерапию, 45,2% — двойную терапию, 15,8% — тройные комбинации. В качестве монотерапии пациентам назначали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) II, диуретики, двойной терапией — БРА II + диуретик, иАПФ + АК, иАПФ + диуретик, БРА II + блокатор β -адренорецепторов, иАПФ + блокатор β -адренорецепторов (ни одному пациенту не был назначен АК + диуретик!), тройную терапию (комбинации с добавлением АК и диуретика) получали 7,2% пациентов.

Одной из причин плохого контроля АД среди пациентов старшей возрастной группы в Украине является невыполнение рекомендаций, в частности использование монотерапии в случае,



когда показана комбинация антигипертензивных препаратов, а также применение неоптимальных комбинаций.

После пересмотра лечения у пациентов, получавших фиксированную комбинацию индапамид + амлодипин, отмечено значимое снижение АД: через 3 мес лечения уровня АД $<140/90$ мм рт. ст. достигли 67% пациентов, уровня САД <140 мм рт. ст. — 69%, уровня диастолического АД <90 мм рт. ст. — 89%, у 60% пациентов снижение САД составило >20 мм рт. ст., при этом 96,6% пациентов продолжили прием данной комбинации.

Показано, что комбинация АК + диуретик наиболее эффективна после исходной терапии БРА II, как в виде монотерапии, так и при комбинированном лечении. У пациентов старшей возрастной группы после перехода с иАПФ на АК + диуретик отмечено достоверное снижение АД (чем выше исходное АД, тем на больший эффект терапии можно рассчитывать).

В. Целуйко подчеркнула, что контроль АГ в Украине крайне неудовлетворительный, что может обуславливать высокую частоту инсультов и большой удельный вес сердечно-сосудистых смертей в стране. Именно поэтому для эффективного снижения и контроля АД у пациентов с АГ в возрасте старше 55 лет предпочтительно следует отдавать диуретикам и АК.

Спазмолитическая терапия при синдроме абдоминальной боли



Профессор **Олег Бабак**, заведующий кафедрой внутренней медицины № 1 Харьковского национального медицинского университета, уделил внимание терапии синдрома абдоминальной боли. Он напомнил, что данная патология является наиболее распространенной при заболеваниях внутренних органов, занимает первое место среди других симптомов и синдромов по частоте встречаемости, значительно ухудшает качество жизни пациентов, даже при не-

значительной интенсивности, является одной из основных проблем, как с диагностической, так и с лечебной точки зрения. При этом эффективность терапии зависит от правильности выбора тактики лечения. Невозможно определить с терапией без выявления основной причины боли в животе. Прежде всего, необходимо разграничение органических и функциональных заболеваний (подходы к спазмолитической терапии будут разными). Так, при спазме, обусловленном органическими нарушениями, спазмолитическая терапия применяется как симптоматическая в комплексе с препаратами патогенетической направленности, при спазме, обусловленном функциональными нарушениями, — в качестве патогенетической.

Как правило, в большинстве случаев назначают миотропные спазмолитики (папаверина гидрохлорид, дротаверин, мебеверин и др.), нейротропные спазмолитики имеют некоторые ограничения к применению, противопоказания, побочные эффекты из-за которых их применять не рекомендуют. В идеале спазмолитические препараты должны эффективно ликвидировать или предотвращать спазмы гладких мышц, нормализовать функционирование органов и систем вне зависимости от их локализации, оказывать выраженное анальгетическое действие, не вмешиваться в механизмы боли, не стирать симптоматику и не маскировать клиническую картину возможных острых и неотложных состояний, не затруднять верификацию диагноза.

По мнению О. Бабака, препаратом выбора для купирования болевого и диспептического синдромов является дротаверин. Данному препарату следует отдать предпочтение при сочетанной локализации боли, которая на ранних стадиях заболевания затрудняет диагностику или когда боль склонна к локализации. Дротаверин является спазмолитиком 1-го ряда в лечении синдрома абдоминальной боли, он оказывает выраженное спазмолитическое действие на все органы и системы брюшной полости, вызывает быстрое наступление спазмолитического эффекта, проявляет дительную спазмолитическую активность, безопасный, имеет минимум побочных эффектов, накоплен большой позитивный опыт применения, доступен для населения (обладает низкой стоимостью).

Боль в практике семейного врача: как лечить



Профессор **Тамара Мищенко**, заведующая кафедрой клинической неврологии, психиатрии и наркологии Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина, в своем выступлении остановилась на основных моментах лечения боли в практике семейного врача. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 90% всех заболеваний ассоциируются с болью, при этом болевой синдром в 11–40% случаев служит причиной обращения за первичной медицинской помощью, в 22% — боль становится хронической.

К наиболее частым причинам хронической боли в неврологии относят боль в спине, головную боль, постгерпетическую невралгию, диабетическую периферическую нейропатию, травматическое повреждение нервов при хирургическом вмешательстве, онкопатологию, невралгию тройничного нерва, ВИЧ-инфекцию и СПИД, послеампутационную боль, рассеянный склероз. Чаще всего болевые синдромы локализируются в виде боли в спине, головной боли, боли в конечностях.

Т. Мищенко обратила внимание, что на сегодня появилась новая теория, рассматривающая боль как процесс, возникающий на уровне коры головного мозга. Известно, что хроническая боль истощает эмоциональные ресурсы человека, приводит к депрессии и социальной дезадаптации, нарушает сон, изменяет качество жизни больного, является одной из причин временной и стойкой утраты трудоспособности, приводит к употреблению большого количества лекарственных препаратов. Боль носит многокомпонентный характер (вегетативный, сенсорный, двигательный, эмоциональный, когнитивный дефицит). У человека с хронической болью снижается память, внимание, присутствуют когнитивные нарушения.

Выделяют 3 вида боли: ноцицептивную, нейропатическую и функциональную (психогенную). В практике может также встречаться смешанная боль. Так, ноцицептивная боль — это боль, возникающая при действии эндогенных и экзогенных факторов на ноцицепторы. Часто сопровождается ожог, ушиб, растяжение, мышечный спазм, послеоперационную боль, артрит, миозит, дорсопатии без повреждения структур нервной системы. Ноцицептивная боль бывает острой и хронической, имеет очерченную локализацию, характеризуется гипералгией в зоне повреждения, быстро регрессирует после прекращения действия повреждающего фактора, купируется анальгетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Нейропатическая боль возникает вследствие поражения или заболевания соматосенсорной нервной системы, может быть центральной (постинсультная боль, рассеянный склероз, травмы спинного мозга, сирингомиелия) и периферической (диабетическая нейропатия, радикулопатия, постгерпетическая невралгия, невралгия тройничного нерва). Ее распространенность составляет 6–8% в популяции, 20% всех видов хронической боли. Для нейропатической боли характерно сочетание болевых ощущений и локальных нарушений чувствительности в одной зоне.

Дисфункциональная боль возникает вследствие нейродинамических нарушений в центральной нервной системе (ЦНС), характерна для фибромиалгии, головной боли напряжения, синдрома раздраженного кишечника, интерстициального цистита, соматоформных расстройств, психогенной боли.

Т. Мищенко подчеркнула, что в зависимости от вида боли выбирают определенную тактику лечения. Так, при ноцицептивной боли назначают НПВП (при мышечном спазме — миорелаксанты), при нейропатической — прегабалин, габапентин, при дисфункциональной — антидепрессанты, при смешанной (ноцицептивная + нейропатическая) — НПВП + прегабалин. Лечение хронической боли в спине предусматривает назначение НПВП, миорелаксантов, антидепрессантов (при смешанной боли), лечебную физкультуру, массаж, акупунктуру, когнитивно-поведенческую терапию. При головной боли препаратами выбора являются НПВП, комбинированные анальгетики, триптаны, производные эрготамина.

Выбирая препарат для лечения острой и хронической боли, предпочтение следует отдавать наиболее эффективному и безопасному препарату; при назначении НПВП всегда нужно учитывать гастроинтестинальные и кардиоваскулярные риски. По мнению докладчика, препаратами выбора являются нимесулид и диклофенак. В частности, нимесулид — селективный ингибитор циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2) группы метансульфонанилидов без выраженных кислотных свойств — благодаря быстро растворимой гранулированной форме быстро всасывается и оказывает хорошее действие (снижает синтез простагландинов, фактора активации тромбоцитов, лейкотриена В4 и др.). Диклофенак обладает высоким противовоспалительным и антиноцицептивным потенциалом, быстро купирует боль ревматического и травматического генеза, восстанавливает нарушенные функции, имеет высокую безопасность.

Для адекватного купирования острой боли и предотвращения ее хронизации необходимо назначать эффективный НПВП в терапевтической дозе для достижения обезболивающего эффекта в максимально короткие сроки. В случае суставного или вертеброгенного болевого синдрома показано усиление системной НПВП-терапии топикальным кетопрофеном.

Важно учитывать стратификацию кардиологических рисков. В частности, при отсутствии кардиоваскулярных и гастроинтестинальных рисков целесообразным является назначение неселективных НПВП (диклофенак), при отсутствии кардиоваскулярных рисков и наличии гастроинтестинальных — селективных НПВП (нимесулид) или неселективных НПВП (диклофенак) + ингибиторы протонной помпы либо следует обсудить альтернативное лечение.

Лечение пациентов со стенокардией



Говоря о лечении пациентов со стенокардией, **Лариса Яковлева**, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики ХМАПО, отметила, что данное заболевание в структуре ишемической болезни сердца (ИБС) составляет 80%. У пациентов со стабильной стенокардией значительно повышается сердечно-сосудистый риск, при этом каждый повторный эпизод ишемии увеличивает риск кардиоваскулярных событий.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology — ESC), подходы к лечению больных со стабильной ИБС включают: верификацию диагноза, оценку прогноза по данным неинвазивных/инвазивных методов лечения, снижение риска (модификация образа жизни, медикаментозная терапия, реваскуляризация + медикаментозная терапия), устранение симптомов ишемии (медикаментозная терапия, реваскуляризация).

Препаратом выбора для большинства пациентов со стабильной стенокардией является ацетилсалициловая кислота (АСК), при непереносимости или противопоказаниях — клопидогрел. Пациентам, перенесшим в течение года инфаркт миокарда, обязательно должна быть назначена двойная терапия (АСК + клопидогрел/тикагрелол/празугрел), перенесшим стентирование —



АСК + клопидогрел или АСК + тикагрелол/празугрел (при тромбозе/риске тромбоза стента). Статины назначают для достижения липидных целей (холестерин липопротеидов низкой плотности <1,8 ммоль/л или снижение по крайней мере на 50%, если целевого уровня достичь невозможно), иАПФ — в особых клинических случаях (АГ, сердечная недостаточность, сахарный диабет (СД) 2-го типа, хроническая болезнь почек).

В качестве 1-й линии антиангинальной терапии для лечения стабильной стенокардии применяют нитраты короткого действия, далее с одинаковым уровнем доказательности может использоваться либо блокатор β -адренорецепторов, либо АК (на выбор врача), 2-й линии (может быть добавлен к 1-й линии или переключен) — пролонгированные нитраты, ивабрадин, никорандил, антиишемические метаболические модуляторы (триметазидин, ранолазин).

Л. Яковлева подробно остановилась на патогенезе ишемического каскада, отметив, что ишемия — это результат действия нескольких патогенетических механизмов, но в основе ее развития и клинических проявлений всегда лежит дефицит энергии (аденозинтрифосфата) в кардиомиоците. Показано, что триметазидин увеличивает продукцию энергии в кардиомиоците и является важным компонентом в схеме лечения больных ИБС. В ряде исследований продемонстрирован позитивный эффект данного препарата. В частности, триметазидин эффективно уменьшает выраженность приступов стенокардии, суммарную продолжительность ишемии у пациентов с ИБС и СД, улучшает переносимость физической нагрузки, сократительную функцию левого желудочка, выживаемость пациентов с дисфункцией левого желудочка и мультисосудистой ИБС, обеспечивает эффективную кардиопротекцию. Демонстрировано, что у пациентов с сердечной недостаточностью и стенокардией триметазидин в комбинации с блокаторами β -адренорецепторов в значительной степени усиливает позитивные эффекты терапии. Раннее назначение триметазидина обеспечивает выраженный антиангинальный и антиишемический эффект, улучшает прогноз у пациентов с ИБС.

Патогенетическое лечение СД 2-го типа в практике семейного врача



Геннадий Кочуев, доцент кафедры общей практики — семейной медицины ХМАПО, в своем выступлении остановился на вопросах, связанных с лечением пациентов с СД 2-го типа. Он напомнил, что по данным ВОЗ, это заболевание занимает по распространенности 2-е место в мире, являясь основной причиной многочисленных осложнений, в том числе слепоты, ампутаций конечностей и повышения риска сердечно-сосудистых заболеваний. СД 2-го типа

характеризуется двумя ведущими патогенетическими процессами: прогрессирующим снижением функции островковых клеток (снижение секреции инсулина и неадекватная супрессия секреции глюкагона) и нарушением тканевого ответа к действию инсулина.

Г. Кочуев акцентировал внимание на важности раннего выявления заболевания, на стадии нарушенной толерантности к глюкозе. Однако в клинической практике большинство пациентов, как правило, обращаются за медицинской помощью уже при наличии у них СД и его осложнений.

В норме содержание глюкозы в капиллярной крови натощак должно составлять 3,3–5,5 ммоль/л (при уровне 8,8 ммоль/л начинается уже глюкозурия), гликозилированный гемоглобин (HbA1c) в норме составляет 4–6%.

Согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации (American Diabetes Association — ADA), критериями диагностики СД являются уровень HbA1c $\geq 6,5\%$, гликемия натощак ≥ 7 ммоль/л, уровень глюкозы по данным орального глюкозотолерантного теста $\geq 11,1$ ммоль/л. На стадии преддиабета у больных может отмечаться нарушенная тощаковая гликемия и нарушенная толерантность к глюкозе.

В исследовании DPP показано, что метформин снижал риск манифестации СД на 31%, в то время как изменение образа

жизни и диета — на 58%. Спустя 10 лет модификация образа жизни снизила вероятность развития СД на 34% (у лиц старше 60 лет — на 49%), отсрочила его на 4 года. Назначение метформина способствовало снижению вероятности развития заболевания на 18% и его отсрочке на 2 года.

Основными компонентами лечения СД 2-го типа являются гликемический контроль, контроль уровня липидов и АД. В соответствии с клиническими рекомендациями ADA и Европейской ассоциации по изучению СД (European Association for the Study of Diabetes — EASD) целью терапии — достижение уровня HbA1c <7% для большинства пациентов, минимизация гипогликемий (целевой уровень HbA1c должен достигаться без развития выраженных гипогликемий), уменьшение массы тела и коррекция образа жизни пациентов.

Согласно рекомендациям Американского врачебного колледжа (American Clinical Practice — ACP) медикаментозная терапия показана пациентам с СД 2-го типа, когда модификация образа жизни, включающая диету, физические нагрузки и уменьшение массы тела, не позволяет достичь адекватного гликемического контроля. В качестве начала медикаментозного лечения СД 2-го типа для большинства пациентов рекомендована монотерапия метформином. При сохранении гипергликемии на фоне монотерапии метформином и модификации образа жизни пациенту рекомендуется добавление второго антигипергликемического препарата. Монотерапия не может быть назначена, если уровень HbA1c $\geq 9\%$ (рекомендована двойная терапия), HbA1c $\geq 10\%$, уровень глюкозы в крови ≥ 300 мг/дл или больной имеет выраженные клинические проявления (рекомендована комбинированная инъекционная терапия). По данным UKPDS, 50% пациентов через 3 года и 75% пациентов через 9 лет нуждаются в комбинированной терапии. Важным также является своевременная интенсификация терапии.

Г. Кочуев подчеркнул, что в компетенции семейного врача и терапевта назначение двух групп препаратов — метформина и производных сульфонилмочевины, в частности глимегирида.

Антибиотики в лечении пневмонии



Людмила Юдина, доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии НМАПО имени П.Л. Шупика, на клиническом примере рассказала о правильности выбора антибиотика в лечении негоспитальной пневмонии (НП). Она напомнила, что назначать антибиотики следует только по показаниям, нужно выбирать препарат, адекватный клинической ситуации, учитывать фармакокинетические/фармакодинамические свойства антибиотика и назначать максимально короткий

курс лечения, убеждать пациентов полностью завершать курс терапии и не применять препараты по своему усмотрению, комбинировать антибиотики только в случае необходимости. Кроме того, следует избегать применения противомикробных препаратов низкого/сомнительного качества, соблюдать практические рекомендации, основанные на данных доказательной медицины, а также принимать во внимание тенденции региональной антибиотикорезистентности при эмпирическом назначении антибиотиков.

Для лечения больных НП рекомендованы β -лактамы (амоксциллин, амоксициллин/клавулановая кислота, пероральные цефалоспорины II поколения), макролиды (кларитромицин, азитромицин, джозамицин, спирамицин), новые фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).

Показана высокая активность левофлоксацина относительно грамположительной флоры для лечения НП, препарат высокоэффективен также в отношении пенициллинрезистентных, макролидрезистентных и мультирезистентных штаммов *S. pneumoniae*. Кроме того, он обладает отличной эффективностью в отношении грамотрицательных бактерий, поэтому часто рекомендуется в качестве препарата 1-го выбора для лечения инфекций мочеполовых путей.

Л. Юдина отметила, что в стационарных условиях при отсутствии эффекта от препаратов 1-й линии рекомендованы респираторные фторхинолоны, в частности левофлоксацин, имеющий

широкий спектр действия, обладающий бактерицидными свойствами, выраженным клиническим эффектом, имеющий две формы выпуска (раствор, таблетки), что позволяет использовать ступенчатую терапию.

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ): лечение и профилактика



Говоря об ОРВИ, профессор **Марина Кочужева**, заведующая кафедрой фтизиатрии, пульмонологии и семейной медицины ХМАПО, отметила, что данное заболевание сопровождается развитием респираторного и интоксикационного синдрома. Респираторный синдром выступает ведущим и проявляется в основном топическим (локальным) поражением дыхательных путей (фарингитом, ларингитом, трахеитом). Инфекции верхних дыхательных путей включают острый ринит, острый риносинусит, острый средний отит, фарингит/тонзиллит и ларингит, инфекции нижних дыхательных путей — трахеит, острый бронхит, бронхиолит и пневмонию.

Различные вирусы обладают тропизмом к различным отделам дыхательных путей. Вероятность и течение ОРВИ, их частота и исходы зависят от состояния иммунной системы макроорганизма.

М. Кочужева подчеркнула, что антибиотики имеют ограниченную эффективность в лечении большей части неосложненных ОРВИ у взрослых и детей.

Медикаментозная коррекция симптомов ОРВИ значительно улучшает качество жизни пациента и течение болезни. Так, при лихорадке препаратом выбора является парацетамол, ибупрофен, АСК, метамизол натрия.

Основные направления профилактики ОРВИ — закаливание, здоровый образ жизни, проведение гигиенических мероприятий, специфическая иммунизация (вакцинопрофилактика), применение иммуностимуляторов. Для борьбы с иммунодефицитом назначают бактериальные лизаты, пробиотики, интерфероны и индукторы их синтеза, иммуностимуляторы растительного происхождения, растительные адаптогены, витамины.

Во время семинара также были представлены доклады, посвященные современным подходам к диагностике и лечению дисциркуляторной энцефалопатии, неалкогольной жировой болезни печени, кардиоваскулярной патологии, сердечно-сосудистых осложнений, хронической ишемии мозга, дисбиоза, негоспитальных инфекций дыхательных путей, запоров, токсических поражений печени. Особый интерес участников вызвали интерактивные лекции «Современные алгоритмы к диагностике и лечению мигрени», «Критерии выбора НПВП: «новый» взгляд на «старую» проблему».

Проведение таких научно-практических семинаров в разных уголках Украины дает возможность практикующим врачам усовершенствовать свои знания, получить новую информацию о современных методиках, стандартах диагностики и лечения внутренних болезней, а также в неформальной обстановке пообщаться со своими коллегами и поделиться собственным клиническим опытом.

*Марина Колесник,
фото автора*

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Диагноз деменции как предиктор необоснованной полипрагмазии

По данным статистики, в настоящее время распространенность деменции во всем мире составляет около 50 млн лиц, из них в Австралии проживают около 425 тыс. человек. Указанное состояние является вторым по значимости среди причин смертности населения.

В новом международном исследовании, проведенном учеными Сиднейского университета (University of Sydney), Австралия, продемонстрировано возрастание необоснованных назначений множества лекарственных препаратов, включая снотворные, анальгетики, антидепрессанты и ингибиторы протонной помпы, при верификации у пациента такого состояния, как деменция. В масштабном научном проекте, осуществленном также при сотрудничестве Йельского университета (Yale University), США, и Университета Кентукки (University of Kentucky), США, приняли участие около 2,5 тыс. человек. Результаты работы опубликованы в издании «The Journals of Gerontology: Series A» 19 апреля 2018 г.

Материалы и методы исследования

Дизайн работы предполагал продольное исследование, в ходе которого были использованы данные Национального координативного центра по изучению болезни Альцгеймера (National Alzheimer's Coordinating Center). Участниками проекта стали взрослые в возрасте 65 лет и старше (n=2418) с недавно установленным диагнозом деменции за период 2005–2015 гг. Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу и возрасту (1:1).

По результатам проведенной в соответствии с целью работы оценки ученые установили, что с момента диагностики у людей пожилого возраста состояния деменции объемы фармакотерапии для них возросли на 11% в год, при этом применение потенциально неэффективных и необоснованных при данном состоянии препаратов увеличилось на 17%. Спектр указанных лекарственных средств включал снотворные препараты, анальгетики, антидепрессанты, а также блокаторы протонной помпы. При этом, несмотря на то, что такие препараты, как правило, рекомендуются в курсе краткосрочной терапии, для пациентов с деменцией подобные лекарственные средства назначаются на длительный период.

По мнению авторов исследования, такие терапевтические решения могут объясняться рядом причин, в том числе необоснованностью существующих рекомендаций, дефицитом времени при посещении пациентом лечащего врача, сокращением приемлемых возможностей принятия решений специалистами, трудностями в понимании и коммуникации с пациентами, а также сложностями в определении основных целей ухода за людьми с деменцией.

Анализируя результаты работы, ученые отметили, что для пациентов с деменцией, которые проживают под присмотром лиц, осуществляющих уход за ними и обычно несущих ответственность за выполнение терапевтических рекомендаций, основным фактором является организация общения с врачами общей практики, фармацевтами и другими специалистами системы общественного здравоохранения с целью принятия обоснованных решений и сведения к минимуму рисков возникновения побочных эффектов от применяемых пожилыми людьми лекарственных средств. При этом обоснованное сокращение числа назначений тех или иных препаратов может улучшить качество жизни таких пациентов, а также уменьшить расходы на здравоохранение.

Выводы

В целом, авторы исследования акцентировали внимание на том, что полученные сведения вызывают серьезную озабоченность и подчеркивают важность основательной оценки недостатков и преимуществ от применения потенциально небезопасных при деменции и ненужных фармакологических препаратов, способных повышать риск развития таких побочных эффектов, как выраженная седация или сонливость, а также неблагоприятных ситуаций, связанных с падениями, переломами, травмами и госпитализацией. Учитывая это, исследователи подчеркнули необходимость дальнейших усилий для регламентации режима назначения потенциально небезопасных при деменции лекарственных средств для сведения к минимуму возможных неблагоприятных эффектов и обоснования сокращения подобных назначений.

Gnjidic D., Agogo G. O., Ramsey C. M. et al. (2018) The impact of dementia diagnosis on patterns of potentially inappropriate medication use among older adults. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, Apr. 19 [Epub. ahead of print].

University of Sydney (2018) Dementia diagnosis linked to unnecessary medication use: New study finds medication use increases in newly diagnosed dementia patients. *ScienceDaily*, Apr. 19.

Наталья Савельева-Кулик