



#ПідтримуюЛікарів

Здоров'я нації – добробут держави

ISSN 2412-4451

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

№ 3 (496) лютий 2021 р.
Передплатний індекс 35272

Health-ua.com
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ



Кандидат медичних наук
Федір Лапій



**Впровадження вакцин
проти COVID-19:
оновлення даних**

Читайте на сторінці **11**

Доктор медичних наук, професор
Михайло Орос



**Хронічна запальна
дем'єлінізуювальна полінейропатія:
нове в діагностиці та лікуванні**



Читайте в рубриці **Неврологія**
на сторінці **53**

Доктор медичних наук, професор
Валерій Потабашній



**Хронічна серцева недостатність
у хворих на ЦД 2 типу:
нові рекомендації**

Читайте на сторінці **40**

Ренгалін

НОВИЙ
ПРОТИКАШЛЬОВИЙ ПРЕПАРАТ

**Лікування сухого та вологого кашлю
з 1-го дня терапії з протизапальною дією^{1,3}**

- Чинить комбіновану дію: протизапальну, бронхолітичну, протикашльову¹
- Ренгалін має протизапальний ефект, в порівнянні з фенспіридом зменшує вираженість денного кашлю в 2,5 рази²
- Ренгалін сприяє нормалізації аускультативної картини гострого бронхіту у 50% пацієнтів уже на 4-й день²



1. Інструкція для медичного застосування препарату Ренгалін.

2. Игнатова Г.Л. и соавт. «Острый бронхит влияние схемы терапии на течение заболевания» МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. Пульмонология; 2016; стр. 1-7.

3. Акопов А.Л. и соавт. Ренгалин – новый эффективный и безопасный препарат в лечении кашля. Результаты многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования у больных с ОРВИ. Антибиотики и химиотерапия. 2015; 60 (1-2): 19-26.

Детальна інформація згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу Ренгалін.

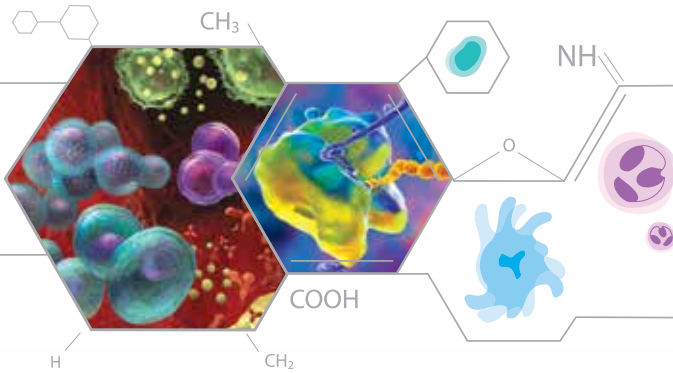
Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Ренгалін. Р.П. МОЗ України UA/17860/01/01 від 13.01.2020 р. Виробник: ЗАТ «Сантоніка», Литва.

Будь-які відомості щодо побічних реакцій препарату повідомте за телефоном +38 (044) 400-90-78.

ГРОПРИНОЗИН®

Інозин пранобекс, 500 мг



РЕАЛЬНА ДОПОМОГА ІМУННІЙ СИСТЕМІ

Коротка інструкція для медичного застосування препаратів ГРОПРИНОЗИН®, ГРОПРИНОЗИН® РІХТЕР
Склад. Таблетки: діюча речовина: інозин пранобекс; 1 таблетка містить 500 мг інозину пранобексу; допоміжні речовини: крохмаль картопляний, повідон, магнію стеарат. Сироп: діюча речовина: інозин пранобекс; 5 мл сиропу містить 250 мг інозину пранобексу; допоміжні речовини: метилпарагідроксибензоат (Е 218), пропілпарагідроксибензоат (Е 216), сахароза, натрію гідроксид (Е 524), кислоти лимонної моногідрат (Е 330), вода очищена. Лікарська форма, Таблетки, Сироп, Фармакологічна група. Протівірусні препарати для системного застосування. Код АТС J05A X05. Показання. Вірусні інфекції, спричинені вірусом простого герпесу типу 1 і 2, вірусом вітряної віспи, цитомегаловірусом, вірусом Епштейн-Барра, вірусом коку, вірусом паротиту, в тому числі у хворих з імунодефіцитними станами; вірусні респіраторні інфекції. У складі комплексної терапії: папіломавірусні інфекції шкіри та слизових оболонок; гострої респіраторної інфекції, папіломавірусна інфекція вульви, вагіни та шийки матки; гострий вірусний енцефаліт; вірусний гепатит; підгострий склерозуючий паненцефаліт. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; подагра; гіперурикемія. Спосіб застосування та дози. Препарат застосовувати перорально. Дозова доза залежить від маси тіла, перебігу та тяжкості хвороби, стану хворого. Таблетки: дорослі та діти віком від 12 років: 50 мг/кг маси тіла (зазвичай 6-8 таблеток, розподілених на 3-4 прийом), максимальна добова доза — 4 г. Діти віком від 1 до 12 років: 50 мг/кг маси тіла (зазвичай 1 таблетка на 10 кг маси тіла для дитини з масою тіла 10-20 кг; три маси тіла більше 20 кг призначати дозу, як для дорослих) за 3-4 прийоми на добу, максимальна добова доза — 4 г. Для полегшення прийому таблетку можна розтопити та/або розчинити у невеликій кількості води безпосередньо перед застосуванням. Сироп: дорослі, включаючи пацієнтів літнього віку: рекомендована добова доза становить 50 мг/кг маси тіла (1 мл/кг), зазвичай 3 г/добу (20 мл сиропу 3-4 рази на добу). Максимальна добова доза для дорослих — 80 мл сиропу. Діти віком від 1 року: рекомендована добова доза становить 50 мг/кг маси тіла (1 мл/кг), рівномірно розподілена на 3-4 прийом. Дозовий режим розраховується, виходячи з маси тіла пацієнта: 10-14 кг — 3 x 5 мл; 15-20 кг — 3 x 5-7,5 мл; 21-30 кг — 3 x 7,5-10 мл; 31-40 кг — 3 x 10-15 мл; 41-50 кг — 3 x 15-17,5 мл. Упаковка. Таблетки: по 10 таблеток у бістері; по 2 (10 x 2) або по 5 (10 x 5) бістерів у картонній упаковці. Сироп: по 150 мл сиропу у флаконі; 1 флакон у картонній упаковці з пристроєм для дозування з міркою шкалою від 0,5 мл до 5 мл. Категорія вірусу. За рецептом. В. л. МОЗ України. Таблетки: № UA/6286/01/01, Наказ № 798 від 14.07.2017. Сироп: № UA/16348/01/01, Наказ № 1246 від 11.10.2017. Інформаційне повідомлення. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Застосовується за призначенням лікаря. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з повною інструкцією.



Представництво «Ріхтер Гедеон Ріхтер» в Україні
01054, м. Київ, вул. Тургенєвська, 17-Б.
Тел.: (044) 389-39-50, 389-39-51, тел./факс: 389-39-52,
e-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.richter.com.ua

ЗМІСТ

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Діагностика та лікування негоспітальної пневмонії

Я.О. Дзюблик..... 16

За матеріалами конгресу EPOS 2020

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Ренгалін: застосування інноваційних технологій

у лікуванні кашлю

Л.Ф. Матюха..... 14-15

Німесулід при гострих респіраторних захворюваннях:

безпека й ефективність

М.М. Селюк..... 22-23

ФІТОМЕДИЦИНА

Парадигма брендів і генериків:

погляд клінічного фармацевта

К.О. Зупанець..... 28-29

УРОЛОГІЯ

Фітотерапія – альтернатива антибіотикам

у лікуванні неускладненого гострого циститу в жінок

К. Набер..... 34

КАРДІОЛОГІЯ

Івабрадин: нові горизонти в лікуванні стабільної ішемічної

хвороби серця та серцевої недостатності..... 39

Хронічна серцева недостатність

у хворих на ЦД 2 типу: нові рекомендації

В.А. Потабашній..... 40

Контроль артеріального тиску

та поліпшення прогнозу пацієнтів

із гіпертонією: можливості комбінації

телмісартану з амлодипіном

Л.А. Міщенко, О.Г. Купчинська..... 43

Унікальні можливості телмісартану

в лікуванні хворих із серцево-судинною патологією

Ю.В. Зінченко..... 46-48

МОВОЮ ЦИФР І ФАКТІВ

Кеторолак – оптимальне рішення

для фармакотерапії гострого болю

в нижній частині спини..... 58-59

ОРФАННІ ХВОРОБИ

Діагностика спадкового ангіоневротичного

набряку в Україні: складний шлях поневірянь

тривалістю в десятки років..... 31-33



Хронічна серцева недостатність у хворих на ЦД 2 типу: нові рекомендації



В.А. Потабашній

Наприкінці січня відбулося онлайн-засідання громадської організації «Придніпровська асоціація лікарів-інтерністів», присвячене коморбідній патології у хворих на цукровий діабет (ЦД), а також іншим проблемам внутрішньої медицини, в якому взяв участь завідувач кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», член Ради Всеукраїнської асоціації кардіологів України (ВАКУ), доктор медичних наук, професор Валерій Аркадійович Потабашній, виступивши з доповіддю «Особливості лікування серцевої недостатності в пацієнтів із цукровим діабетом: огляд рекомендацій ВАКУ 2020 року».

Професор В.А. Потабашній повідомив, що на асамблеї ВАКУ (після обговорення на XXI Національному конгресі кардіологів України у вересні 2020 року) було ухвалено спільні рекомендації ВАКУ та Всеукраїнської асоціації фахівців із серцевої недостатності «Серцева недостатність у хворих на цукровий діабет». Ці рекомендації розроблено для сімейних лікарів, терапевтів і кардіологів поліклінік і стаціонарів, анестезіологів, лікарів відділень інтенсивної терапії, клінічних фармакологів і лікарів інших спеціальностей. Оскільки ці настанови ще маловідомі для широкого кола лікарів, професор присвятив свій виступ їх розгляду.

Насамперед спікер звернув увагу на те, що в рекомендаціях визначено 5 класів:

- I (значна сила, тобто користь набагато перебільшує ризик): рекомендоване втручання чи вид лікування, без сумніву, корисні й ефективні;
- IIa (помірна сила, користь достатньо перебільшує ризик): дані щодо ефективності рекомендованого втручання чи виду терапії переважують протилежну думку;
- IIb (низька сила, користь перебільшує ризик або дорівнює йому): дані щодо ефективності рекомендованого втручання чи виду терапії менш очевидні й мають суперечливий характер;
- IIIa (помірна сила, користь дорівнює ризику): ефективність рекомендованого втручання чи терапії не підтверджена в дослідженнях;
- IIIb (значна сила, користь менша за ризик): втручання може завдати шкоди.

В основу рекомендацій закладено три рівні доказів – A, B та C (A – рандомізовані контрольовані дослідження (>1 випробування), метааналіз; B – рандомізоване контрольоване дослідження; C – нерандомізовані клінічні випробування).

На початку доповіді Валерій Аркадійович нагадав, що серцева недостатність (СН) визначається як комплексний клінічний синдром, що є наслідком будь-яких структурних або функціональних порушень наповнення шлуночків або викиду крові та являє собою потенційно фатальну стадію будь-якого серцево-судинного захворювання. В Україні поширеність хронічної СН (ХСН) становить ≈2%, а в осіб віком >65 років сягає 10%. Поширеність ХСН зростає з віком і наявністю супутніх захворювань, як-от артеріальна гіпертензія, абдомінальне ожиріння, хронічне обструктивне захворювання легень, ЦД 2 типу, ниркова дисфункція, анемія тощо. Утім, безпосередньо майже 50% усіх нових випадків СН пов'язані з ішемічними причинами, причому 90-добова смертність серед хворих, які ургентно госпіталізовані з ознаками декомпенсації ХСН або з гострою СН досягає 40%, а 5-річна смертність хворих із маніфестною ХСН – майже 50%.

За даними епідеміологічних досліджень, ЦД 2 типу підвищує ризик уперше встановленої ХСН у чоловіків і жінок у 2 та 5 разів відповідно. Незважаючи на те що вдосконалене обґрунтування лікування ЦД дало змогу поліпшити виживання хворих у розвинених країнах, кількість смертей від ХСН почала перевищувати смертність від інфаркту міокарда в пацієнтів із ЦД 2 типу. Водночас ризик смерті у хворих із ХСН і ЦД 2 типу без ішемічної хвороби серця (ІХС) дорівнює такому, що спостерігається при ішемічній ХСН без ЦД.

Основними патогенетичними зв'язками між ХСН і ЦД насамперед є ураження органів-мішеней, зумовлені ЦД (нефропатія, мікро- та макроангіопатія, мікрорасклярне запалення, дисфункція ендотелію, атеросклероз та інші нейропатичні зміни). До кардіоваскулярних захворювань, які співіснують із ЦД та підвищують ризик розвитку СН, слід віднести ІХС, артеріальну гіпертензію, інфаркт міокарда, ішемічний інсульт і фібриляцію передсердь. Важливим зв'язком між ХСН і ЦД є абдомінальне ожиріння, резистентність до інсуліну, гіперглікемія, дисліпідемія та гіперурикемія. Також ЦД робить внесок у розвиток ХСН за рахунок активізації ренін-ангіотензин-альдостеронової (РААС) і симпатoadреналової систем, збільшення рівня ендотеліну-1, зростання оксидативного стресу, системного

запалення, «метаболічної пам'яті», ліпотоксичності, глюкозотоксичності й інших факторів.

Згідно з рекомендаціями «Серцева недостатність у хворих на цукровий діабет» у діагностиці ХСН слід проводити:

- визначення рівнів BNP/NT-proBNP у хворих на ЦД 2 типу в разі підозри щодо наявності ХСН за умови збереженої фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) та/або ізольованих діастолічних порушень функції міокарда (клас I, рівень A);
- визначення концентрацій BNP/NT-proBNP для уточнення прогнозу й тяжкості ХСН у хворих на ЦД 2 типу (клас I, рівень A);
- визначення рівнів BNP/NT-proBNP та/або високочутливих серцевих тропонінів T або I (поріг чутливості – 0,1 нг/л) безпосередньо при госпіталізації для оцінки прогнозу в осіб із гострою СН або гострою декомпенсацією ХСН у поєднанні з ЦД 2 типу (клас I, рівень A);
- моніторинг рівнів мозкового натрійуретичного пептиду / NT-proBNP та sST2 з інтервалом 3-4 міс у пацієнтів із ХСН у поєднанні з ЦД 2 типу для об'єктивізації ефективності лікування (клас IIb, рівень B).

Цільовий рівень HbA_{1c} для більшості хворих із маніфестною ХСН із ЦД 2 типу має утримуватися в межах 7,0-8,0% (клас IIa, рівень C). Стабільно високі рівні HbA_{1c} (>10%) та/або sST2 >35 нг/мл у хворих із ЦД 2 типу є потужними біомаркерами високого ризику появи СН (клас IIa, рівень B). Динаміка рівнів HbA_{1c} та sST2, яка ґрунтується на серійних вимірюваннях умісту біомаркерів з інтервалом 3-4 міс, може бути корисною для визначення ризику появи СН (клас IIb, рівень C).

Специфічного лікування ХСН для хворих на ЦД 2 типу не існує, тобто стратегія медикаментозного лікування ХСН залишається незмінною, але є певні особливості щодо вибору лікарських засобів у разі ХСН за наявності ЦД. Окрім того, не проводилося спеціальних рандомізованих клінічних досліджень, які були би присвячені винятково хворим на ЦД з метою зниження ризику появи чи сповільнення прогресування ХСН. Саме тому було запропоновано нижчезазначені рекомендації щодо фармакологічного лікування ХСН у хворих на ЦД, мета яких полягає в зниженні ризику смерті та/або запобіганні госпіталізації внаслідок прогресування ХСН.

Перший клас рекомендацій:

- застосування інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) або блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА), β-адреноблокаторів й антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів у пацієнтів із ХСН зі зниженою ФВ ЛШ у поєднанні з ЦД 2 типу (клас I, рівень A);
- інгібітори АПФ рекомендовані для початкового призначення хворим на ХСН зі зниженим показником ФВ ЛШ (клас I, рівень A);
- БРА рекомендовані пацієнтам із ХСН зі зниженою ФВ ЛШ за непереносимості інгібіторів АПФ або за наявності протипоказань до їх призначення (клас I, рівень B);
- комбіновану блокаду рецепторів ангіотензину II та непрілізину (сакубітрин/валсартан) слід рекомендувати замість інгібіторів АПФ у разі збереження стійких симптомів СН у хворих зі зниженою ФВ ЛШ, незважаючи на прийом рекомендованої схеми лікування (інгібітор АПФ + β-адреноблокатор + антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів) (клас I, рівень B).

Водночас сакубітрин/валсартан не може бути застосований у хворих з ангіоневротичним набряком в анамнезі (клас IIIb, рівень C).

Другий клас рекомендацій:

- івабрадин слід застосовувати у хворих на ХСН із ФВ ЛШ <35% і ЦД 2 типу за наявності синусового ритму на ЕКГ із частотою серцевих скорочень у спокої >70/хв, незважаючи на титрування β-адреноблокаторів до максимальної переносимої дози (клас IIa, рівень B);
- антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів можна розглянути з метою зниження ризику госпіталізації хворих на ХСН зі збереженою ФВ ЛШ і ЦД 2 типу, якщо протягом року відбулася одна та більше госпіталізації щодо ХСН, циркулювальний рівень BNP або NT-proBNP стійко підвищений (>300 пг/мл або >1000 пг/мл

відповідно), рівень креатиніну крові <250 мкмоль/л, уміст калію <5 ммоль/л, а швидкість клубочкової фільтрації >30 мл/хв/1,73м²).

Окрім того, доповідач звернув увагу на низку нових рекомендацій:

- інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2 типу – НЗКТГ-2 (дапагліфлозин, емплагліфлозин) можуть бути застосовані у хворих на ХСН зі зниженою ФВ ЛШ і ЦД 2 типу, котрі отримують лікування за рекомендованою схемою (інгібітор АПФ або БРА чи сакубітрин/валсартан + β-адреноблокатор + антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів) для поліпшення віддаленого прогнозу смертності (клас I, рівень B);
- застосування ранньої комплексної фармакологічної терапії на основі комбінування сакубітрину/валсартану, β-адреноблокатора, антагоніста мінералокортикоїдних рецепторів та інгібітора НЗКТГ-2 (дапагліфлозин, емплагліфлозин) у пацієнтів із ХСН і зниженою ФВ ЛШ (клас IIa, рівень B);
- петльові діуретики, в т. ч. у комбінації з тіазідами, слід застосовувати для симптоматичної терапії ХСН зі зниженою та збереженою ФВ ЛШ для досягнення еуволемічного контролю (клас I, рівень C);
- ізосорбід динітрат у комбінації з гідралазину гідрохлоридом може бути використаний як альтернатива блокаторам РААС винятково в осіб африканської раси незалежно від наявності ЦД 2 типу (клас I, рівень A);
- у хворих на ХСН зі зниженою чи збереженою ФВ ЛШ у поєднанні з ЦД 2 типу артеріальний тиск необхідно підтримувати на рівні <130/80 мм рт. ст. (клас I, рівень A);
- використання інгібіторів АПФ (або БРА) та β-адреноблокатора є доцільним для досягнення адекватного контролю артеріального тиску в осіб із ХСН (клас IIa, рівень C);
- профілактика та лікування фібриляції/тріпотіння передсердь у разі ХСН має здійснюватися згідно з відповідними сучасними рекомендаціями (клас I, рівень C).

Рекомендації щодо зниження ризику гіперкаліємії при фармакологічному лікуванні ХСН у хворих на ЦД 2 типу для підтримання прихильності до терапії:

- регулярний контроль рівнів електролітів і креатиніну в сироватці крові на початку лікування препаратами, що блокують ефекти РААС, або при титрації доз інгібіторів АПФ / БРА у хворих на ХСН і ЦД (клас IIb, рівень B);
- використання полістеролсульфонату натрію, натріюцирконію циклосилікату, патиромеру може бути доцільним для контролю гіперкаліємії на тлі хронічної блокади РААС у хворих на ХСН зі зниженою ФВ ЛШ і ЦД (клас IIb, рівень B).

Рекомендації щодо ресинхронізаційної терапії (РТ) при ХСН у пацієнтів із ЦД:

- РТ доцільна у хворих із маніфестацією ХСН із ФВ ЛШ ≤35%, що супроводжується повною блокадою лівої ніжки пучка Гіса з тривалістю комплексу QRS на ЕКГ ≥150 мс на тлі оптимальної медикаментозної терапії – ОМТ (клас I, рівень A);
- РТ може використовуватися для поліпшення клінічного статусу та прогнозу ХСН у хворих із ФВ ЛШ ≤35%, QRS-морфологією ЕКГ-картини повної блокади лівої ніжки пучка Гіса та пролонгацією комплексу QRS на ЕКГ до 130-150 мс, які залишаються симптомними попри ОМТ (клас I, рівень B);
- РТ може також бути розцінена як метод поліпшення клінічного стану та перебігу маніфестної ХСН із ФВ ЛШ ≤35%, будь-якою QRS-морфологією ЕКГ-картини повної блокади лівої ніжки пучка Гіса з пролонгацією комплексу QRS на ЕКГ ≥150 мс, які залишаються симптомними попри ОМТ (клас IIa, рівень B);
- РТ не рекомендована хворим на ХСН із пролонгацією комплексу QRS на ЕКГ <130 мс (клас III, рівень A);
- регулярні індивідуально підібрані фізичні вправи можуть мати позитивний вплив на клінічний перебіг ХСН і віддалений прогноз (клас IIb, рівень B).

Професор В.А. Потабашній повідомив, що найближчим часом очікується оприлюднення оновлених настанов із ведення СН Європейського товариства кардіологів (ESC), а також висловив надію, що після створення чіткої структури, підтриманої доказами щодо покращення прогнозу СН, всебічний підхід до медикаментозної терапії СН стане фундаментом для її лікування.

Підготував **Олександр Соловійов**