

Почки

Флагман нефрологии

Нирки

Флагман нефрології

Kidneys

The leadership of nephrology

Мультидисциплинарный специализированный

научно-практический журнал

Основан в сентябре 2012 года

Периодичность выхода: 4 раза в год

3 (5) • 2013

ПОЧКИ НИРКИ

Мультидисциплинарный специализированный
научно-практический журнал

№ 3 (5), 2013

ISSN 2307-1257

Подписной индекс 68277



Основатель и шеф-редактор
Заславский А.Ю.

Заведующая редакцией

Брандис Т.Я.

Заместитель заведующей редакцией

Куприненко Н.В.

Адреса для обращений

По вопросам подписки

info@mif-ua.com

тел. +38 (062) 338-21-11

По вопросам размещения информации
о лекарственных препаратах

reclama@mif-ua.com

office@zaslavsky.kiev.ua

Російською, українською та англійською мовами

Реєстраційне свідоцтво КВ № 19043-7833Р.

Видано Державною реєстраційною службою України
29.05.2012 р.

Матеріали номера затверджені на засіданні вченої ради
НМАПО імені П.Л. Шупіка 12.06.2013 р., протокол № 6

Формат 60x84/8. Ум.-друк. арк. ***

Тираж 10 000 прим. Зам. № **

Адреса редакції:

83030, м. Донецьк, а/с 1347

Тел./факс: +380(62) 338-21-11.

E-mail: medredactor@bk.ru

(Тема: До редакції журналу
«Нирки»)

www.mif-ua.com

Видавець Заславський О.Ю.

83102, м. Донецьк, пр. Ленінський, 25/126

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2128 від 13.05.2005

ПП «Астро»

83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2047 від 24.12.2004

Главный редактор

Иванов Д.Д.

Редакционный совет

Антипкин Ю.Г. (Киев)

Возианов С.А. (Киев)

Вороненко Ю.В. (Киев)

Дзяк Г.В. (Днепропетровск)

Коваленко В.Н. (Киев)

Никоненко А.С. (Запорожье)

Тронько Н.Д. (Киев)

Пыриг Л.А. (Киев)

Cannata-Andia Jorge B. (Испания)

Rostaing L. (Франция)

Tsakiris D. (Греция)

Редакция не всегда разделяет мнение автора публикации. Ответственность за достоверность фактов, собственных имен и другой информации, использованной в публикации, несет автор. Перепечатка и другое воспроизведение в какой-либо форме в целом или частично статей, иллюстраций или других материалов разрешены только при предварительном письменном согласии редакции и с обязательной ссылкой на источник. Все права защищены.

© Заславский А.Ю.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Страница редактора 5

Editor's Page 5

РЕДАКЦІЙНА РАДА

EDITORIAL BOARD

Поздравляем с днем рождения! 6

Happy Birthday! 6

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

ORIGINAL ARTICLES

Иванов Д.Д., Кушниренко С.В.
Оценка лечебного и профилактического
потенциала препарата Канефрон Н
при острых циститах у детей:
результаты клинического исследования 9

Ivanov D.D., Kushnirenko S.V.
Evaluation of Therapeutic
and Preventive Potential of Canephron N
in Acute Cystitis in Children:
Results of Clinical Study 9

*Леженко Г.О., Пашкова О.Е., Рудова О.И.,
Рубанова Е.И.*
Досвід застосування цефіксиму в лікуванні
інфекцій сечової системи у дітей 25

*Lezhenko G.O., Pashkova O.Ye., Rudova O.I.,
Rubanova Ye.I.*
Experience of Cefixime Application for the
Treatment of Urinary Tract Infection in Children ...25

НАСТАНОВИ

GUIDELINES

Настанови Європейської асоціації урологів
із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU,
2012/2013) (скорочений виклад змін) 14

Guidelines of European Association of Urology
on the Treatment of Urinary Tract Infections
(EAU, 2012/2013) (Summary of Changes) 14

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПРАКТИКУМ

PHARMACOLOGY WORKSHOP

Дозування нових препаратів для лікування
діабету у хворих на ХХН 30

Dosing of New Drugs for the Treatment
of Diabetes in Patients with CKD 30

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИКУЮЧОМУ ЛІКАРЮ

TO HELP THE PRACTITIONER

Добрик О.О.
Ефективність застосування
низькобілкової дієти і кетоаналогів амінокислот
як комплексу ренопротекторних засобів
у терапії хронічного захворювання нирок 31

Dobryk O.O.
Efficacy of Low-Protein Diet
and Ketoanalogues of Amino Acids
as a Complex of Renoprotective Agents
in the Therapy of Chronic Kidney Disease 31

Медведь В.И., Дуда Е.М.
Преэклампсия в клинике экстрагенитальной
патологии 36

Medved V.I., Duda Ye.M.
Preeclampsia in the Clinical Pattern
of Extragenital Pathology 36

КУРОРТОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

BALNEOTHERAPY

Время собирать камни 41

A Time to Gather Stones 41

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

CLINICAL OBSERVATION

Кушниренко С.В., Мордовец Е.М.
Нефротический синдром
или паранеопластическая нефропатия
при синдроме Шерешевского — Тернера? ... 43

**Kushnirenko S.V., Mordovets Ye.M.*
Nephrotic Syndrome
or Paraneoplastic Nephropathy
in Shereshevsky — Turner Syndrome? 43

Коментар спеціаліста 49

Commentary of Specialist 49

Коментар спеціаліста 50

Commentary of Specialist 50

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА

POSTGRADUATE EDUCATION

Симпозиум
«Інфекції сечових шляхів: діагностика» 51

Symposium
«Urinary Tract Infections: Diagnosis» 51

Симпозиум «Инфекции мочевых путей: лечение острого цистита»	54
Симпозиум «Инфекции мочевых путей: лечение пиелонефрита»	57

Symposium «Urinary Tract Infections: Treatment of Acute Cystitis»	54
Symposium «Urinary Tract Infections: Treatment of Pyelonephritis»	57

ДЛЯ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ

Памятка для пациента: камни в почках	61
--	----

FOR OUR PATIENTS

Memo to the Patient: Kidney Stones	61
--	----

ДАЙДЖЕСТ

Терапия индукции и поддержания пролиферативного люпус-нефрита: метаанализ рандомизированных контролируемых исследований	63
Увеличение частоты микроальбуминурии у пациентов, получающих статины	63
Взаимосвязь между прокальцитонином при остром пиелонефрите и рубцеванием почек у детей	63
Антитромбоцитарная терапия в предотвращении несостоятельности сосудистого доступа: систематический обзор и метаанализ	64
Точность формул MDRD и СКД-EPI в расчете СКФ у пожилых	65
Использование пищевых добавок, которые могут быть потенциально опасны при ХБП, в Америке	65
Влияние более частого гемодиализа на когнитивные функции по данным исследований в Frequent Hemodialysis Network (FHN)	66
Сравнение лечения метаболического ацидоза при ХБП 4-й стадии на фоне гипертензивной болезни почек фруктами и овощами с бикарбонатом натрия	66

DIGEST

Induction and Maintenance Treatment of Proliferative Lupus Nephritis: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	63
Increased Frequency of Microalbuminuria in Patients Receiving Statins	63
Association of Procalcitonin with Acute Pyelonephritis and Renal Scars in Pediatric UTI	63
Antiplatelet Therapy to Prevent Hemodialysis Vascular Access Failure: Systematic Review and Meta-Analysis	64
Accuracy of the MDRD and CKD-EPI Equations for Estimation of GFR in the Elderly	65
Americans' Use of Dietary Supplements that Are Potentially Harmful in CKD	65
Effect of More Frequent Hemodialysis on Cognitive Function in the Frequent Hemodialysis Network Trials	66
A Comparison of Treating Metabolic Acidosis in CKD Stage 4 Hypertensive Kidney Disease with Fruits and Vegetables or Sodium Bicarbonate	66

НОВИНИ З ІНШИХ ЖУРНАЛІВ

Сок свеклы против артериальной гипертензии	67
Альтернативные методы лечения могут помочь в снижении артериального давления	68
Потребление соевого молока и уровень артериального давления у больных сахарным диабетом 2-го типа с нефропатией	68

NEW FROM OTHER JOURNALS

Beetroot Juice Against Hypertension	67
Alternative Therapies May Help in Lowering Blood Pressure	68
Consumption of Soy Milk and Blood Pressure Level in Patients with Diabetes Mellitus Type 2 with Nephropathy	68

ФАРМДОВІДКА

Інструкція для медичного застосування препарату Кетостерил (Ketosteril)	70
Вниманию авторов	71
Информация для подписчиков	72
Анкета читателя	82

PHARMACEUTICAL INFORMATION

Instruction for Medical Use of Ketosteril	70
Information for Authors	71
Information for Subscribers	72
Reader's Questionnaire	82

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!



Слоган номера: «Правильно лечиться — модно». Вот к нему известные строки Ивана Крылова из басни «Старик и трое молодых»:

А третий — *он в жаркий день холодного испил*
И слег: его врачам искусным поручили,
А те его до смерти залечили.

Давайте будем модными в лечении докторами!

**С уважением, главный редактор
профессор Д. ИВАНОВ**



ПОЗДРАВЛЯЕМ С ДНЕМ РОЖДЕНИЯ!



13th July

Dimitrios Tsakiris

Degrees — MD 1972, Ph.D. (Glasgow) 1991

Undergraduate Training

1972 — Graduated Medical School Aristotelean University, Thessaloniki

Postgraduate Training

1978 — Specialist in Internal Medicine, Ahepa General Hospital, Thessaloniki

1981 — Specialist in Nephrology, Ahepa General Hospital, Thessaloniki

Previous Appointments

1978 — Registrar in Internal Medicine, Ahepa General Hospital, Thessaloniki

1980–87 — Hon. Registrar and Research Fellow in Renal Unit, Western Infirmary, Glasgow

1987–97 — Senior Registrar in the Department of Nephrology, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

March 1997 — Sept 2008 — Consultant in the Department of Nephrology, General Hospital of Veria, Greece

Present Appointment

Oct 2008 — present — Consultant in Charge, Department of Nephrology, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece

Societies and Committees

Member, Hellenic Society of Nephrology — 1980

President, Hellenic Society of Nephrology, 3/2000 — 3/2002

Member, International Society of Nephrology — since 1990

Member, American Society of Nephrology — since 1998

Member, European Dialysis Transplantation Society (EDTA) — since 1982

Member, Scientific Advisory Board of EDTA — 1995–2002

Member, Council of ERA-EDTA — 2002–2005

Publications

Has published over 130 articles and reviews in national and international journals, has citation index over 1900 and impact factor 311 (2009). Some recent publications are:

1. Tsakiris D. et al. Incidence and outcome of patients starting renal replacement therapy for multiple myeloma: an ERA-EDTA Registry study // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2010. — 25(4). — 1200-1206.

2. Locatelli F., Eckardt K.U., Macdougall I.C., Tsakiris D., Clyne N., Burger H.U., Scherhag A., Drueke T.B.; Cardiovascular Risk Reduction in Early Anaemia Trial with Epoetin Beta investigators and coordinators. Value of N-terminal brain natriuretic peptide as a prognostic marker in patients with CKD: results from the CREATE study // *Curr. Med. Res. Opin.* — 2010. — 26(11). — 2543-52.

3. Tsakiris D.J., Simpson K., Stel V., Wanner C., Jager K.J. Disease classification: a pitfall of the ERA/EDTA registry? // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2010. — 25(8). — 2799.

4. Mitsopoulos E., Tsiatsiou M., Zanos S., Katodritou E., Visvardis G., Papadopoulou D., Passadakis P., Vargemezis V., Tsakiris D. Impact of C-reactive protein on absolute reticulocyte count in haemodialysis patients: the role of iron status // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2011. — 26(3). — 992-7. □



REENA™



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

13 сентября 2013 г.

в «Адмирал Клубе» (г. Ирпень, ул. Советская, 116)

кафедра нефрологии и почечно-заместительной терапии НМАПО имени П.Л. Шупика (зав. кафедрой — проф. Д. Иванов) и Международная нефрологическая академия REENA™ 2013 (Renal Eastern Europe Nephrology Academy) проводят 7-й последипломный образовательный курс, аккредитованный ERA-EDTA, — 7th REENA: «KDIGO Guidelines Implementation in Practice», посвященный разъяснению и внедрению международных нефрологических руководств 2012–2013 гг. в клиническую практику (<http://www.era-edta.org/Irpen2013.htm>).

На сателитных симпозиумах будут рассмотрены практические вопросы лечения заболеваний почек и междисциплинарные проблемы в свете последних обновлений руководств 2012–2013 гг. по микробно-воспалительным заболеваниям мочевых путей, артериальной гипертензии, сахарному диабету.

Программа доступна на сайте www.nephrology.kiev.ua.

Для участия приглашаются нефрологи, кардиологи, эндокринологи, врачи общей практики — семейной медицины.

Участники образовательного курса получат сертификаты ERA-EDTA и НМАПО.

**Для участия в последипломном курсе
просим до 01.08.2013 г. зарегистрироваться по электронному адресу
оргкомитета: Conference_n@ukr.net.**

**За дополнительной информацией обращаться по тел. (097) 376-65-83,
e-mail: o.lubchenko@gmail.com.**



Bionorica®

Запалення нирок? Сечового міхура?

Канефрон® Н



- німецька якість фітопрепарату
- значний досвід призначень різним віковим групам та категоріям пацієнтів¹⁻³
- потенціювання протизапальної терапії⁴

Розкриваючи силу рослин



ПАНАЦІЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Канефрон® Н

Таблетки, вкриті оболонкою: 1 таблетка містить порошок висушених лікарських рослин: трави золототисячнику 18 мг, кореня любистку 18 мг, листя розмарину 18 мг. Крaплі оральні: 100 г крaплей містять 29 г водно-спиртового екстракту (1:16) з лікарських рослин: трави золототисячнику 0,6 г, кореня любистку 0,6 г, листя розмарину 0,6 г.

Показання. Безсимптомна терапія, а також як компонент комплексної терапії при гострих та хронічних інфекціях сечового міхура і нирок; хронічні неінфекційні захворювання нирок; профілактика утворення сечових каменів. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Пептична виразка у стадії загострення. Крaплі не слід застосовувати як монотерапію у випадках порушень функцій нирок. Не слід застосовувати Канефрон® Н для діуретичної терапії набряків, спричинених серцевою або нервовою недостатністю. **Умови відпуску.** Без рецепта.
Р.Л. № U A/4708/01 /01; UA/4708/02/01.

Джерела: 1 - Медведь В.И., Исламова Е.В. (2009) Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам. Мед. аспекты здоровья женщины, 3(20): 2-5. Краченко Н.Ф. 2 - Мурашко Л.Е. (2008) Использование препарата Канефрон® Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы. Репрод. здоровье женщины, 1 (35): 48-51. 3 - Каладзе Н.Н., Слободян Е.И. (2012) Патогенетически ориентированный метод оптимизации восстановительного лечения детей, больных хроническим пиелонефритом. Соверм, педиатрия, 2(42): 124-129. 4 - Дудар Ю., Лобода О.М., Крот В.Ф. та ін. (2009) 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон® Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи. Здоровье мужчины, 3(30): 85-90.

Виробник: ТОВ «Біоноріка», 02095, Київ, вул. Київський Затон, 9.
Тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01; e-mail: office@bionorica.com

ИВАНОВ Д.Д., КУШНИРЕНКО С.В.

Кафедра нефрологии и почечнозаместительной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н ПРИ ОСТРЫХ ЦИСТИТАХ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Введение

Инфекции мочевой системы, в том числе циститы, занимают 2–3-е место среди всех микробных заболеваний детского возраста. При наличии провоцирующих факторов заболевание у девочек склонно к рецидивированию, особенно при отсутствии адекватной профилактической терапии. Поскольку длительное применение антибиотиков и уроантисептиков с противорецидивной целью ограничено (особенно когда нет явных и однозначных факторов риска), актуальным является изучение возможности применения с данной целью комплексного растительного препарата Канефрон® Н [1–4]. Ранее проведенные исследования по применению препарата Канефрон® Н при лечении пиелонефрита на фоне сахарного диабета 2-го типа позволили установить, что его профилактический потенциал сопоставим с применением профилактических доз уроантисептиков [5]. Вместе с тем возможности терапии Канефроном Н при остром цистите у детей ранее не изучались.

Канефрон® Н («Бионорика СЕ», Германия) — комбинированный препарат растительного происхождения, содержащий стандартизованные фитонинговые экстракты травы золототысячника, корня любистка и листьев розмарина. Комплекс биологически активных веществ (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла, горечи, флавоноиды и др.) определяет фармакологические эффекты препарата. Канефрон® Н оказывает мягкое диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое, вазодилатирующее и антибактериальное действие, поддерживая физиологическую рН мочи. Улучшение кровоснабжения почек и лоханок обеспечивает увеличение концентрации антибактериальных препаратов в паренхиме почек и моче, что ведет к повышению эффективности антибактериальной терапии.

Вышеперечисленные свойства Канефрона Н определили его патогенетическую обоснованность

в лечении и профилактике детей с острым циститом.

Цель и задачи исследования

Целью данного исследования являлась оценка лечебного и профилактического потенциала препарата Канефрон® Н (производитель «Бионорика», Германия) при острых циститах у детей.

Задачи исследования:

1. Изучить эффективность исследуемого препарата в сокращении сроков купирования острой симптоматики цистита у детей.
2. Изучить эффективность исследуемого препарата в сокращении числа рецидивов заболевания.

Дизайн исследования

Тип исследования

Данное клиническое исследование проводилось как открытое, рандомизированное, проспективное, моноцентровое, контролируемое, не слепое, в параллельных группах.

Описание исследования

Настоящее исследование выполнялось в соответствии с требованиями, предъявляемыми Государственным фармакологическим центром МЗ Украины к клиническим испытаниям. В исследовании принимали участие 60 больных, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике кафедры нефрологии и почечнозаместительной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика и соответствующих критериям включения/исключения.

Каждому субъекту исследования был присвоен порядковый номер включения в данное испытание,

© Иванов Д.Д., Кушниренко С.В., 2013

© «Почки», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

который был внесен в Индивидуальную регистрационную форму.

Пациенты были привлечены к клиническому исследованию после получения письменного информированного согласия родителей пациента на участие в испытании.

Каждый пациент получал назначенное лечение в соответствии с инструкцией к препарату. До начала исследования и в его конце каждый испытуемый проходил клинико-лабораторное обследование в соответствии с приведенной ниже схемой.

Все данные обследования пациентов вносились в Индивидуальную регистрационную форму больного и истории болезни.

Данные, определяемые как критерии эффективности и переносимости, оценивались по предлагаемой в соответствующем разделе шкале, статистически обрабатывались и сравнивались до и после лечения. На основании полученных результатов делались выводы об эффективности и безопасности исследуемого препарата.

Данные клинических и лабораторных исследований статистически обработаны методом вариационной статистики с учетом непараметрического критерия χ^2 и представлены в форме таблиц. Для оценки достоверности полученных результатов принят уровень значимости $p < 0,05$.

Индивидуальная регистрационная форма, информированное согласие родителей пациента на участие в испытаниях, списки пациентов и истории болезни сохраняются в архиве клинического учреждения, в котором проводилось исследование.

График исследования

Длительность исследования для каждого пациента составила 3 месяца. Общая продолжительность исследования — 3 месяца.

Критерии досрочного прекращения исследования:

- выяснившиеся фармако-токсикологические свойства препарата, ведущие к ухудшению соотношения польза/риск;
- возникновение серьезных побочных эффектов в первые дни испытания у большинства больных;
- невозможность проводить исследование в соответствии с протоколом.

Описание исследуемого препарата

Название: Канефрон® Н.

Активное вещество: 1 мл капель содержит: трава золототысячника — 6 мг, корень любистка — 6 мг, листья розмарина — 6 мг.

Лекарственная форма: капли для приема внутрь во флаконах по 100 мл.

Изготовитель: «Бионорика СЕ», Германия.

Базовая терапия

В качестве базовой терапии пациенты (60 человек) получали стандартную терапию антибиотиком

цефиксим в возрастных дозировках (8 мг/кг/сутки) в течение 3 дней.

Выбор испытуемых Количество субъектов испытания

В исследовании принимали участие 60 детей.

Критерии включения:

- пациенты (дети) 3–12 лет;
- диагноз: острый цистит.

Критерии исключения:

- пороки развития мочевыделительной системы;
- индивидуальная непереносимость компонентов Канефрона Н;
- наличие хронической микробно-воспалительной патологии МВС;
- участие в любом другом клиническом испытании.

Условия выбывания пациентов из исследования:

- индивидуальная непереносимость исследуемого препарата;
- возникновение у пациента в ходе исследования тяжелых и/или неожиданных побочных явлений;
- значительное ухудшение общего состояния в период исследования;
- несоблюдение режима лечения исследуемым препаратом;
- отказ родителей пациента от участия в исследовании.

Лечение

Лечение исследуемым препаратом

Основная группа (30 пациентов) получала Канефрон® Н в возрастных дозировках в течение антибиотикотерапии (3 дня) и затем 3 месяца в виде профилактического лечения. Дети в возрасте 3–5 лет получали Канефрон® Н (производитель «Бионорика СЕ», Германия) по 15 капель 3 раза в сутки, старше 5 лет — по 25 капель 3 раза в сутки. Группа сравнения (30 пациентов) получала только стандартную терапию антибиотиком в течение 3 дней без последующей профилактической терапии Канефроном Н.

Сопутствующее лечение

Не использовалось.

Проведение испытания и используемые методы Набор пациентов

Набор испытуемых осуществлялся из числа пациентов, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении и соответствующих критериям включения/исключения.

Рандомизация

Рандомизация проводилась методом случайных цифр.

Методы обследования

Для оценки терапевтической эффективности и переносимости исследуемого препарата пациентам проводили обследование с применением следующих методов:

- объективное обследование;
- сбор анамнеза;
- опрос;
- УЗИ;
- общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, гематокрит, СОЭ);
- общий анализ мочи (белок, глюкоза, эпителиальные клетки, лейкоциты, эритроциты, цилиндры, соли, слизь);
- бактериологическое исследование мочи.

В табл. 1 приведена схема обследования больного.

Оценка эффективности и переносимости

Критерии эффективности:

- сокращение времени купирования острой симптоматики цистита в основной группе по отношению к группе сравнения;
- сокращение числа (риска) рецидивов цистита в основной группе по отношению к группе сравнения.

Оценка эффективности

Оценка эффективности препарата проводилась исследователем по следующей шкале:

- **эффективен** — ликвидация дизурии к 3-му дню лечения острого цистита и отсутствие рецидива заболевания в течение 3 месяцев профилактического лечения;
- **неэффективен** — сохранение дизурических явлений свыше 3 дней лечения острого цистита и наличие рецидива заболевания в течение 3 месяцев профилактического лечения.

Оценка переносимости

Переносимость препарата оценивалась на основании симптомов и субъективных ощущений, сообща-

емых больным и его родителями, и объективных данных, полученных в процессе лечения. Учитывалась динамика лабораторных показателей, а также частота возникновения и характер побочных реакций.

Переносимость препарата оценивалась исследователем в баллах по следующей шкале.

Балльная оценка переносимости препарата:

- 1 балл: хорошая (не отмечаются побочные эффекты);
- 2 балла: удовлетворительная (наблюдаются незначительные побочные эффекты, не причиняющие серьезных проблем пациенту и не требующие отмены препарата);
- 3 балла: неудовлетворительная (имеет место нежелательный побочный эффект, оказывающий значительное отрицательное влияние на состояние больного и требующий отмены препарата).

Этические и правовые аспекты исследования

Основные принципы

Данное клиническое испытание проводилось в соответствии с Законом Украины «О лекарствах» и принципами Хельсинкской декларации и ICHGCP.

Получение информированного согласия

Родители пациентов, являющихся потенциальными участниками испытания, проинформированы о характере клинического испытания, исследуемом препарате, а также о побочных эффектах, связанных с применением препарата. Родителям пациентов была предоставлена письменная информация о проводимом исследовании, содержащаяся в «Информации для пациента». Родители всех пациентов, включенных в исследование, дали письменное согласие на участие своих детей в испытании.

Результаты клинического исследования

Моноцентровое открытое проспективное рандомизированное контролируемое исследование

Таблица 1. Регистрация данных обследования больного

Вид исследования	Дни исследования		
	0	3	90
Оценка соответствия пациента критериям включения	*		
Получение письменного согласия родителей пациента	*		
Объективное обследование	*	*	*
Общий анализ крови	*		
Общий анализ мочи	*	*	*
Бактериологически посев мочи	*	*	*
Регистрация субъективных жалоб больного	*	Ежедневно	
Регистрация побочных эффектов		*	*
Оценка эффективности		Ежедневно	*
Оценка переносимости		Ежедневно	*

в параллельных группах проведено с участием 60 пациентов женского пола в возрасте от 3 до 12 лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении нефрологии на базе Киевской городской детской клинической больницы № 1.

Средний возраст пациентов составил $5,2 \pm 0,4$ года.

Пациенты основной группы ($n = 30$) с острым циститом получали этиотропную антибактериальную терапию — цефиксим в возрастных дозировках (8 мг/кг/сутки) в течение 3 дней и Канефрон® Н как в период основного лечения, так и в виде профилактической дозы. Пациенты группы сравнения ($n = 30$) получали только этиотропную антибактериальную терапию без применения Канефрона Н и без последующего его назначения в качестве профилактической дозы.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные.

Этиологическим фактором острого цистита у детей в 76,7 % случаев являлась *E.coli*, в 8,3 % случаев — *Kl.pneumoniae*, в 5 % — *Pr.vulgaris* и *Pr.mirabilis* соответственно. У 3 пациентов (5 %) этиологический фактор острого цистита не установлен. Данные представлены в табл. 2.

При сравнительной оценке эффективности антибактериальной терапии в сочетании с Канефроном Н (основная группа) и без Канефрона Н (группа сравнения) отмечалось достоверное сокращение времени купирования острой симптоматики цистита у пациентов, получавших в комплексном лечении Канефрон Н ($p\chi^2 < 0,05$). К концу 2-х суток лечения в основной группе, получавшей кроме традиционной антибактериальной терапии Канефрон® Н, ликвидация дизурических явлений зарегистрирована у 28 пациентов (93,3 %) по сравнению с группой контроля, где соответствующий показатель составил 70 % (21 пациент). Данные представлены в табл. 3.

Использование Канефрона Н в сочетании с антибактериальной терапией привело к ликвидации бактериурии на 3-и сутки лечения у 93,3 % пациентов в отличие от группы сравнения, где аналогичный показатель составил 76,7 % пациентов. Через 3 месяца динамического наблюдения при проведении контрольного бактериологического посева мочи наличие бактериурии зарегистрировано у 3,3 % пациентов основной группы и 26,7 % пациентов группы сравнения ($p\chi^2 < 0,05$) (табл. 4).

Сравнение эффективности традиционной терапии и традиционной терапии в сочетании с Канефроном Н по критерию «сокращение числа (риска) рецидивов цистита» представлено в табл. 5.

Приведенные в табл. 5 данные иллюстрированы рис. 1.

Приведенные в табл. 5 данные свидетельствуют о достоверном снижении частоты рецидивов цистита у пациентов, получавших Канефрон® Н в виде профилактического лечения на протяжении 3 месяцев, в сравнении с пациентами, не получавшими Канефрон® Н ($p\chi^2 < 0,05$). На протяжении 3-месячного профилактического курса лечения Канефроном Н сохранение ремиссии отмечено у 96,7 % пациентов основной группы в отличие от группы сравнения, где отсутствие реинфекции зарегистрировано у 76,7 % больных в течение аналогичного периода наблюдения.

Побочные эффекты препарата

Побочные эффекты со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и системы кроветворения у больных не отмечались. Только у 2 пациентов основной группы зафиксировано появление незначительной аллергической сыпи, не требовавшей отмены препарата.

Таблица 2. Этиология острого цистита у детей

Микроорганизмы	Основная группа (n = 30)		Группа сравнения (n = 30)		Общее количество пациентов (n = 60)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>E.coli</i>	22	73,3	24	80	46	76,7
<i>Kl.pneumoniae</i>	3	10	2	6,7	5	8,3
<i>Pr.vulgaris</i>	2	6,7	1	3,3	3	5
<i>Pr.mirabilis</i>	1	3,3	2	6,7	3	5
Не определены	2	6,7	1	3,3	3	5

Таблица 3. Результаты купирования острой симптоматики цистита к исходу 2-х суток лечения

Группа	Отсутствие дизурии	Дизурия	Общее количество больных	χ^2
Основная (Канефрон® Н)	28	2	30	4,007421*
Сравнения (без Канефрона Н)	21	9	30	
Всего	49	11	60	

Примечание: * — достоверность различий по сравнению с группой сравнения, $p\chi^2 < 0,05$.

Таблиця 4. Результати бактеріологічного посеву мочи в динаміці спостереження

Бактериурия	Основная группа (n = 30)				Группа сравнения (n = 30)			
	На 3-и сутки		Через 3 месяца		На 3-и сутки		Через 3 месяца	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Наличие	2	6,7	1	3,3	7	23,3	8	26,7
Отсутствие	28	93,3	29	96,7	23	76,7	22	73,3*

Примечание: * — достоверность различий по сравнению с группой сравнения, $p\chi^2 < 0,05$.

Таблиця 5. Число рецидивов цистита к концу 3-месячного периода наблюдения

Группа	Сохранение ремиссии	Рецидив	Общее количество больных	χ^2
Основная (Канефрон® Н)	29	1	30	3,605769*
Сравнения (без Канефрона Н)	23	7	30	
Всего	52	8	60	

Примечание: * — достоверность различий по сравнению с группой сравнения, $p\chi^2 < 0,05$.

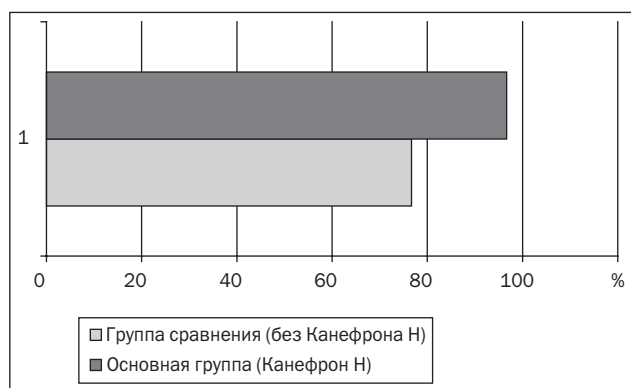


Рисунок 1. Эффективность 3-месячного профилактического лечения инфекции нижних мочевых путей с применением Канефрона Н и без него по критерию «сохранение ремиссии»

Переносимость препарата

Оценка переносимости препарата Канефрон® Н документирована нами как удовлетворительная. Пациенты и их родители отмечали удобство и простоту применения препарата Канефрон® Н.

Выводы

1. Назначение Канефрона Н в комплексе с антибактериальными препаратами ускоряет регрессию симптомов острого цистита у 93,3 % детей в сравнении с традиционной терапией (70 %).

2. Использование препарата Канефрон® Н у детей с острым циститом на протяжении 3 месяцев достоверно снижает частоту рецидивов заболевания и увеличивает количество пациентов с сохраненной ремиссией до 96,7 %.

3. Канефрон® Н является безопасным препаратом и не вызывает серьезных побочных эффектов у детей с острым циститом.

4. Препарат Канефрон® Н рекомендуется для лечения и профилактики детей с острым циститом.

Конфликт интересов: авторы исследования получали гонорары за комплекс работ, связанных с исследованием препарата Канефрон® Н. Представленное исследование проведено при спонсорской помощи компании «Бионорика СЕ».

Список литературы

1. Аляев Ю.Г., Саенко В.С., Руденко В.И., Дзеранов Н.К., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон Н в лечении больных мочекаменной болезнью / Ю.Г. Аляев, В.С. Саенко, В.И. Руденко, Н.К. Дзеранов, А.В. Амосов // Урология. — 2012. — № 6. — С. 22-25.
2. Амосов А.В., Аляев Ю.Г., Саенко В.С. Растительный лекарственный препарат Канефрон Н в послеоперационной метафилактике мочекаменной болезни / А.В. Амосов, Ю.Г. Аляев, В.С. Саенко // Урология. — 2010. — № 5. — С. 65-71.
3. Вознесенская Т.С., Кутафина Е.К. Фитотерапия в лечении инфекции мочевой системы у детей / Т.С. Вознесенская, Е.К. Кутафина // Педиатрическая фармакология. — 2007. — № 7, вып. 4. — С. 38-40.
4. Дудар І.О., Лобода О.М., Крот В.Ф., Хіміч В.І., Крижанівська В.М., Брижаченко Т.П. 12-місячне порівняльне дослідження застосування препарату Канефрон Н у лікуванні хворих із інфекцією сечової системи / І.О. Дудар, О.М. Лобода, В.Ф. Крот, В.І. Хіміч [та ін.] // Здоров'я мужчини. — 2009. — № 3 (30). — С. 85-90.
5. Иванов Д.Д., Назаренко В.И., Куширенко С.В. и соавт. Фитотерапия метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа: возможности фитониринга / Д.Д. Иванов, В.И. Назаренко, С.В. Куширенко [и соавт.] // Здоров'я України. — 2005. — № 17. — С. 46-47.

Рецензенты:

Волосовец Александр Петрович, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, зав. кафедрой педиатрии № 2 НМУ имени А.А. Богомольца;

Абрамов-Саммарина Дмитрий, Германия.

Получено 3.06.13,
получено в исправленном виде 15.07.13 □

НАСТАНОВИ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ ІЗ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ (EAU, 2012/2013) (скорочений виклад змін)

У 2012/2013 роках Європейська асоціація урологів оновила рекомендації щодо лікування інфекцій сечових шляхів (ІСШ) у дітей (2012/2013 [1, 2]) і дорослих (2013 [2]). Нижче наводимо основні зміни/уточнення, що наведені в цих документах.

Розділ 1.2

Відмічається зростаюча резистентність до збудників ІСШ, що формується як під час їх лікування, так і профілактики при урологічних втручаннях. Існує пряма кореляція між використанням антибіотиків і розвитком резистентності. Є негайна необхідність призупинення розвитку резистентності за рахунок раціонального використання антибіотиків.

Розділ 1.5

Настанови визначають наступні діагностичні рівні бактеріурії для ІСШ:

— $\geq 10^3$ КУО/мл уропатогенів у середній порції сечі — для гострого неускладненого циститу у жінок;

— $\geq 10^4$ КУО/мл уропатогенів в середній порції сечі — для гострого неускладненого пієлонефриту (ПН) у жінок та ускладненої ІСШ у чоловіків; $\geq 1-5 \cdot 10^4$ КУО/мл у дітей;

— $\geq 10^5$ КУО/мл уропатогенів у середній порції сечі або $\geq 10^4$ КУО/мл отриманої катетером — для ускладненої ІСШ у жінок;

— $> 10^5$ КУО/мл уропатогенів — для тяжкої ІСШ у дітей.

Розділ 1.6

Визначає наступні рівні доказовості та градацій рекомендацій (табл. 1, 2).

Розділ 2. Класифікація ІСШ

Сучасна класифікація ІСШ базується (рис. 1, 2):

— на анатомічному рівні інфекції (уретрит, цистит, пієлонефрит, сепсис);

— рівні тяжкості інфекції (цистит — 1, пієлонефрит — 2–3, уросепсис — 4–6);

— наявності ризик-фаКУОрів (немає ризик-фаКУОрів, ризик-фаКУОри рецидивуючих ІСШ, екстраурогенітальні ризик-фаКУОри, нефрологічні захворювання, урологічні ризик-фаКУОри, наявність катетера — ORENUC — OPEHYK);

— мікробіологічних чинниках.

Асимптомна бактеріурія діагностується:

— $\geq 10^5$ КУО/мл для жіночої статі (LE 2b, GR B);

— $\geq 10^3$ КУО/мл для чоловічої статі (LE 2a, GR B);

— $\geq 10^5$ КУО/мл, якщо отримана катетером (LE 2b, GR B);

Таблиця 1. Рівень доказовості

Рівень доказовості (Type of evidence — LE)	LE
Докази, отримані з метааналізів рандомізованих досліджень	1a
Докази, отримані щонайменше з одного рандомізованого дослідження	1b
Докази, отримані щонайменше з одного контрольованого дослідження з належно продуманим дизайном без рандомізації	2a
Докази, отримані щонайменше з одного квазіекспериментального дослідження з добре продуманим дизайном	2b
Докази, отримані з неекспериментальних досліджень із належно продуманим дизайном (порівняльні дослідження, кореляційні дослідження) та клінічних випадків	3
Докази, отримані зі звітів експертних комітетів або думки чи клінічний досвід поважних авторів, що заслуговують уваги	4

Таблиця 2. Градація рекомендацій (GR)

Градація рекомендацій	GR
На підставі клінічних досліджень належної якості та узгодженості з урахуванням конкретних рекомендацій, в тому числі принаймні в одному рандомізованому дослідженні	A
На основі належно проведених клінічних досліджень, але без рандомізованих клінічних досліджень	B
Рекомендовано, незважаючи на відсутність прямого застосування клінічних досліджень належної якості	C

— $\geq 10^5$ КУО/мл для дітей.

При цьому скринінг на наявність безсимптомної бактеріурії показаний вагітним (LE 1a, GR A) і непоказаний невагітним жінкам у пременопаузі (LE 1a, GR A), жінкам в постменопаузі (LE 1b, GR A), жінкам із діабетом (LE 1b, GR A), здоровим чоловікам (LE 2b, GR B), у перші 6 місяців після трансплантації (LE 2b, GR B) та ряду людей інших категорій.

Для верифікації аномалій розвитку, сечокам'яної хвороби та обструктивних порушень про-

водиться УЗД (LE 4, GR C). Додаткові дослідження, як, наприклад, проведення спіральної томографії, екскреторної урографії або реносцинтиграфії з DMSA, слід розглядати як необхідну опцію, якщо в пацієнтів зберігається фебрильна температура протягом 72 годин після початку лікування (антибіотиками) (LE 4, GR C).

Розділ 3. Неускладнені ІСШ у дорослих (табл. 3)

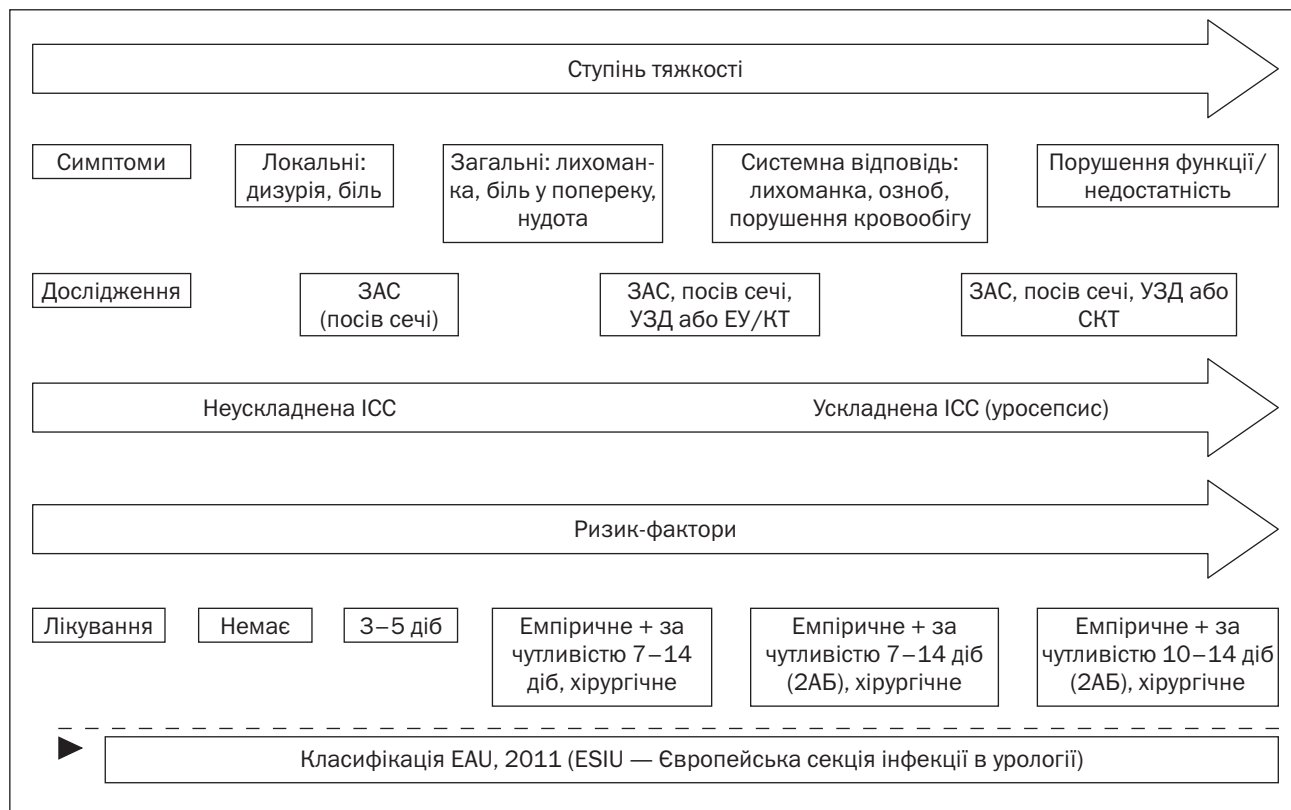


Рисунок 1

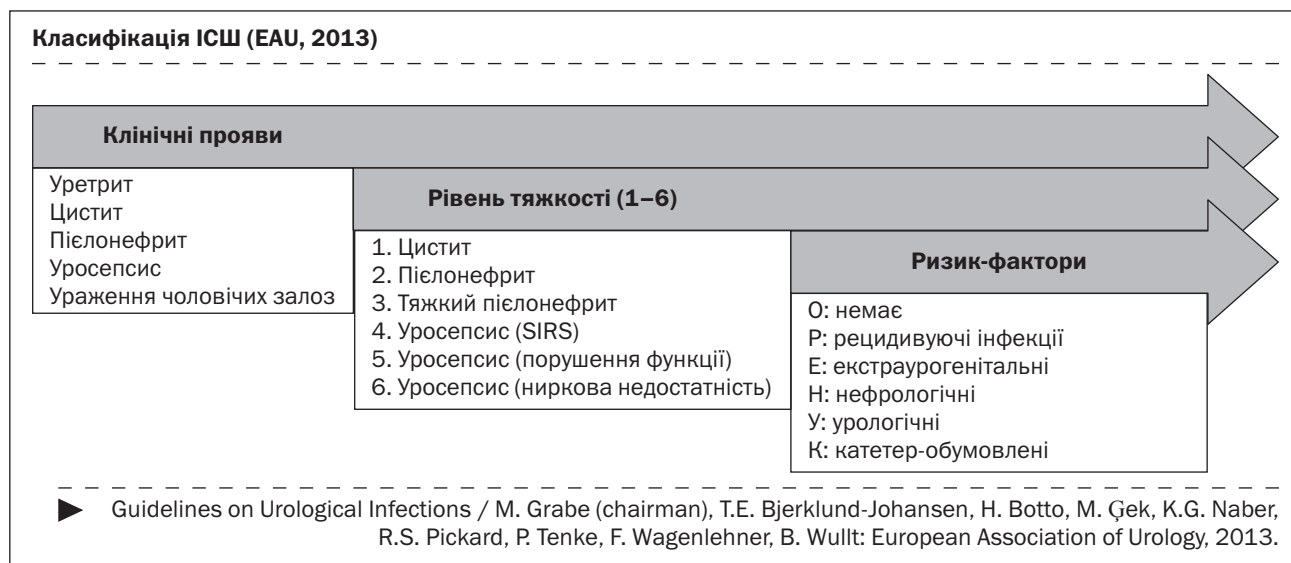


Рисунок 2

Таблиця 3. Емпірична антибактеріальна терапія гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у пременопаузі (із доповненнями [1])

Назва препарату	Добова доза антибіотиків	Тривалість лікування
Фосфоміцину трометамол	3 г одноразово	1 день
Нітрофурантоїн	50 мг кожні 6 годин	7 днів
Нітрофурантоїн мікрокристалічний	100 мг	5–7 днів
Триметоприм/сульфаметоксазол (при рівні резистентності < 20 %)	960 мг два рази на добу	3 дні
<i>Альтернативні</i>		
Ципрофлоксацин	250 мг два рази	3 дні
Левовфлоксацин	250 мг щодня	3 дні
Норфлоксацин	400 мг два рази	3 дні
Офлоксацин	200 мг два рази	3 дні
Цефподоксиму проксетил	100 мг два рази	3 дні
Цефіксим	400 мг один раз	3 дні

Розділ 3.4. Гострий неускладнений пієлонефрит у невагітних жінок в пременопаузі

Для верифікації аномалій розвитку, сечокам'яної хвороби та обструктивних порушень проводиться УЗД (LE 4, GR C). Додаткові дослідження, як, наприклад, проведення спіральної томографії, екскреторної урографії або реносцинтиграфії з DMSA, слід розглядати як необхідну опцію, якщо у пацієнтів зберігається фебрильна температура протягом 72 годин після початку лікування (антибіотиками) (LE 4, GR C).

У легких і помірної активності випадках гострого неускладненого пієлонефриту (нетяжкий та середнього ступеня тяжкості гострий неускладнений пієлонефрит) зазвичай достатньо пероральної терапії протягом 10–14 днів (LE 1b, GR B).

Фторхінолони впродовж 7–10 днів можуть бути рекомендовані як терапія першого ряду вибору, якщо резистентність *E.coli* до них нижча за 10 % (LE 1b, GR A). Із фторхінолонів найчастіше призначають ципрофлоксацин та левофлоксацин, гатифлоксацин.

Якщо використовувати підвищену дозу фторхінолону, тривалість лікування може бути зменшена до 5 днів, наприклад ципрофлоксацин 0,75 г двічі або левофлоксацин 0,75 г/добу (LE 1b, GR B). Проте зростання резистентності *E.coli* до фторхінолонів уже відмічене, що обмежує їх емпіричне використання.

Третє покоління пероральних цефалоспоринов, як наприклад, цефподоксим, цефіксим (у дітей) або цефтибутен є альтернативою фторхінолонам (LE 1b, GR B).

Ко-амоксиклав не рекомендується як препарат першого вибору для емпіричної пероральної терапії гострого пієлонефриту (LE 4, GR B). Він призначається, коли підтверджена наявність чутливого до нього грампозитивного збудника (LE 4, GR C).

У регіонах із високою резистентністю до фторхінолонів і β -лактамазопродукуючими штамми

E.coli (> 10 %) початкову емпіричну терапію аміноглікозидом або карбапенемом слід розглядати як пріоритетну, доки, згідно з мікробіологічними дослідженнями, не будуть рекомендовані до використання інші пероральні препарати (LE 4, GR B).

Хворих на тяжкий пієлонефрит (дітей), які не можуть приймати препарати перорально через наявність системних симптомів (наприклад, нудота або блювота), доводиться лікувати спочатку одним із парентеральних антибіотиків.

При рівні резистентності *E.coli* менше за 10 % призначають фторхінолони (LE 1b, GR B) або цефалоспорины третьої генерації (LE 1b, GR B). У разі резистентності *E.coli* понад 10 % до перелічених антибіотиків використовують аміноглікозиди або карбапенеми (LE 1b, GR B). Амінopenіцилін/сульбактам призначають за наявності грампозитивних патогенів (LE 4, GR B) (табл. 4–6).

Показанням до госпіталізації є неможливість ліквідації ускладнень або наявність клінічних симптомів сепсису (LE 4, GR B). Для його верифікації використовують тест на прокальцитонін. Після покращення пацієнт переводиться на пероральний прийом вищевказаних антибіотиків, якщо виявлений мікроорганізм, чутливий до них, до завершення 1–2-тижневого курсу лікування (LE 1b, GR B) — табл. 5.

У подальшому спостереженні після видужання від ПН за відсутності скарг не доведена доцільність регулярного проведення аналізів сечі і культуральних досліджень сечі (LE 4, GR C). У разі відсутності позитивної динаміки симптомів протягом 3 діб або при рецидиві захворювання протягом 2 тижнів необхідно провести культуральне дослідження сечі та УЗД нирок, комп'ютерну томографію або реносцинтиграфію (LE 4, GR B). Якщо урологічна патологія не виявлена, слід призначити інший антибіотик за встановленою чутливістю культурального дослідження сечі (LE 4, GR B). У разі рецидиву пієлонефриту з тим самим збудником інфекції слід

провести додаткові дослідження для виявлення фаКУОрив, що ускладнюють перебіг захворювання (LE 4, GR C) (рис. 3).

Розділ 3.5.2. Антимікробна профілактика

Антимікробна профілактика для запобігання рецидивам ІСШ може бути рекомендована після неефективності рекомендації з поведінкової модифікації життя (LE 4, GR A). Перед тим, як буде ініційований будь-який режим профілактики, слід підтвердити видужання від ІСШ за результатами негативного культурального аналізу сечі через 1–2 тижні після лікування (LE 4, GR A) (табл. 7, 8) (Albert X., Huertas I., Pereiro I., Sanfelix J., Gosalbes V., Perrotta C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant

women // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2009. — Issue 3).

Вибір антибіотика повинен спиратися на результати виділення збудника ІСШ, його чутливість до препарату і наявність алергічних реакцій пацієнта.

Імуноактивна профілактика

Застосування Уго-Вахом належно задокументоване. У кількох рандомізованих дослідженнях було показано, що цей засіб є ефективнішим за плацебо. Тому його можна рекомендувати для імунопрофілактики в пацієнок із рецидивною неускладненою ІСШ (LE 1a, GR B). Його ефективність серед інших груп пацієнтів, а також його ефективність у плані антимікробної профілактики поки що залишається не доведеною.

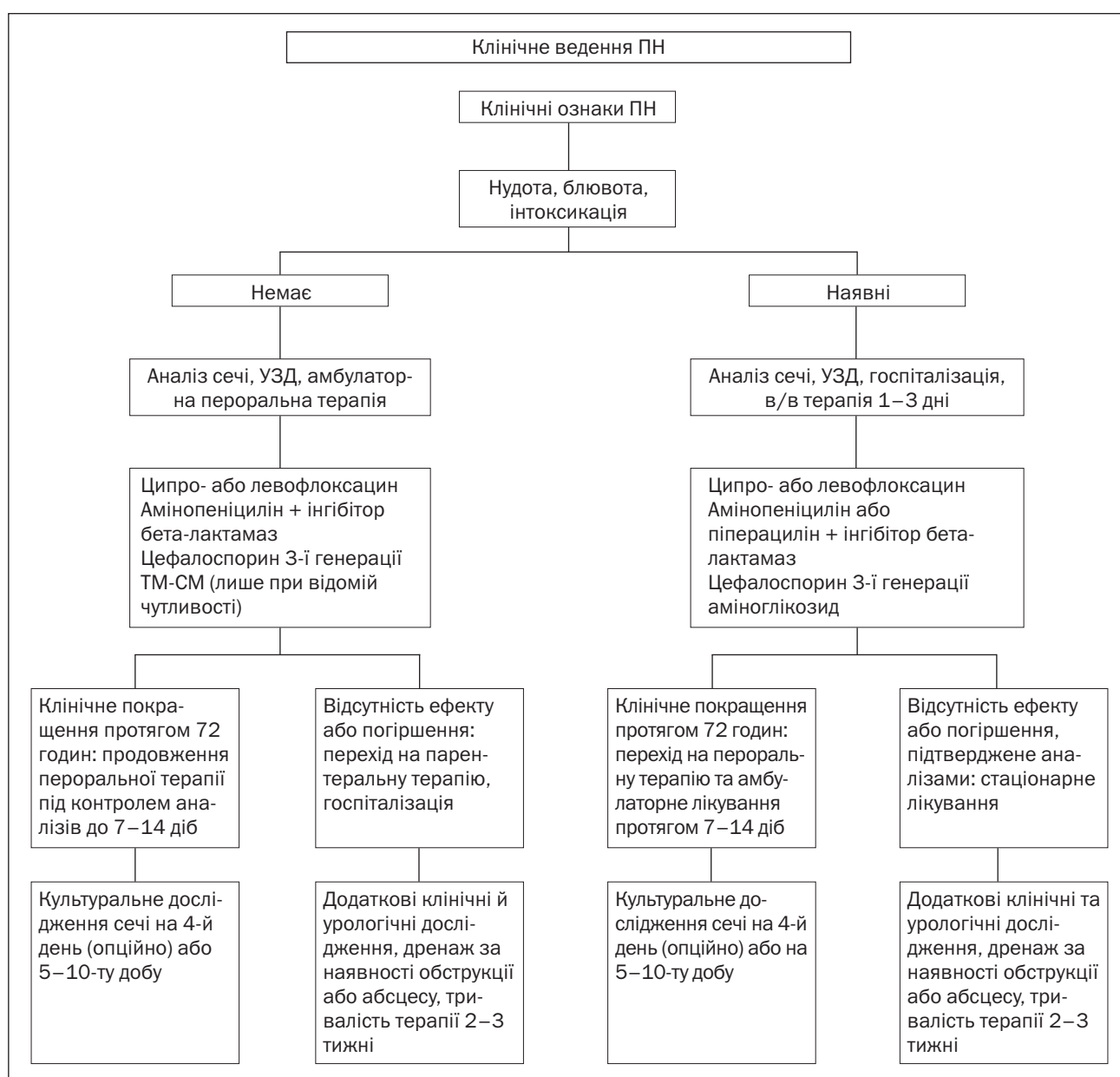


Рисунок 3

Що стосується інших імунотерапевтичних продуктів на ринку, то все ще відсутні більші за обсягом дослідження фази III. У менших за обсягом дослідженнях фази II була доведена ефективність StroVac®

та Solco-Urovac® у випадку циклу реімунізації (з використанням тих самих препаратів) (LE 1a, GR C).

Що стосується інших імунотерапевтичних продуктів, таких як Urostim® та Urvakol®, дані

Таблиця 4. Лікування тяжкого неускладненого пієлонефриту (EAU, 2013)

	LE	GR
Парентерально фторхінолон за наявності резистентності до <i>E.coli</i> < 10 %	1b	B
3-тя генерація цефалоспоринів за наявності резистентності <i>E.coli</i> < 10 %	1b	B
Аміноглікозид або карбапенем при резистентності <i>E.coli</i> до фторхінолонів або цефалоспоринів > 10 %	1b	B
Амінopenіцилін у поєднанні з інгібітором β-лактамаз за наявності підтвердженого грампозитивного патогену	4	B
▶ Guidelines on Urological Infections / M. Grabe (chairman), T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto, M. Çek, K.G. Naber, R.S. Pickard, P. Tenke, F. Wagenlehner, B. Wullt: European Association of Urology, 2013.		

Таблиця 5. Рекомендовані препарати для емпіричної терапії гострого неускладненого пієлонефриту у жінок у перменопаузі (з доповненнями [1])

Препарати для пероральної терапії		
Антибіотик	Добова доза	Тривалість терапії
Ципрофлоксацин ¹	500–750 мг двічі	7–10 днів
Левofлоксацин ¹	250–500 мг	7–10 днів
Левofлоксацин	750 мг	5 днів
Альтернативно (клінічно, але не еквівалентно фторхінолонам за антимікробною активністю)		
Цефподоксиму проксетил	200 мг двічі	10 днів
Цефіксим	400 мг	10 днів
Тільки при визначеній чутливості мікробів до цих препаратів (не для емпіричної терапії)		
Сульфаметоксазол + триметоприм	160/800 мг двічі	14 днів
Ко-амоксиклав ^{2,3}	0,5/0,125 г	14 днів

Примітка: ¹ – менші дози досліджені, але вищі рекомендуються спеціалістами; ^{2,3} – застосовується переважно для грампозитивних мікроорганізмів, не вивчалися у монотерапії.

Таблиця 6. Початкова терапія при тяжкому перебігу пієлонефриту

Антибіотик	Добова доза
Ципрофлоксацин	400 мг двічі
Левofлоксацин ¹	250–500 мг
Левofлоксацин	750 мг
Альтернативно	
Цефотаксим ²	2 г тричі
Цефтріаксон ^{1,4}	1–2 г
Цефтазидим ²	1–2 г тричі
Цефепім ^{1,4}	1–2 г двічі
Ко-амоксиклав ^{2,3}	1,5 г тричі
Піперацилін + тазобактам ^{1,4}	2,5–4,5 г тричі
Гентаміцин ²	5 мг/кг
Амікацин ²	15 мг/кг
Ертапенем ⁴	1 г
Іміпенем + циластатин ⁴	0,5/0,5 г тричі
Меропенем ⁴	1 г тричі
Дорипенем ⁴	0,5 г тричі

Примітки: ¹ – менші дози досліджені, але вищі рекомендуються спеціалістами; ² – не вивчалися як монотерапія при гострому неускладненому пієлонефриті; ³ – переважно для грампозитивних патогенів; ⁴ – аналогічне призначення як для неускладненого, так і для ускладненого процесу.

щодо проведення будь-яких контрольованих досліджень відсутні. Отже, жодні рекомендації не є можливими.

Профілактика з використанням пробіотиків

Клінічно перевірені пробіотики, що використовуються для профілактики ІСШ, нині не є загальнодоступними. З профілактичною метою слід використовувати лише конкретно перевірені під час досліджень штами лактообактерій.

Штами *Lactobacillus acidophilus* та *Lactobacillus crispatus* CTV05 не підходять для профілактики. Продукти *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 та *Lactobacillus reuteri* RC-14 у вигляді капсул, що приймаються ентерально, вводились і вагінально, проте не з метою профілактики ІСШ.

Є сенс розглянути можливість застосування — у разі наявності їх у продажу — інтравагінальних пробіотиків, що містять *L.rhamnosus* GR-1 та *L.reuteri* RC-14, з метою профілактики рецидивних ІСШ; ці продукти можна використовувати з профілактичною метою раз чи двічі на тиждень (LE 4, GR C).

Варто проконтролювати щоденне використання перорального продукту зі штамми GR-1 та RC-14 з огляду на те, що він здатний відновлювати вагінальні лактообацили, протистояти урогенітальним патогенам та запобігати бактеріальному вагінозу — станомі, що збільшує ризик ІСШ (LE 1b, GR C).

Попри брак фармакологічних даних та малу кількість клінічних досліджень невисокого рівня, є дані, згідно з якими журавлина (*Vaccinium macrocarpon*) є корисною в плані зменшення захво-

Таблиця 7. Режими постійної антибіотикопрофілактики для запобігання рецидивним гострим неускладненим інфекціям сечовивідних шляхів у жінок

Препарат	Доза	Кількість очікуваних рецидивів ІСШ за рік
ТМП/СМК	40/200 мг/добу або 3 рази на тиждень	0–0,2
	40/200 мг/добу 3 рази на тиждень	0,1
Триметоприм	100 мг/добу	0–1,5
Нітрофурантоїн	50	0–0,6
Цефаклор	250 мг/добу	0,0
Цефалексин	125 мг/добу	0,1
Цефалексин	250 мг/добу	0,2
Норфлоксацин	200 мг/добу	0,0
Ципрофлоксацин	125 мг/добу	0,0
Фосфоміцинутрометамол	3 г 1 раз на 10 днів	0,14

Примітка: ТМП/СМК — триметоприм/сульфаметоксазол.

Таблиця 8. Режими посткоїтальної антибіотикопрофілактики для запобігання рецидивним гострим неускладненим інфекціям сечовивідних шляхів у жінок

Препарат	Доза, мг	Кількість очікуваних рецидивів ІСШ за рік
ТМП/СМК	40/200	0,30
	80/400	0,00
Нітрофурантоїн	50–100	0,10
Цефалексин	250	0,03
Норфлоксацин	200	0,00
Ципрофлоксацин	125	0,00
Офлоксацин	100	0,06

Таблиця 9. Режими лікування безсимптомної бактеріурії та циститу у вагітних

Антибіотик	Тривалість терапії	Коментарі
Нітрофурантоїн 100 мг	Двічі на добу 3–5 діб	Не застосовувати при дефіциті Г6ФДГ
Амоксицилін 500 мг	Тричі на добу 3–5 діб	Зростаюча резистентність
Ко-амоксицилін/клавуланат 500 мг	Двічі на добу 3–5 діб	
Цефалексин 500 мг	Тричі на добу 3–5 діб	Зростаюча резистентність
Фосфоміцин 3 г	Однократно	
Триметоприм сульфаметоксазол	Двічі на добу 3–5 діб	Не застосовувати триметоприм у першому триместрі та сульфаметоксазол у третьому триместрі

рюваності на інфекції нижніх сечовивідних шляхів у жінок (LE 1b, GR C).

Рекомендується щодня вживати продукти на основі журавлини з розрахунку мінімально 36 мг proanthocyanidin A (активна речовина) на добу (LE 1b, GR C).

Розділ 3.6. ІСШ у вагітних

У вагітних у 90 % виявляється дилатація сечовивідних шляхів (гідронефроз вагітних, дилатація сечоводів). У 20–40 % жінок із безсимптомною бактеріурією розвивається пієлонефрит під час вагітності.

Безсимптомна бактеріурія у вагітної жінки вважається діагностично значущою, якщо дві послідовні порції сечі мають $\geq 10^5$ КУО/мл ідентичних мікроорганізмів; або має місце бактеріурія $\geq 10^5$ КУО/мл із порції сечі, отриманої катетером (LE 2a, GR A). У вагітної жінки з симптомами ІСШ бактеріурія вважається діагностично значущою за наявності $\geq 10^3$ КУО/мл у порції сечі, отриманій катетером або при самотійному сечовипусканні (LE 4, GR B). Вагітних жінок треба досліджувати на наявність бактеріурії впродовж першого триместру (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443502>) (LE 1a, GR A).

Безсимптомну бактеріурію, виявлену у вагітної, треба лікувати антимікробними засобами (LE 1a, GR A). Рекомендовані режими антибіотикотерапії наведені в табл. 9.

Для лікування безсимптомної бактеріурії і циститу при вагітності треба призначати короткі курси антимікробної терапії (3–5 діб) (LE 1a, GR A). Культуральне дослідження сечі слід проводити після завершення терапії безсимптомної бактеріурії або ІСШ (LE 4, GR A). Посткоїтальну профілактику треба вважати доцільною у вагітних жінок із попереднім анамнезом частих ІСШ до вагітності, щоб зменшити в них ризик ІСШ (LE 2b, GR B).

При нетяжкому перебігу пієлонефриту у вагітних проводиться амбулаторне лікування з застосуванням наступних антибіотиків (LE 1b, GR A) (табл. 10).

У Кохранівському огляді як вдалий препарат вибору названий цефуроксим (Vazquez J.C., Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract

infections during pregnancy // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2010. — Issue 11).

Тривалість антибіотикотерапії при ПН у вагітних становить 7–10 днів (LE 4, GR B). За необхідності виконують УЗД або МРТ, щоб уникати радіаційного впливу на плід (LE 4, GR B).

Розділ 3.7. ІСШ у постменопаузі в жінок

Ризик-факторами ІСШ у постменопаузі в жінок є: катетеризація сечового міхура, погіршення функціонального статусу, атрофічний вагініт, нетримання сечі, цистоцеле, ІСШ у пременопаузі (LE 2a). Діагноз ІСШ базується на анамнезі, даних медичного огляду, результатах аналізів сечі, у тому числі культуральних (LE 4, GR B). Сечостатеві симптоми не обов'язково пов'язані з ІСШ і не обов'язково є показанням для антимікробного лікування (LE 1b, GR B).

У лікуванні ІСШ в постменопаузі слід дотримуватись таких положень (табл. 11).

Особливості ІСШ у дитячому віці (1, 2)

Поширеність ІСШ у дітей незначно поступається інфекціям верхніх дихальних шляхів та кишечника. Так, ризик ІСШ у першу декаду життя становить 1 % у хлопчиків та 3 % у дівчаток. Вважається, що 5 % дівчаток та 0,5 % хлопчиків-школярів мають щонайменше один епізод ІСШ протягом шкільного навчання [1, 2].

Діагностичні рівні бактеріурії для ІСШ за різними джерелами становлять $\geq 1-5 \cdot 10^4$ КУО/мл та для тяжких інфекцій — понад 10^5 КУО/мл уропатогенів. Безсимптомна бактеріурія у дітей діагностується за наявності $\geq 10^5$ КУО/мл сечі. При цьому кишкова паличка становить 90 % від усіх етіологічних збудників ІСШ у дітей.

Класифікація ІСШ у дітей [1]:

- за рівнем ураження: верхні (ПН) і нижні (цистит);
- за епізодом: перший, рецидивуюча (персистуюча, невиліковна, реінфекція);
- за тяжкістю: проста та тяжка (із гіпертермією);
- за наявністю симптомів (безсимптомна, симптомна);

Таблиця 10. Режими лікування у вагітних

Антибіотик	Доза
Цефтріаксон	1–2 г в/в або в/м на добу
Азтреонам	1 г в/в 2–3 рази
Піперацилін + тазобактам	3,375–4,5 г в/в чотири рази
Цефепім	1 г в/в двічі
Іміпенем + циластатин	500 мг в/в чотири рази
Ампіцилін	2 г в/в чотири рази
Гентаміцин	3–5 мг/кг/добу в/в в три дози

— за наявністю ускладнень (ускладнена, неускладнена).

Стосовно вибору антибіотика та шляху його введення настанови дитячих урологів [1] стверджують, що терапія цефалоспорином 3-ї генерації (цефіксим, цефтибутен) еквівалентна стандартній 2–4-денній внутрішньовенній терапії з переходом на пероральне лікування. Аналогічні дані отримані в лікуванні амоксициліном/клавуланатом, проте терапія цим антибіотиком асоціюється зі зростаючою резистентністю.

Рекомендації з дитячої урології [1] пропонують лікування циститу і цистоуретриту за допомогою цефалоспоринів 1–3-ї генерації: цефалексин (50 мг/кг у 3–4 прийоми), цефуроксиму аксетил (20–30 мг/кг у 2 прийоми), цефподоксим (8–9 мг/кг у 2 прийоми), цефтибутен (9 мг/кг однократно), триметоприм сульфаметоксазол (5–6 мг/кг в три прийоми), амоксицилін/клавуланат (37,5–75 мг/кг

тричі на добу), нітрофурантоїн (3–5 мг/кг двічі на добу).

Серед препаратів вибору цефалоспорини 1–3-ї генерації: зокрема цефіксим (8–12 мг/кг в 1–2 прийоми), гентаміцин і тобраміцин (обидва по 5 мг/кг однократно), ципрофлоксацин як препарат другої-третьої лінії 20–30 мг/кг у два прийоми із максимальною дозою 400 мг/добу парентерально і 750 мг/добу перорально.

Для антибактеріальної профілактики, що показана за наявності понад 2 рецидивів протягом року, ПСР, ускладненого перебігу, ризику розвитку пієлонефриту, показані триметоприм 1 мг/кг (після 6 тижнів життя), нітрофурантоїн 1 мг/кг (після трьох місяців), цефіксим 2 мг/кг (не призначається недоношеним і новонародженим), цефтибутен 2 мг/кг і цефуроксиму аксетил 5 мг/кг. Рекомендації зазначають, що триметоприм і нітрофурантоїн є першим вибором.

Таблиця 11

Положення	LE	GR
Лікування гострого циститу є аналогічним у пременопаузальному періоді, але короткі курси лікування не стільки добре вивчені	1b	C
Лікування пієлонефриту в постменопаузі аналогічне такому ж у пременопаузі	4	C
Безсимптомна бактеріурія в жінок похилого віку не повинна лікуватись антибіотиками	2b	A
Дози та режими призначення антибіотиків в похилому віці відповідають таким у пременопаузі	4	C
Естрогени, особливо вагінальні, можуть бути призначені для профілактики ІСШ, проте результати такого лікування не є остаточно оціненими	1b	C
Альтернативні методи, такі як журавлина або пробіотики у вигляді лактобацил, можуть застосовуватись, але не є ефективними для профілактики ІСШ	1b	C
За наявності ускладнюючих факторів, таких як обструкція або нейрогенний сечовий міхур, профілактичне застосування антибіотиків призначається відповідно до режимів лікування в пременопаузі	4	C

Таблиця 12. Лікування ІСШ у дітей (EAU, 2013)

Тяжкі ІСШ: 10–14 діб	Прості ІСШ: 5–7 діб (LE 1b)
— Парентеральна терапія до досягнення нормотермії — Адекватна гідратація — Цефалоспорини 3-ї генерації — Амоксицилін/клавуланат за наявності грамположитивних коків	— Терапія <i>per os</i> — Цефалоспорини 3-ї генерації — Триметоприм, гентаміцин
Щоденна низькодозова профілактика: нітрофурантоїн, триметоприм, цефалексин	

Таблиця 13. Тривалість антибактеріальної терапії пієлонефриту в дітей (EAI, 2012)

Діагноз	Препарат	Шлях введення	Тривалість	LE
Пієлонефрит у віці 0–6 місяців	Цефтазидим + ампіцилін або аміноглікозид + ампіцилін	Новонароджені: 7–14 діб в/в, потім <i>per os</i> 3–7 діб парентерально, потім <i>per os</i>	Новонароджені 14–21 доба; 10 (14) діб	4
Неускладнений пієлонефрит у дітей віком понад 6 місяців	Цефалоспорини 3-ї генерації	<i>Per os</i> (за потреби на початку парентерально)	(7)–10 діб	1
Ускладнений пієлонефрит (уросепсис), усі вікові групи	Цефтазидим + ампіцилін або аміноглікозид + ампіцилін	7 діб парентерально, потім <i>per os</i>	10–14 діб	4

Примітка: Наказ МОЗ № 627 від 03. 11.2008 «Про затвердження протоколу лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиціальним нефритом».

3.8. Гострі неускладнені ІСШ у молодих чоловіків

Тільки незначна кількість чоловіків віком 15–50 років страждають від неускладнених ІСШ. Такі чоловіки повинні отримувати як мінімум 7-денну антибактеріальну терапію (LE 4, GR B). Більшість чоловіків із фебрильною ІСШ мають супутні інфекції передміхурової залози, на що вказують короткочасне підвищення рівня простатоспецифічного антигену і об'єм простати (LE 2a). Урологічні обстеження повинні проводитися на регулярній основі в підлітків і чоловіків із фебрильною ІСШ, пієлонефритом, або рецидивуючими інфекціями, або будь-коли, коли підозрюється ускладнюючий фаКУОр (LE 4, GR A). Рекомендована мінімальна тривалість лікування 2 тижні, бажано з при-

значенням фторхінолонів із причини частого залучення до процесу передміхурової залози (LE 2a, GR B).

Список літератури

1. *Guidelines on Paediatric Urology* / S. Tekgül, H. Riedmiller, H.S. Dogan, E. Gerharz, P. Hoebeke, R. Kocvara, R. Nijman, Chr. Radmayr, R. Stein: *European Society for Paediatric Urology/ European Association of Urology*, 2012.

2. *Guidelines on Urological Infections* / M. Grabe (chairman), T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto, M. Gek, K.G. Naber, R.S. Pickard, P. Tenke, F. Wagenlehner, B. Wullt: *European Association of Urology*, 2013.

Переклад та адаптація українською мовою підготовлені проф. Д. Івановим, акад. НАМН України проф. Л. Пирогом □

Шифри за МКХ-10:

N10-11.1 Інфекції нирок, в тому числі

N 10 Гострий тубулоінтерстиційний (тубулоінтерстиціальний) нефрит

N 11 Хронічний тубулоінтерстиційний (тубулоінтерстиціальний) нефрит

N 11.0 Необструктивний хронічний пієлонефрит

N 11.1 Хронічний обструктивний пієлонефрит

N 11.9 Хронічний тубулоінтерстиційний (тубулоінтерстиціальний) нефрит не уточнений

N 12 Тубулоінтерстиційний (тубулоінтерстиціальний) нефрит, не уточнений як гострий і хронічний*

N 13 Обструктивна уропатія та рефлюкс-уропатія

N30 Цистит

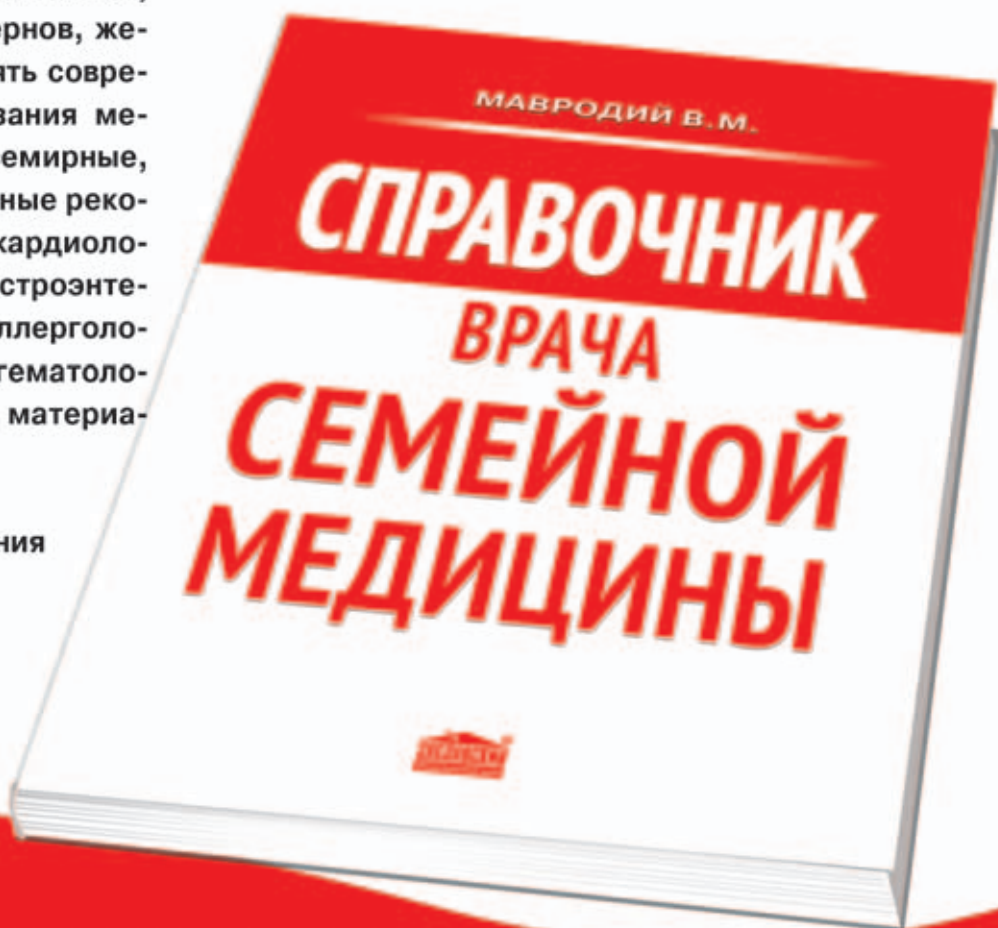
N30.0 Гострий цистит



МАВРОДИЙ В.М.

СПРАВОЧНИК ВРАЧА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Для врачей всех специальностей, семейных врачей и интернов, желающих знать и выполнять современные протоколы оказания медицинской помощи, всемирные, европейские, национальные рекомендации ассоциаций кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, нефрологов, аллергологов, эндокринологов, гематологов. В представленных материалах освещены основные нозологические формы терапии с целью улучшения повседневной лечебной работы врача общей практики и смежных специалистов.



Книгу можно приобрести в фирменных магазинах медицинской литературы «БУКВАМЕД»:

ХАРЬКОВ, 61058, ул. Галана, 5.
Телефоны: +380 (57) 705-34-04,
+380 (50) 559-64-30, +380 (96) 951-65-01
КИЕВ, 01032, ул. Ярославская, 39
(ст. метро «Кантрактовая площадь»-).
Телефоны: +380 (44) 463-76-96,
+380 (50) 916-69-44, +380 (67) 481-81-17
ДОНЕЦК, 83003, пр. Ильича, 16,
ДрНМУ им. М. Горького, корпус № 1 (морфомолоческий).
Телефоны: +380 (62) 213-03-72, +380 (95) 385-61-45

ЗАСЛАВСКИЙ
Издательский дом

С ЛЮБОВЬЮ
К ВРАЧАМ,
С ЗАБОТОЙ
О ПАЦИЕНТАХ

БУКВАМЕД
медицинская литература
www.bukvamед.com.ua

Цефіікс

Вчасно в потрібному місці



- Широкі клінічні випробування та багаторічний досвід застосування цефіксиму показали його високу ефективність при гострих та ускладнених формах урологічної інфекції^{1,2}.
- Цефіксим ефективний при кишкових інфекціях, що викликані штамами сальмонел, шигел, патогенних ешерихій, які стійкі до дії антибіотиків, що традиційно використовуються при лікуванні цих захворювань¹.
- Може використовуватися на пероральному етапі ступінчастої терапії після застосування парентеральних цефалоспоринів III-IV генерації³.

1. Фомина И.П., Смирнова Л.Б. Современное значение орального цефалоспоринов III поколения цефиксима в терапии бактериальных инфекций.

2. Коровина Н.А., Мумладзе З.Б., Захарова И.Н., Осипенкова Е.М., Савицкая В.И. Пероральные цефалоспорины III поколения при воспалительных заболеваниях органов мочевой системы у детей.

3. Странцуный Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Цефікс

Склад: 1 капсула містить цефіксиму (у формі тригідрату) 400 мг, 5 мл суспензії містять цефіксиму (у формі тригідрату) 100 мг. Лікарська форма: капсули та порошок для оральної суспензії. Фармакотерапевтична група: антибактеріальні засоби для системного застосування, інші β-лактамі антибіотики, цефалоспоринові III покоління. Код АТС J01D D08. Показання: інфекції, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: гострий та хронічний бронхіт, гостра пневмонія, запалення середнього вуха, фарингіти, тонзиліти та синусити бактеріальної етіології; неускладнені бактеріальні інфекції сечостатевої системи, гострі кишкові інфекції (суспензія). Протипаразитарні: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату, інших цефалоспоринів або пеніцилінів, лорвірія, дитячий вік до 6 місяців (суспензія) або до 12 років (капсули). Спосіб застосування та дози: Цефіксим застосовують перорально під час прийому їжі. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років з масою тіла до 50 кг рекомендована добова доза призначається з розрахунку 8 мг/кг маси тіла одноразово або по 4 мг/кг маси тіла 2 рази на добу. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років тривалість курсу лікування залежить від тяжкості захворювання та встановлюється індивідуально. Курс лікування — від 5–10 (при неускладнених інфекціях) до 10–14 днів. Добова доза для дорослих і дітей з масою тіла понад 50 кг або старше 12 років становить 400 мг (1 капсула) 1 раз на добу. Тривалість курсу лікування залежить від тяжкості захворювання та встановлюється індивідуально. При інфекціях, спричинених *Streptococcus ruodellii*, курс лікування має бути не менше 10 днів. Для лікування неускладнених уретральних або цервікальних гонорейних інфекцій рекомендується одноразова доза 400 мг. Побічні реакції: побічні ефекти, спричинені Цефіксом, незначні і виникають рідко. Можливі такі порушення: головний біль, запаморочення, втомированість, слабкість, еозинофілія, лейкопенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, нейтропенія, гемолітична анемія, плейотромбінемія (кровотечі і синці без видимих причин), тромбофлібіт, подовження тромбінового та протромбінового часу, агранулоцитоз, слізна кишеня, помірна діарея, нудота, блювання, кандидози слизової оболонки рота, псевдомембранозний коліт, сухість у роті, анорексія, диспепсія, метеоризм, дисбактеріоз, атеричність шкіри, у лодиночких вигодах — стоматит, глосит, транзиторне підвищення активності трансаміназ печінки та лужної фосфатази, білірубину, плейобілірубемія, холестатична жовтяниця, атеричність склер, підвищення азоту сечовини або креатиніну у сироватці крові, інтерстиціальний нефрит, порушення функції нирок, висипання, свербіж, кропив'янка, анафілаксія, мультиформна еритема або синдром Стівенса — Джонсона, сироваткова хвороба, пурпура, артралгія, гарячка, підвищене потовиділення, макулопапульозні та везикулопульозні висипання, грибовий дерматит, злущення епітелію, сухість шкіри, випадіння волосся, сонячні опіки, токсичний епідермальний некроліз, вагінальні кандидози (вагінальний свербіж або виділення), підвищення азоту в сечовині крові та креатиніну. Більшість лабораторних змін транзиторні та не мають клінічного значення. Можлива позитивна реакція на кетони у сечі в тестах із застосуванням нітропрусіду, але не з нітрофериданом. Прийом цефіксиму може призводити до хібнопозитивних тестів на глюкозу в сечі, тому слід використовувати ферментні тести, до змін показників печінкових та ниркових проб.

Рл. № UA/4151/01/01, UA/4151/02/01

 **МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

Інформація про лікарський засіб.

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

УДК 616.61-002.3-053.2:615.33

ЛЕЖЕНКО Г.О.¹, ПАШКОВА О.Є.¹, РУДОВА О.І.², РУБАНОВА Є.І.²

¹Запорізький державний медичний університет

²КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня ЗОР»

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФІКСИМУ В ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Резюме. Вивчена ефективність застосування препарату Цефікс (цефіксим) як монотерапії гострого циститу, гострого та хронічного пієлонефриту у дітей. Показано, що застосування цефіксиму як засобу антибактеріальної терапії при циститі та неускладненому перебігу пієлонефриту у дітей є етіологічно обґрунтованим, високоефективним та безпечним.

Ключові слова: цистит, пієлонефрит, пероральні цефалоспорины, цефіксим, діти.

Інфекції органів сечової системи є одним із найчастіших захворювань у дітей. Щорічно в світі серед дітей реєструється близько 50 млн випадків інфекцій сечовивідних шляхів [3]. Поширеність інфекцій сечової системи згідно з епідеміологічним дослідженням, проведеним в Україні, становить 19,1 на 1000 дитячого населення, за даними медичної статистики, — 29,5. Інфекції сечової системи зустрічаються в 77–89 % випадків госпіталізації дітей у нефрологічні стаціонари [1].

Лікування інфекцій сечової системи (ІСС) буває успішним не в усіх хворих. У найближчі 3 місяці після першого епізоду інфекції сечової системи рецидивують у більшій частині пацієнтів, що зумовлено особливостями будови органів сечостатевої системи, кровопостачання, іннервації сечовивідних шляхів у дітей, а також віковою дисфункцією імунної системи дитини та властивостями мікроорганізмів, що викликають дану патологію. [4]. У зв'язку з цим нерідко потрібне проведення повторних курсів антибактеріальної терапії. Від того, наскільки правильно вибрана стартова антимікробна терапія ІСС, залежать у кінцевому підсумку ефективність лікування та прогноз хвороби [5, 8, 12, 14].

Швидке формування і значна поширеність антибіотикорезистентних та антибіотикозалежних штамів мікроорганізмів, підвищення питомої ваги мікробних асоціацій диктують необхідність удосконалення антибактеріальної терапії, пошуку нових високоефективних лікувальних та профілактичних методів з використанням антибіотиків максимально широкого спектра дії [17].

Головним чинником, що визначає резистентність бактерій до антибіотиків, є здатність до продукції мікроорганізмами бета-лактамаз, які інгібують активність антибіотиків. Відомо, що до 47–71 % видів кишкової палички, 80 % стафілоко-

ків, 58–100 % видів клебсієл здатні до синтезу бета-лактамаз, що зумовлює зниження ефективності антибіотикотерапії, що проводиться [9].

Згідно з сучасними рекомендаціями, вибір стартового антибіотика повинен базуватися не тільки на локальних даних мікробіологічних досліджень, але й ураховувати терапевтичну ефективність і безпеку різних антибактеріальних засобів [7, 11, 12]. За даними попередніх років, лікування пієлонефриту у дітей передбачало парентеральне введення антибактеріальних засобів. Однак проведені рандомізовані клінічні дослідження показали, що не менш ефективною є пероральна стартова антибактеріальна терапія, а при тяжкому перебігу найбільш раціональною є ступінчаста терапія, тобто короткі курси (2–4 дні) парентерального введення антибіотика з переходом на пероральний режим уведення [12, 15, 16]. Застосування ступінчастої терапії сприяє зниженню ризику післяін'єкційних ускладнень, додаткового навантаження на медичний персонал і, що дуже важливо для хворої дитини, дозволяє уникнути психоемоційного стресу від внутрішньом'язових ін'єкцій.

Сьогодні фармацевтичний ринок має в своєму розпорядженні достатню кількість антибактеріальних засобів. Незважаючи на те, що антибіотики є високоефективними препаратами, здатними при раціональному використанні врятувати дитині життя, терапія ними завжди є компромісом між бажаною дією препарату і наявністю можливих побічних ефектів.

© Леженко Г.О., Пашкова О.Є., Рудова О.І., Рубанова Є.І., 2013

© «Нирки», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Типовою помилкою при проведенні антибіотикотерапії інфекцій органів сечової системи є вибір препарату без урахування спектра активності антибіотика, особливостей його фармакокінетики, небажаних лікарських реакцій.

На цьому тлі цефалоспорины по праву займають провідне місце в клінічній практиці лікаря-педіатра, що зумовлено широким спектром антимікробної дії, бактерицидним механізмом дії, базовою захищеністю препаратів від бета-лактамаз порівняно з іншими групами антибактеріальних засобів, доброю переносимістю і невеликою частотою побічних явищ. Важливим для даної групи антибактеріальних препаратів є здатність проникати і накопичуватися у вогнищі запалення в необхідних концентраціях. Механізм дії цефалоспоринов пов'язаний із пригніченням синтезу пептидоглікану клітинної стінки мікроорганізму. При уроінфекціях найчастіше застосовують цефалоспорины III покоління, що активні як до грампозитивних, так і до грамнегативних бактерій, при цьому їх спектр порівняно з першим і другим поколіннями значно розширений у бік грамнегативних бактерій.

Цефалоспорины в основному є препаратами для парентерального застосування і широко використовуються в стаціонарах для лікування різних інфекцій, займаючи одне з провідних місць серед застосованих антибіотиків. Проте останніми роками з'явилися цефалоспорины виключно для перорального застосування. Крім того, згідно з даними професора А.П. Вікторова (2006), алергічні реакції на цефалоспорины зустрічаються значно рідше, ніж на антибіотики пеніцилінового ряду. Задежно від ступеня ризику алергічних реакцій цефалоспорины можливо розмістити в такому порядку: цефтриаксон → цефоперазон → цефокситин → цефтазидин → цефотаксим → цефуроксим [2].

З огляду на це перспективним у лікуванні інфекцій сечовивідної системи як із клінічної, так і з фармакоекономічної точки зору є пероральний цефалоспорин III покоління Цефікс (цефіксим). Вибір даного препарату в лікуванні пієлонефриту у дітей обумовлений перш за все його фармакодинамікою. Цефіксим є високоефективним і безпечним препаратом при застосуванні у дітей із 6 місяців [6, 10]. Зазначений антибіотик характеризується широким спектром дії і високою активністю щодо багатьох грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів: цефіксим за рахунок своєї оригінальної структури проявляє вищу активність, ніж амінопеніциліни і цефалоспорины попередніх поколінь, щодо деяких грампозитивних і грамнегативних бактерій, що продукують бета-лактамази. Важливо підкреслити, що препарат проявляє виражену активність щодо штамів *Enterobacteriaceae*, зокрема *E.coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis* — збудників інфекції сечовивідної системи, що продукують плазмідні бета-лактамази широкого спектра, які значно знижують антимікробний потенціал

інших ентеральних і парентеральних цефалоспоринов II–III покоління. Слід відзначити, що цефіксим швидко всмоктується в кишково-шлунковому тракті. Його біодоступність становить близько 50 % незалежно від прийому їжі, причому при прийомі разом із їжею всмоктування препарату дещо прискорюється, максимальна концентрація у сироватці досягається через 4 години після вживання. Частина препарату (65 %) зв'язується з білками плазми. Він добре проникає в різні органи і тканини, а його концентрація в сечі не поступається плазмовій. Приблизно половина введеної дози цефіксиму в незміненому вигляді виводиться з сечею протягом доби. Ці фармакокінетичні параметри дозволяють застосовувати препарат усередину 1–2 разу на добу.

Метою нашої роботи була оцінка клінічної та бактеріологічної ефективності препарату Цефікс (цефіксим) у лікуванні інфекцій сечової системи у дітей.

Матеріал і методи

Нами було проаналізовано ефективність застосування цефіксиму (Цефікс) у терапії активної стадії інфекції сечової системи 70 дітей, серед яких у 22 хворих було діагностовано гострий цистит, у 28 — гострий пієлонефрит, у 20 — загострення хронічного пієлонефриту. Середній вік пацієнтів становив $10,2 \pm 1,1$ року. У всіх хворих діагноз був підтверджений даними анамнезу, клініко-лабораторного, рентгенологічного, мікробіологічного обстеження та ультразвукового дослідження органів сечовивідної системи згідно з протоколом МОЗ України (наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008 р.).

До призначення цефіксиму хворі антибактеріальну терапію не отримували. Препарат застосовувався в дозі 8 мг/кг 1 раз або 4 мг/кг 2 рази на добу в комплексі з іншими препаратами патогенетичної та симптоматичної терапії. Тривалість курсу лікування становила: при циститі — 5 діб, при пієлонефриті — 10–14 діб.

Аналіз результатів лікування проводили на основі клінічної оцінки ефективності терапії, а також динаміки об'єктивних досліджень: лабораторних даних, посівів сечі, ультразвукового дослідження нирок. Ефективність лікування оцінювалась як добра, якщо спостерігалось швидке (на 2-гу — 3-тю добу) поліпшення стану хворих: нормалізація або зниження до субфебрильної температури тіла, зникнення болю, зниження лейкоцитозу, нейтрофілозу в аналізі крові, лейкоцитурії та бактеріурії в сечі. Клінічний ефект вважали задовільним, коли спостерігали зменшення вираженості, аж до повного зникнення, клінічних симптомів запального процесу, а позитивна динаміка аналізів крові та сечі наставала у пізніший строк — на 5–6-ту добу від початку лікування. За відсутності суб'єктивної та об'єктивної клініко-лабораторної та інструмен-

тальної динаміки в перебігу захворювання результат лікування вважався незадовільним.

Результати та обговорення

Клінічна картина активності процесу в групах дітей, хворих на пієлонефрит, характеризувалася такими симптомами: болі в поперековій ділянці з ураженого боку, підвищення температури тіла, пітливість, головний біль, слабкість, нездужання, нудота, дизуричні розлади у вигляді почастищення сечовипускання, болі при сечовипусканні, імперативних позивів (табл. 1).

Сечовий синдром виявлявся у вигляді нейтрофільної лейкоцитурії $\geq 10/\text{мм}^3$, мікропротеїнурії, бактеріурії $\geq 10^2/\text{мл}$ КУО при циститі та $\geq 10^4/\text{мл}$ КУО при пієлонефриті. У загальному аналізі крові в усіх хворих визначався помірний або виражений лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ. У 9 (32,1 %) хворих на гострий пієлонефрит та у 12 (60 %) пацієнтів із хронічним пієлонефритом спостерігалася анемія I ступеня.

Ультразвукова картина гострого циститу характеризувалася нерівномірним стовщенням стінки сечового міхура, в просвіті якого визначалася дрібнодисперсна суспензія.

При ультразвуковому дослідженні нирок у 21 (75,0 %) хворого на гострий пієлонефрит спостерігалася збільшення розмірів ураженої нирки, у 20 (71,4 %) пацієнтів — розширення ниркової миски, у 19 (67,9 %) — підвищення ехогенності збірної системи нирок та у 12 (42,9 %) — згладженість паренхіми. У 15 (53,6 %) хворих процес був правобічний, у 10 (35,7 %) дітей — лівобічний та у 3 (10,7 %) пацієнтів — двобічний.

У 18 (90,0 %) хворих із загостренням хронічного пієлонефриту при ультразвуковому дослідженні нирок було діагностовано різні аномалії розвитку сечової системи: деформація чашково-мискової системи — у 6 (30,0 %) пацієнтів, подвоєння чаш-

ково-мискового комплексу — у 3 (15,0 %), гідронефроз — у 4 (20,0 %), підковоподібна нирка — у 1 (5,0 %), гіпоплазія нирок — у 2 (10,0 %), агенезія нирки — у 1 (5,0 %), тазова дистонія нирки — у 1 (5,0 %) хворого. Збільшення розмірів нирки як наслідок запалення зустрічалось у 13 (65,0 %) хворих, розширення чашково-мискової системи спостерігалось у 17 (85,0 %) дітей, які знаходилися під спостереженням.

Аналіз структури мікробного складу сечі у дітей, хворих на гострий цистит (табл. 2), показав наявність позитивних посівів до лікування у 20 (90,9 %) пацієнтів.

У 13 (59,1 %) випадках виявлена *E.coli*, у 3 (13,6 %) — *Enterococcus faecalis*, в 1 (4,5 %) — *Staph. aureus*, в 1 (4,5 %) випадку виявлено *Proteus mirabilis* та у 2 (9,1 %) випадках були виявлені мікробні асоціації, що були представлені в основному поєднанням таких збудників: *E.coli*, *Staph. epidermidis*, *Strept. faecalis*, *Klebsiella* spp. і *Enterococcus faecalis*.

При проведенні аналізу структури збудників захворювання у хворих на гострий пієлонефрит (табл. 2) до лікування позитивні посіви становили 85,7 % (24 дитини).

У 4 (14,3 %) пацієнтів при бактеріологічному дослідженні не було встановлено етіологічних чинників. У 14 (50,0 %) випадках виявлена *E.coli*, у 4 (14,3 %) хворих виділено *Enterococcus faecalis*, у 2 (7,1 %) — *Staph. aureus*, в 1 (3,6 %) — *Proteus mirabilis*, в 3 (10,7 %) випадках були виявлені мікробні асоціації, що представлені поєднанням *E.coli* та *Strept. faecalis*, *Klebsiella* spp. і *Enterococcus faecalis*.

У структурі збудників хронічного пієлонефриту в пацієнтів, які перебували під наглядом, також домінувала *E.coli* (60,0 %). *Enterococcus faecalis* виявлений у 2 (10,0 %) хворих, *Proteus mirabilis* — в 1 (5,0 %), *Staph. aureus* — в 1 (5,0 %), ще в 1 (5,0 %) пацієнта було виділено з сечі *Pseudomonas auregenosus*. Виявлені мікробні асоціації при бактеріологічному дослідженні сечі у 2 дітей (10,0 %)

Таблиця 1. Основні клінічні симптоми у дітей з інфекцією сечової системи, n (%)

Симптом	Діти з гострим циститом (n = 22)	Діти з гострим пієлонефритом (n = 28)	Діти з загостренням хронічного пієлонефриту (n = 20)
Лихоманка	11 (50,0)	23 (82,1)	16 (80,0)
Тупий ниючий біль у поперековій ділянці	3 (13,6)	25 (89,3)	18 (90,0)
Позитивний симптом Пастернацького	–	21 (75,0)	14 (70,0)
Млявість, підвищена стомлюваність	13 (59,1)	26 (92,9)	18 (90,0)
Дизуричні розлади	20 (90,9)	10 (35,7)	8 (40,0)
Біль у животі	16 (72,7)	15 (53,6)	12 (60,0)
Зниження апетиту	13 (59,1)	25 (89,3)	18 (90,0)
Нудота	3 (13,6)	12 (42,9)	8 (40,0)
Головний біль	4 (18,2)	12 (42,9)	9 (45,0)

Таблиця 2. Збудники інфекції сечової системи в групах спостереження, n (%)

Збудник	Діти з гострим циститом (n = 22)	Діти з гострим пієлонефритом (n = 28)	Діти з загостренням хронічного пієлонефриту (n = 20)
<i>E.coli</i>	13 (59,1)	14 (50,0)	12 (60,0)
<i>Enterococcus faecalis</i>	3 (13,6)	4 (14,3)	2 (10,0)
<i>Staph. aureus</i>	1 (4,5)	2 (7,1)	1 (5,0)
<i>Proteus mirabilis</i>	1 (4,5)	1 (3,6)	1 (5,0)
<i>Pseudomonas auregenosus</i>	–	–	1 (5,0)
Мікробні асоціації	2 (9,1)	3 (10,7)	2 (10,0)
Росту не виявлено	2 (9,1)	4 (14,3)	1 (5,0)

були представлені грамнегативною флорою. В одному випадку (5,0 %) росту мікроорганізмів сечі не виявлено.

Аналіз чутливості мікрофлори сечі до антибактеріальних препаратів показав домінуюче значення цефалоспоринів III покоління, що необхідно враховувати при визначенні емпіричної стартової терапії інфекції сечовивідної системи у дітей.

На тлі лікування Цефіксом у всіх пацієнтів, хворих на цистит та гострий пієлонефрит, та у 19 (95,0 %) хворих із хронічним пієлонефритом відмічалася позитивна динаміка. При цьому у 20 (90,9 %) хворих на гострий цистит, у 25 (89,3 %) пацієнтів із гострим пієлонефритом та у 16 (80,0 %) дітей із хронічним пієлонефритом ефективність лікування оцінювалася як висока, що супроводжувалося швидкою регресією інтоксикаційного синдрому та нормалізацією лабораторних показників. Уже на 2-гу —3-тю добу від початку лікування температура тіла знизилася до нормальної, зникли болі у поперековій ділянці, поліпшився апетит, поступово зникали дизуричні явища. На тлі проведеної терапії паралельно з позитивною динамікою клінічних симптомів відзначено відновлення лабораторних показників, що свідчило про зменшення запального процесу в сечовивідній системі: На 4–5-й день на тлі терапії Цефіксом спостерігалася зменшення лейкоцитурії з повною ліквідацією на 7–8-й день при гострому та на 9–10-й день при хронічному пієлонефриті, на 10-й день лікування нормалізувалися показники загального аналізу крові. Задовільний результат лікування зафіксовано лише у 2 (9,1 %) хворих на гострий цистит, 3 (10,7 %) дітей, хворих на гострий пієлонефрит, та у 3 (15,0 %) пацієнтів із хронічним пієлонефритом, у яких динаміка клініко-лабораторних показників була більш повільною (на 4–5-й день), а окремі симптоми захворювання, зміни лейкограми, лейкоцитурія простежувались на 7–8-му добу спостереження. Причому у більшості хворих результати бактеріологічного дослідження виявилися негативними. Подовження антибактеріальної терапії до 14 діб приводило до повної нормалізації клінічної картини та лабораторних показників. В 1 (5,0 %) пацієнта з загостренням хронічного пієлонефриту не отримано

позитивного ефекту від застосування цефіксиму. У нього при бактеріологічному дослідженні сечі було виділено *Pseudomonas auregenosus*, що потребувало зміни антибактеріального препарату.

Слід зазначити, що за даними контрольного мікробіологічного дослідження на 7–8-му добу лікування в усіх хворих спостерігалася стерилізація сечі, а на 8–10-й день лікування — повна нормалізація клінічного аналізу крові і сечового синдрому. Ультразвуковий моніторинг розмірів нирок та товщини ниркової паренхіми на 10-ту добу зафіксував позитивну динаміку з наближенням цих показників до норми в усіх пацієнтів. Препарат Цефікс добре переносився пацієнтами. На тлі лікування у жодного хворого не відзначено погіршення характеру випорожнень, не виявлено змін рівня трансаміназ, білірубіну, порушень азотовидільної функції нирок та інших побічних явищ і небажаних реакцій.

Висновки

1. Цефікс (цефіксим) є ефективним та безпечним лікарським засобом із зручним застосуванням (1–2 рази на день), що дозволяє рекомендувати його як базовий препарат в комплексній терапії інфекції сечовивідної системи у дітей із середньотяжким перебігом захворювання як на догоспітальному етапі, так і в умовах стаціонару.

2. Широкий спектр антибактеріальної дії, резистентність до збудників, що синтезують бета-лактамази, низька токсичність дозволяють застосовувати Цефікс у вигляді монотерапії при циститі та неускладненому перебігу пієлонефриту як стартовий препарат на етапі, коли мікроорганізм-збудник ще не ідентифіковано.

Конфлікт інтересів: не заявлен.

Список літератури

- Борисова Т.П. Інфекция мочевой системы у детей. Часть I. Причины, механизмы развития, клинические проявления / Т.П. Борисова, И.В. Багдасарова // Здоровье ребенка. — 2007. — № 3. — С. 112-118.
- Викторов А.П. Побочные действия антибиотиков группы цефалоспоринов в Украине. Итоги 2005 года / А.П. Викторов, К.А. Посохова, Е.В. Матвеева, Н.А. Логвина // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2006. — № 2. — С. 3.

3. Зоркин С.Н. Не допустить рецидива инфекции мочевыводящих путей у детей / С.Н. Зоркин // *Consilium Provisorum*. — 2006. — Т. 4, № 2. — С. 33-34.

4. Зоркин С.Н. Лечение инфекции мочевыводящих путей у детей / С.Н. Зоркин, Л.К. Катосова, З.Н. Музыченко // *Медицинский совет*. — 2009. — № 4. — С. 25-30.

5. Зоркин С.Н. Взгляд на антибактериальную терапию у детей с урологической патологией / С.Н. Зоркин, Л.К. Катосова, З.Н. Музыченко // *Лечащий врач*. — 2010. — № 8. — С. 6-10.

6. Иванов Д.Д. Цефикс в ступенчатой терапии пиелонефрита у детей / Д.Д. Иванов, С.В. Куширенко // *Современная педиатрия*. — 2009. — № 6. — С. 127-129.

7. Козлов Р.С. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Вып. 2 / Р.С. Козлов, А.В. Дехнич. — Смоленск: МАКМАХ, 2007. — 608 с.

8. Коровина Н.А. Клинические аспекты применения цефалоспориновых антибиотиков в педиатрической практике / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, А.Л. Заплатников. — М., 2000.

9. Коровина Н.А. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Л.С. Страчунский [и др.] // *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* — 2002. — № 4(4). — С. 337-346.

10. Крамарев С.О. Досвід застосування орального цефалоспориноу III покоління цефіксу (цефіксиму) в терапії гострих кишкових інфекцій у дітей / С.О. Крамарев, О.А. Дмитрієва // *Здоровье Украины*. — 2007. — № 11-12. — С. 70-71.

11. Шевелев А.Н. Современные аспекты антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей у детей / А.Н. Шевелев // *Фарматека*. — 2008. — № 4. — С. 50-55.

12. American academy of pediatrics. Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and Evaluation of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children // *Pediatrics*. — 1999. — Vol. 103, № 4. — P. 843-852.

13. Alper B.S. Urinary Tract Infection in Children. / B.S. Alper, S.H. Curry // *American Family Physician*. — 2005. — Vol. 72. — P. 2483-2488.

14. Bartkowski D.P. Recognizing UTIs in infants and children. Early treatment prevents permanent damage / D.P. Bartkowski // *Postgraduate medicine*. — 2001. — Vol. 109, № 1. — P. 177-181.

15. Baumer J.H. Urinary tract infection in children, National Institute for Health and Clinical Excellence. *Archives of Disease in Childhood* / J.H. Baumer, R.W.A. Jones // *Education and Practice*. — 2007. — Vol. 92. — P. 189-192.

16. Montini G. Antibiotic treatment for pyelonephritis in children: multicentre randomised controlled non-inferiority trial / G. Montini, A. Toffolo, P. Zucchetto [et al.] // *BMJ*. — 2007. — Vol. 335. — P. 386-393.

17. Tenover F.C. Глобальная проблема антимикробной резистентности / F.C. Tenover // *Русский медицинский журнал*. — 1996. — Т. 3, № 4. — С. 217-219.

Рецензенты: заведующий кафедрой педиатрии ЗМАПО. д.м.н., профессор Овчаренко Леонид Сергеевич, заведующая кафедрой факультетской педиатрии ЗГМУ, д.м.н., профессор Недельская Светлана Николаевна.

Отримано 26.06.13 □

Леженко Г.А.¹, Пашкова Е.Е.¹, Рудова Е.И.², Рубанова Е.И.²

¹Запорожский государственный медицинский университет

²КУ «Запорожская областная клиническая детская больница ЗОС»

Lezhenko G.O.¹, Pashkova O.Ye.¹, Rudova O.I.²,

Rubanova Ye.I.²

¹Zaporizhzhya State Medical University

²MI «Zaporizhzhya State Clinical Children's Hospital of ZRC», Zaporizhzhya, Ukraine

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФИКСИМА В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Резюме. Изучена эффективность применения препарата Цефикс (цефиксим) в качестве монотерапии острого цистита, острого и хронического пиелонефрита у детей. Показано, что применение цефиксима в лечении цистита и пиелонефрита с неосложненным течением у детей является этиологически обоснованным, высокоэффективным и безопасным.

Ключевые слова: цистит, пиелонефрит, пероральные цефалоспорины, цефиксим, дети.

EXPERIENCE OF CEFIXIME APPLICATION FOR THE TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTION IN CHILDREN

Summary. There has been investigated the efficiency of Cefix (cefixim) application as a monotherapy of acute cystitis, acute and chronic pyelonephritis in children. Cefixime was found to be etiologically reasonable, high-performance and safe for the therapy of non-complicated cystitis and pyelonephritis in children.

Key word: cystitis, pyelonephritis, oral cephalosporins, cefixime, children.

ДОЗУВАННЯ НОВИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТУ У ХВОРИХ НА ХНН

Клас	Діюча речовина	Торгова марка	Стандартне дозування	Шлях введення	Дозування при ХНН	
Інгібітори DPP-4	Lina-gliptin	Tradjenta®	5 мг однократно	Пероральний	Не призначається	
	Saxa-gliptin	Onglyza®	2,5–5 мг однократно	Пероральний	Кліренс креатиніну ≤ 50 мл/хв і термінальна ХНН: 2,5 мг/добу Призначення після діалізу	
	Sita-gliptin	Januvia®	100 мг однократно	Пероральний	Кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв, але < 50 мл/хв Креатинін крові > 1,7–≤ 3 мг/дл у чоловіків Креатинін крові > 1,5–≤ 2,5 мг/дл у жінок Кліренс креатиніну < 30 мл/хв і термінальна ХНН Креатинін крові > 3,0 мг/дл у чоловіків Креатинін крові > 2,5 мг/дл у жінок Призначення незалежно від діалізу	→ 50 мг/добу → 25 мг/добу
	Alogliptin	Nesina®	25 мг однократно	Пероральний	Кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв, але < 60 мл/хв: 12,5 мг/добу Кліренс креатиніну < 30 мл/хв і термінальна ХНН: 6,25 мг/добу Призначення незалежно від діалізу	
Агоністи GLP-1	Exena-tide	Byetta®	5 мкг двічі на добу 1 місяць, потім 10 мкг двічі на добу	П/ш	Кліренс креатиніну 30–50 мл/хв: застосовувати з обережністю	
		Bydureon®	2 мг раз на тиждень	П/ш	Кліренс креатиніну < 30 мл/хв: не рекомендується	
	Liraglu-tide	Victoza®	0,6 мг однократно 1 тиждень, потім 1,2–1,8 мг однократно	П/ш	Застосування обережно при ХНН	
Інгібітор SGLT2	Cana-gliflozin	Invoka-na™	100–300 мг однократно перед першим прийомом їжі	Пероральний	рШКФ ≥ 60 мл/хв/1,73 м ² : 100–300 мг на добу	
					рШКФ 45 мл/хв/1,73 м ² , але < 60 мл/хв/1,73 м ² : 100 мг на добу	
					рШКФ 30–44 мл/хв/1,73 м ² : не рекомендується	
					рШКФ < 30 мл/хв/1,73 м ² і термінальна ХНН: протипоказано	

Примітки: DPP-4 – дипептидилпептидаза-4; рШКФ – розрахункова швидкість клубочкової фільтрації; GLP-1 – глюкагонподібний пептид-1; SGLT2 = натрій/глюкоза котранспортер 2.

Список літератури

1. http://www.medscape.com/viewarticle/807227?nlid=32065_1502&src=wnl_edit_medp_neph&uac=142284CK&spon=44New

Antidiabetics and Nephropathy: Dose Changes Needed? // Julie M. Sease, PharmD, BCPS, CDE, BCACP. Disclosures Jul 09, 2013.

Получено □

ДОБРИК О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОБІЛКОВОЇ ДІЄТИ І КЕТОАНАЛОГІВ АМІНОКИСЛОТ ЯК КОМПЛЕКСУ РЕНОПРОТЕКТОРНИХ ЗАСОБІВ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК

Однією з актуальних проблем нефрології є поліпшення якості життя і загального виживання хворих із хронічною нирковою недостатністю (ХНН), поширеність якої у світі неухильно збільшується. За даними епідеміологічних досліджень, хворі зі швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) менше 60 мл/хв становлять 5 % загальної популяції дорослого населення у світі [1]. В Україні поширеність даної патології становить 900 випадків на 100 000 населення.

У рекомендаціях, запропонованих експертами Національного ниркового фонду США (2002), введено поняття «хронічне захворювання нирок» (ХЗН), яке об'єднує всі захворювання нирок тривалістю понад 3 місяці, що можуть прогресувати з розвитком термінальної стадії хронічної ниркової недостатності. Відповідно до цієї концепції додіалізний період ХНН включає III (ШКФ — 30–59 мл/хв/1,73 м²) і IV (ШКФ — 15–29 мл/хв/1,73 м²) стадії ХЗН [1].

У хворих із ХЗН на додіалізованому етапі при швидкості клубочкової фільтрації менше 60 мл/хв показана дієта зі зниженим умістом білка, так звана низькобілкова дієта (НБД — 0,6–0,3 г/кг маси тіла на добу) [1]. Ця рекомендація заснована на тому, що при ХЗН пошкоджені нирки не справляються з виділенням продуктів розпаду білків, які накопичуються в організмі і в кінцевому підсумку призводять до маніфестації симптомів уремії. Крім того, при деградації білків може утворюватися ряд невідомих метаболітів (середні молекули), частина з яких має прооксидантні властивості, а деякі з них можуть сприяти хронічному запаленню. Також у зв'язку з тим, що споживання білка впливає на його екскрецію з сечею, низькобілкова дієта може чинити захисну дію щодо паренхіми нирок за рахунок зменшення протеїнурії, що може доповнювати нефропротективні ефекти певних препаратів [2]. Лікарі всього світу будують терапію своїх пацієнтів за визначеними канонами: 1) режим; 2) дієта; 3) медикаментозні середники.

Найбільша кількість публікацій у медичній літературі присвячується саме медикаментозній терапії, у той час як режиму та дієті приділяється набагато менше уваги. Проте в нефрології перших два пункти займають провідне місце у збільшенні тривалості життя та збереженні функції нирок, що саме й називається ренопротекцією.

Щодо режиму, то всі нефрологи говорять про здоровий спосіб життя, помірні фізичні навантаження у режимі ЛФК, відмову від шкідливих звичок.

Дієта потребує значно більшої уваги, оскільки це щоденний довічний фактор, який навантажує нирки та виснажує їх.

Як добре відомо, харчування людини складається з макронутрієнтів (білки, жири, вуглеводи) та мікронутрієнтів (вітаміни, мікроелементи), кількість та якість яких повинні бути повноцінними та збалансованими для оптимального розвитку та функції як окремих органів та систем, так і всього організму.

Сьогодні проведення нирковозамісної терапії нефрологами всього світу визнано надзвичайно дорогим та проблемним.

Особливо гостро проблема нирковозамісної терапії стоїть в Україні, оскільки, окрім фінансового питання, існуючі центри гемодіалізу не забезпечують потреби всіх пацієнтів. Процедура трансплантації нирки до сих пір законодавчо не оформлена.

Тому саме життя вимагає, щоб медики приділяли особливу увагу ренопротекції і найголовнішій її складовій — низькобілковій дієті в комплексі з кетоаналогами незамінних амінокислот.

Нефрологи всього світу вже протягом майже 100 років вивчають вплив білків на стан та функцію нирок. Дані були суперечливими, змінювалися залежно від нових методів фармакотерапії та нирковозамісної терапії. Але все ж учені дійшли висновку, що низькобілкова дієта (кількість білка — 0,8–0,4 г/кг залежно від стадії ХЗН) має позитивний вплив на тривалість життя нирок.

Відомо, що білки в організм людини надходять тільки з їжею, вони не можуть накопичуватися про запас, але можуть окислюватися зі звільненням енергії, перетворюватися на жири та вуглеводи.

Саме тому встановлені такі позитивні результати низькобілкової дієти в комплексі з кетоаналогами незамінних амінокислот, як:

- зменшення азотистих продуктів у крові;
- покращення ліпідного профілю;
- нормалізація артеріального тиску;
- нормалізація глікемічного профілю (що надзвичайно важливо при цукровому діабеті);
- покращення кальцій-фосфорного обміну та зменшення гіперпаратиреоїдизму.

Окрім позитивного впливу на обмінні процеси в організмі пацієнтів, що значно покращує якість життя, низькобілкові дієти в комплексі з кетоаналогами позитивно впливають на паренхіму нирок. Надлишок білка призводить до гіперфільтрації у залишкових нефронах, протеїнурії, яка, у свою чергу, спричиняє фіброз нефронів та має апоптозний ефект, викликає утворення молекул середньої маси та маломовного діальдегіду, що веде до оксидантного стресу.

Дані проф. Vincenzo Bellizzi (Італія, 2010) свідчать про те, що низькобілкові дієти (рівень білка — 0,55 г/кг) зменшують рівень бікарбонатів, паратиреоїдного гормону у нефрологічних хворих та подовжують життя пацієнтів на 59 міс. (проти 23 міс. при білковій квоті 0,8 г/кг), причому рівень білково-енергетичної недостатності становив 1 %.

Окрім того, наведені вище ефекти дають змогу значно зменшити застосування таких фармакологічних середників, як ІАПФ або БРА II, фосфатних біндерів, статинів, еритропоетинів, паратгормону та ін., що, у свою чергу, значно знижує вартість лікування.

Білкова квота повинна бути контрольована у дітей та людей похилого віку. Дитячий вік вимагає певних норм пластичних нутрієнтів для росту та розвитку, а люди похилого віку через супутні захворювання мають протипоказання до діалізу.

При травленні білків утворюються амінокислоти (близько 25), які всмоктуються в кров. Розрізняють незамінні та замінні амінокислоти. З них утворюються власні білки, специфічні для кожного організму. Тому при обмеженні кількості тваринного та рослинного білка в раціоні нефрологічних хворих загальноприйнятним стало додавання до раціону комплексів амінокислот, які повністю задовольняють потреби пацієнтів та призводять до нормалізації азотистого балансу.

Для довідки. Вживання 80–90 г білка за рахунок традиційних продуктів харчування еквівалентне 40 г повноцінного білка, або 13 г суміші амінокислот.

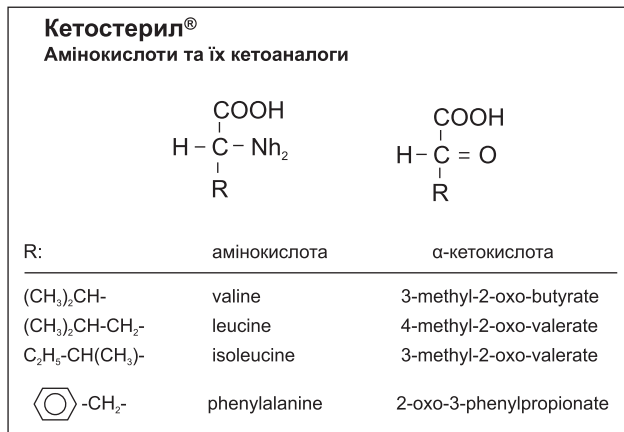


Рисунок 1

На сьогодні загальновизнаним комплексом амінокислот, який містить весь перелік незамінних кетоамінокислот, є препарат Кетостерил® (Fresenius Kabi, Німеччина).

Кетокислоти не містять азоту, метаболізм цих кетокислот в організмі супроводжується заміною кетогрупи на ендogenous NH₂ шляхом трансамінування, тобто утворення повноцінних амінокислот через утилізацію ендogenous азоту. Призначення кетоамінокислот покращує азотистий баланс при низькому споживанні азоту, задовольняє потребу в незамінних амінокислотах, одночасно зменшує утворення азотистих шлаків і, як наслідок, зменшує симптоми уремії при збереженні харчового статусу. Цим кетокислоти відрізняються від амінокислот (NH₂) (рис. 1).

Кетоамінокислоти у складі препарату містяться у вигляді солей кальцію, в кожній таблетці — 50 мг. Кальцієві солі незамінних кетоамінокислот можна розглядати як альтернативні м'які фосфатбіндери, що сприяють зв'язуванню фосфатів у кишечнику зі збільшенням їх екскреції (виведення назовні) та допомагають зменшити вираженість гіперпаратиреозу, про що зазначалося вище.

За даними V. Terplan, кетокислоти не впливають на ниркову гемодинаміку, не викликають гіперфільтрації, що знижує протеїнурію.

Існують розроблені загальновизнані схеми об'єму лікувальних засобів залежно від стану функції нирок (табл. 1, 2).

Міжнародною консультативною радою із застосування кетокислот (Кетостерил®) розроблені рекомендації щодо раціональної дієтотерапії (Рим, 23–24.09.2003; Падуя, 22–24.06.2004, наведено нижче). При цьому окремо визначені правила для пацієнтів на додіалізованому етапі ХЗН та для тих, які отримують діаліз. Основні положення такі:

- у додіалізованому періоді добове споживання білка при низькобілковій дієті становить 0,6 г/кг (0,4 г/кг) у поєднанні з кетокислотами 0,1 г/кг/добу (1 таблетка на 5 кг маси тіла на добу), енергетич-

на цінність дієти 35 ккал/кг/добу. Білкові калорії повинні замінюватися вуглеводами;

— у пацієнтів із діабетичною нефропатією коректно призначена терапія кетокислотами може гальмувати прогресування ниркової недостатності та подовжувати додіалітичний період;

— при проведенні гемодіалізу, що має потужний катаболічний ефект, призначення кетокислот дозволяє корегувати розлади харчування, збільшує рівень сироваткового альбуміну, знижує рівень паратгормону та сприяє зниженню дози еритропоетину.

При цьому KDOQI рекомендує для гемодіалітичних пацієнтів вживання білка 1,2 г/кг/добу з енергетичною цінністю 30–35 ккал/кг/добу.

Абсолютним показанням до призначення кетокислот у пацієнтів, які отримують гемодіаліз, є

ознаки мальнутриції (рівень сироваткового альбуміну — менше 35 г/л). Це пов'язано з тим, що смертність пацієнтів із гіпоальбумінемією (менше 35 г/л) майже в два рази більша, ніж при нормоальбумінемії.

Ефективність поєднаної терапії НБД і кетоаналогів амінокислот має достатню доказову базу. У дослідженні L. Garneata (2012) за участю 207 предіалітичних пацієнтів із ХЗН (IV–V стадії) було показано, що сувора НБД і застосування кетоаналогів незамінних амінокислот (Кетостерил®) ефективні для полегшення метаболічних порушень при тяжких ступенях ХЗН (накопичення продуктів азотистого обміну, порушення кислотно-лужного та фосфорно-кальцієвого обміну) і не чинять негативного впливу на нутритивний статус. У дизайні даного рандомізова-

Таблиця 1. Лікувально-дієтичні заходи залежно від стадії хронічного захворювання нирок (адаптовано з класифікації NKF DOQI)

Стадія	Характеристика	ШКФ (мл/хв/1,73 м ²)	Заходи
	При появі ризику ХЗН	> 90 (при наявності факторів ризику ХЗН)	Скринінг та зниження можливих факторів ризику ХЗН
I	Ураження нирок із нормальною або підвищеною ШКФ	> 90	Діагностика та лікування основного захворювання для сповільнення темпів прогресування та зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Терапія супутньої патології. Дієта
II	Ураження нирок із помірним зниженням ШКФ	60–89	Ті самі заходи. Визначення швидкості прогресування ХЗН. Дієта. Кетоамінокислоти
III	Середній ступінь зниження ШКФ	30–59	Ті самі заходи. Виявлення та лікування ускладнень. Низькобілкова дієта та кетоамінокислоти
IV	Виражений ступінь зниження ШКФ	15–29	Ті самі заходи. Підготовка до замісної терапії. Низькобілкова дієта та кетоамінокислоти
V	Ниркова недостатність	< 15	Замісна ниркова терапія. Високобілкова дієта (до діалізу — строга низькобілкова дієта та кетоамінокислоти)

Таблиця 2. Запропоновані терапевтичні схеми зниження рівня білка в раціоні пацієнтів із недіабетичними ураженнями нирок

Стадія ХЗН	Добове споживання білка	Додавання кетоамінокислот
I	Нормальна дієта (ДНР: 0,8 г білка/кг маси тіла на добу)	Не потрібно
II	Нормальна дієта (ДНР: 0,8 г білка/кг маси тіла на добу)	Не потрібно
III	Обмеження білка: 0,6/0,7 г/кг маси тіла на добу	1 таблетка/5 кг маси тіла на добу (оптимально, залежно від біологічної цінності білка їжі)
IV	Обмеження білка: — максимально 0,6 г білка/кг маси тіла на добу — від 0,3 до 0,4 г білка/кг маси тіла на добу	— 1 таблетка/5 кг маси тіла на добу (оптимально, залежно від біологічної цінності білка їжі) — 1 таблетка/5 кг маси тіла на добу
V (до початку діалізу)	Обмеження білка: — максимально 0,6 г білка/кг маси тіла на добу — від 0,3 до 0,4 г білка/кг маси тіла на добу	— 1 таблетка/5 кг маси тіла на добу (оптимально, залежно від біологічної цінності білка їжі) — 1 таблетка/5 кг маси тіла на добу

Примітка: ДНР — добова норма, що рекомендується.

ного контрольованого дослідження за первинну точку була прийнята швидкість прогресування ХЗН. Було продемонстровано більш повільне зниження ниркової функції на 57 % у хворих, яким були призначені сувора НБД і кетоаналогі амінокислот, порівняно з тими пацієнтами, які отримували звичайну НБД [47].

Слід відзначити, що пацієнти похилого віку, які отримують низькобілкову дієту, поєднують з кетоамінокислотами, порівняно з пацієнтами, які отримують гемодіаліз, мають такі ж показники тривалості життя і також значно нижчий рівень госпіталізацій та низький ризик порушення статусу харчування (Brunori et al., 2004).

V. Terplan et al. [49] було виконано довгострокове проспективне рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження з оцінки безпеки призначення модифікованої низькобілкової дієти, застосовуваної самостійно або разом із лікуванням кетоаналогіями амінокислот (Кетостерил®), її переносимості та зв'язку з поліпшенням метаболічного статусу і збереженням залишкової функції нирок (ЗФН) у хворих на перитонеальному діалізі (ПД).

Протягом 12 місяців було обстежено 62 пацієнти на ПД віком від 26 до 72 років із кліренсом креатиніну 7,9–5,7 мл/хв/1,73 м². Усім пацієнтам була запропонована модифікована НБД, що містить 0,8 г/кг/добу білка і 135 кДж/кг ідеальної маси тіла на добу. Далі хворих на НБД рандомізували на 2 групи: 1-ша група (30 хворих) отримувала кетоамінокислоти (Кетостерил®) у дозі 100 мг/кг ідеальної маси тіла/добу, в той час як 30 пацієнтів 2-ї групи отримували плацебо. М'язовий жировий обмін досліджували за допомогою магнітно-резонансної спектроскопії (МРС) передньої великогомілкової і магнітно-резонансної томографії (МРТ) вісцеральної жирової тканини. До включення в дослідження всі пацієнти з 1-ї групи перебували на консервативній терапії із застосуванням НБД і препарату Кетостерил® (0,6 г/кг/добу білка і 0,1 г/кг ідеальної маси тіла/добу препарату Кетостерил®) протягом тривалого періоду (18–48 місяців, у середньому — 28 міс.) з доброю комплаєнтністю. Пацієнти 2-ї групи ніколи не отримували НБД і препарат Кетостерил®. Усіх пацієнтів обстежували на початку ПД і кожні 3 місяці протягом 12 місяців.

У 1-й групі досягався тривалий нейтральний або позитивний азотистий баланс ($p < 0,05$). ЗФН, перерахована на кліренс креатиніну, залишалася в 1-й групі стабільною (від $6,5 \pm 2,18$ мл/хв до $5,9 \pm 2,54$ мл/хв), у той час як у 2-й групі вона знизилася (від $6,7 \pm 2,22$ мл/хв до $1,44$ мл/хв; $p < 0,02$). У кліренсі діалізату різниці не було. Наприкінці дослідження спостерігалася значна різниця у значеннях загального кліренсу на

тиждень, вираженому як кліренс діалізу + резидуальний кліренс креатиніну, та загального Kt/V сечовини на тиждень. Рівень сироваткового альбуміну значно збільшився (з $29,5 \pm 2,5$ г/л до $35,4 \pm 3,4$ г/л; $p < 0,01$) у 1-й групі порівняно з 2-ю групою (з $30,4 \pm 3,4$ г/л до $31,8 \pm 3,5$ г/л). Виділення сечі також було значно більшим у 1-й групі (1226 ± 449 мл/добу), ніж у 2-й групі (678 ± 327 мл/добу; $p < 0,01$). Жирова тканина в м'язах, виміряна за допомогою МРС, значимо зменшилася в 1-й групі, що було пов'язано зі зменшенням вісцеральної жирової тканини.

Таким чином, тривале застосування модифікованої НБД і кетоаналогів амінокислот (Кетостерил®) у 1-й групі призводило до кращих показників метаболічного статусу та клубочкової фільтрації (ШКФ, діурез, загальний кліренс сечовини, сироватковий альбумін) порівняно з 2-ю групою. МРС та МРТ підтвердили позитивні зміни в м'язовій жировій тканині. На підставі цього автори зробили висновок, що тривале застосування модифікованої низькобілкової дієти і препарату Кетостерил® у діалізних хворих є безпечним і добре переноситься. Цей режим покращує нутритивний статус і клінічний прогноз діалізних пацієнтів.

Ефективність НБД у поєднанні з кетоаналогіями амінокислот відзначена й у літніх пацієнтів, лікування яких є проблематичним з огляду на велику кількість супутніх захворювань. Відомо, що кількість літніх пацієнтів із термінальною стадією ХНН подвоїлася за останні 10 років. **Призначення діалізу таким пацієнтам є складним питанням, оскільки він не завжди покращує їх виживання при наявності супутніх захворювань. Крім того, початок діалізу погіршує якість життя пацієнтів і значно підвищує витрати на лікування. Початок діалізу може критично позначитися на стані геріатричних пацієнтів, серед яких відзначається найвища загальна частота госпіталізацій та ускладнень і найкоротша очікуваність тривалості життя порівняно з іншими віковими групами діалізних хворих.**

У дослідженнях Giulianj Brunori et al. [50] визначався вплив низькобілкової дієти на можливість відстрочити діаліз у літніх пацієнтів. У першому з них було показано, що, незважаючи на те, що діаліз подовжував життя пацієнтів віком понад 75 років, за наявності множинних супутніх захворювань, у першу чергу ішемічної хвороби серця, його ефект не перевищував такого консервативного лікування. Друге дослідження продемонструвало, що при НБД літні пацієнти віком понад 70 років проводять у стаціонарі значно меншу кількість днів порівняно з діалізними хворими. Крім того, вартість консервативного лікування була значно меншою. Таким чином, поєднане застосування низькобілкової дієти і кетоаналогів амінокислот (Кетостерил®) у пацієнтів із

ХЗН зменшує клінічний прояв уремії й уповільнює темп прогресування ХНН. При їх тривалому застосуванні не відзначається клінічних та лабораторних ознак формування негативного азотистого балансу з гіперкатаболізмом і синдромом білкової недостатності, а також будь-яких інших лікарських побічних ефектів. Низькобілкова дієта у поєднанні з препаратом Кетостерил® є доступним і економічно вигідним методом лікування, який можна застосовувати у більшості пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю.

Також варто зауважити, що в Україні налічується понад 1800 дітей із ХНН, які мають порушення функції нирок та потребують постійної ренопротекторної терапії та раціонального дієтичного харчування, включаючи препарат Кетостерил®.

Більшість із них є інвалідами та мають забезпечуватись необхідними ліками безкоштовно. Згідно з наказом МОЗ України № 365 від 20.07.2005 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю “Дитяча нефрологія”», розділом «Протокол лікування дітей з хро-

нічною нирковою недостатністю» дітям передбачене призначення незамінних кетокислот у вигляді препарату Кетостерил®. Його застосування потенціює ренопротекторну терапію та продовжує додіалізний період, що надає можливість фізіологічного формування і росту організму дитини.

Незамінні кетокислоти входять, згідно з наказом № 169 МОЗ України, до «Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів» (2006), тому слід сподіватися на безкоштовне забезпечення препаратом Кетостерил® дітей-інвалідів, які страждають від хронічної ниркової недостатності. Дітям препарат Кетостерил® можна призначати з розрахунку 0,1 г/кг/добу. Традиційно доза препарату Кетостерил® становить 1 табл. на 5 кг маси тіла пацієнта.

*Список літератури
знаходиться в редакції*

Отримано 14.08.13 □

МЕДВЕДЬ В.И., д.мед.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий отделением внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»
ДУДА Е.М., акушер-гинеколог, отделение внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

ПРЕЭКЛАМПСИЯ В КЛИНИКЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

В структуре материнской заболеваемости и смертности преэклампсия и эклампсия продолжают удерживать весомые позиции. Несмотря на достижения в медицине, за последние 10–15 лет частота этой патологии существенно не меняется. В общей популяции беременных женщин частота преэклампсии удерживается на уровне 10–12 %, а эклампсии — 0,05 %. Эти цифры в несколько раз выше у пациенток с экстрагенитальной патологией, особенно с сердечно-сосудистыми и системными заболеваниями. Неосложненная преэклампсией артериальная гипертензия, так же как преэклампсия легкой степени, практически не влияет на исход беременности, в то время как присоединение протеинурии, течение преэклампсии на фоне экстрагенитальной патологии существенно осложняют беременность, ухудшают ее прогноз и исход [1, 2]. Вероятно, ни одна другая проблема в акушерстве не вызывает столь пристального внимания, и связано это с тем, что до сих пор до конца и целостно не изучены вопросы этиологии и патогенеза преэклампсии. Существуют гипотезы, модели развития данного патологического состояния, однако только отдельные процессы и звенья патогенеза могут быть полностью объяснены и скорректированы. Не хватает целостного понимания того, что происходит в организме женщины при инициации и развитии преэклампсии и эклампсии. Абсолютно точно известно, что для возникновения этого патологического состояния необходима плацента, поскольку при пузырьном заносе, когда плод отсутствует, частота преэклампсии значительно выше, чем на фоне нормально протекающей беременности [6]. Также известно, что в основе патогенеза лежит генерализованный спазм артериол и сегментарная вазодилатация, которые приводят к активации и повреждению эндотелия, что, в свою очередь, вызывает активацию тромбоцитов и их агрегацию, к повышению реакции эндотелия на ангиотензин II, стазу крови, активации белков каскада свертывания (фактора фон Виллебранда) и, наконец, к тромбозу. Повреждение клеток эндотелия приводит к выходу жидкости из кровеносных сосудов в окружающие ткани, появлению отеков и уменьшению объема циркулирующей крови. В конце концов возникают очаговая ишемия и локальные отложения фибрина. Такая сосудистая

патология, органный гипоперфузия затем вызывают вторичные изменения в печени, почках, головном мозге и других органах. Эти системные или органные изменения не причина преэклампсии, а ее следствие. Следует отметить, что все эти процессы иницируются значительно быстрее и развиваются тяжелее на фоне той или иной экстрагенитальной патологии, для которой особенно характерны исходная артериальная гипертензия, поражение эндотелия, хроническая гипоксия [5, 7].

Одна из современных гипотез патогенеза преэклампсии предполагает, что существует дисбаланс между активностью периферических вазодилаторов (простациклина и оксида азота) и вазоконстриктора (эндотелина), которые вырабатываются эндотелием сосудов, а также тромбоцитарных вазоконстрикторов (тромбоксана, 5-гидрокситриптамина, серотонина, 5-НТ) в действии на гистаминовые рецепторы гладких мышц сосудов. При этом повышается чувствительность сосудов к пресорным воздействиям ангиотензина II и норадреналина. В условиях недостаточной активности вазодилаторов повреждение эндотелия вследствие избыточной активности вазоконстрикторов приводит к вышеописанным патологическим изменениям и системным проявлениям преэклампсии. Таким образом, повышение сосудистого сопротивления возникает вследствие действия эндотелина, серотонина или тромбоксана или в связи с недостаточной вазодилатацией из-за дефицита оксида азота или простациклина [2, 6].

Итак, преэклампсия — это полиорганное поражение, возникающее из-за генерализованного спазма сосудов, для развития которого абсолютно необходима плацента.

Диагностика преэклампсии основывается на определении артериального давления и содержания белка в моче. Поскольку этиология преэклампсии до конца не ясна, диагностические методы ненадежны. Сложно разработать рациональные и эффективные методы профилактики этого осложнения. Определенную доказательную базу в плане профилактики преэклампсии имеют препараты

© Медведь В.И., Дуда Е.М., 2013

© «Почки», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

кальция и низкие дозы аспирина [5]. У пациенток с экстрагенитальной патологией важным методом профилактики преэклампсии является компенсация основного заболевания до наступления беременности.

Лечение преэклампсии зависит от степени тяжести данного осложнения, а также от той патологии, на фоне которой оно возникло. Преэклампсия легкой степени или гестационная гипертензия (МКБ-10: O13) медикаментозной коррекции не требует, однако необходимо регулярно контролировать артериальное давление и протеинурию, что проводится амбулаторно. Единственным 100-процентно эффективным методом лечения преэклампсии средней и тяжелой степени является родоразрешение [1, 3]. Однако на одной чаше весов лежит здоровье матери, а на другой — ее будущего ребенка. Рождение недоношенного ребенка требует высококвалифицированной помощи, поскольку у таких детей выше смертность и число осложнений. Нужно также отметить высокую вероятность неврологического дефицита и психических нарушений у детей, родившихся преждевременно.

Согласно нормативным документам МЗ Украины по ведению пациенток с преэклампсией, гипотензивная и магниевая терапия проводится при повышении диастолического артериального давления больше 110 мм рт.ст. Магниевая терапия показала свою эффективность для профилактики и лечения эклампсии с одновременным гипотензивным эффектом (уровень доказательности А), что достигается благодаря поддержанию концентрации ионов магния в крови, которая обеспечивает невозможность возникновения судорог.

Исследовательская группа Magpie провела плацебо-контролируемое исследование с участием 10 141 женщины из 33 стран. Как показали его результаты, по сравнению с плацебо сульфат магния снижал риск эклампсии на 58 %. У получавших сульфат магния была достоверно ниже материнская смертность [4].

Обзор 6 исследований, представленных в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды», также показал, что сульфат магния снижает риск эклампсии более чем в 2 раза. Сульфат магния снижал риск эклампсии эффективнее ряда других препаратов, в частности фенитоина (2 исследования, 2241 женщина). По сравнению с фенитоином сульфат магния существенно снижал частоту по-

вторных судорог (5 исследований, 895 женщин). При лечении сульфатом магния была немного ниже материнская смертность, однако различия были статистически незначимы (2 исследования, 797 женщин). При лечении сульфатом магния отмечено также снижение риска ряда осложнений преэклампсии и эклампсии, таких как преждевременная отслойка плаценты (относительный риск 0,44, 95% доверительный интервал 0,24–0,79), необходимость ИВЛ (относительный риск 0,66, 95% доверительный интервал 0,49–0,90) и перевод в отделение реанимации (относительный риск 0,67, 95% доверительный интервал 0,50–0,89). Сульфат магния снижал частоту перевода детей в отделение реанимации новорожденных (1 исследование, 518 детей), а также перинатальную смертность и риск пребывания ребенка в отделении реанимации новорожденных более 7 суток (1 исследование, 665 детей) [9].

Другие противосудорожные средства, применяемые для лечения эклампсии, также уступают по эффективности сульфату магния. Обзор 7 исследований с включением 1441 женщины показал, что по сравнению с диазепамом сульфат магния снижал материнскую смертность (6 исследований, 1336 женщин). Отмечено также существенное снижение частоты повторных судорог (7 исследований, 1441 женщина). Сходные результаты дало и сравнение эффективности сульфата магния и литической смеси. Анализ данных 2 исследований (199 женщин) показал, что сульфат магния эффективнее, чем литическая смесь, предупреждал повторные судороги и меньше угнетал дыхание. Материнская смертность при лечении сульфатом магния была ниже, но различия оказались статистически незначимы (относительный риск 0,25, 95% доверительный интервал 0,04–1,43) [4, 5, 9].

Наиболее удобный и эффективный способ применения сульфата магния, получивший в акушерской среде название магниевой терапии, — это болюсное введение 2–4 г сухого вещества сульфата магния с дальнейшей поддерживающей инфузией, скорость которой определяется состоянием пациентки. Стартовая доза (доза насыщения) — 2–4 г сухого вещества, разведенного до концентрации 3,33 %, вводится очень медленно в течение 15 минут. В случае эклампсии скорость введения сокращается до 5 минут. Поддерживающая инфузия — 1 г сухого вещества в час — проводится с помощью инфузomата. При такой скорости введения концен-

Таблица 1. Сравнительная характеристика препаратов сульфат магния и Кормагезин® («Верваг Фарма», Германия)

Характеристика	Кормагезин®	Сульфат магния
Форма выпуска	Раствор для инъекций 10 мл	Раствор для инъекций 10 мл
Действующее вещество	20% и 40% сульфат магния	25% сульфат магния
Количество действующего вещества в 1 ампуле	2,0 и 4,0 г	2,5 г
Страна-производитель	Германия	Украина

трация ионов магния в сыворотке крови достигает 4–8 ммоль/л. Однако повышенная концентрация ионов магния в крови может нарушать нервно-мышечную передачу в синапсах и влиять на функцию дыхания, поэтому целесообразно проводить мониторинг частоты дыхания и силы коленного рефлекса у таких пациенток.

Существуют схемы внутримышечного введения сульфата магния, однако они не нашли широкого применения в силу выраженной болезненности инъекции, недостаточно быстрого эффекта и местного раздражающего действия.

Среди инъекционных препаратов магния пока применяли только 25% раствор сульфата магния в ампулах по 5 и 10 мл.

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке Украины появился новый инъекционный препарат сульфата магния производства «Верваг Фарма», Германия, — Кормагнезин®, который успел зарекомендовать себя в кардиологической и неврологической практике. Главное преимущество препарата Кормагнезин® состоит в удобстве применения благодаря форме выпуска: ампулы (10 мл) по 2 и 4 г сухого вещества сульфата магния, соответственно, рассчитывать дозы для болюсного и поддерживающего введения и готовить раствор необходимой концентрации значительно проще и быстрее, что имеет значение в экстренных клинических ситуациях.

Кормагнезин® может рутинно применяться в акушерской практике для лечения преэклампсии

и эклампсии как альтернатива традиционному сульфату магния. Препарат удобен для быстрого применения, эффективен, хорошо усваивается и переносится, практически не имеет противопоказаний, а побочные эффекты возможны лишь при несоблюдении режима его дозирования.

Список литературы

1. Review of the 2011 ESC guidelines on cardiovascular disease in pregnancy.

2. Duley L. Magnesium sulphate regimens for women with eclampsia: messages from the Collaborative Eclampsia Trial // *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. — 1996 Feb. — Vol. 103. — P. 103-105

3. Duley L., Meher S., Abalos E. Management of preeclampsia // *BMJ*. — 2006. — 332. — 463-468.

4. Duley L., Gulmezoglu A.M., Henderson Smart D.J. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with preeclampsia (Cochrane Review) // *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.

5. Henderson Smart D.J., Knight M., King J.F. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications (Cochrane Review) // *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.

6. Villar J. et al. Methodological and technical issues related to the diagnosis, screening, prevention, and treatment of pre-eclampsia and eclampsia // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2004. — 85 Suppl. 1. — S28-41.

7. Spinnato J.A., II. New therapies in the prevention of preeclampsia // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2006. — 18. — 601-604.

8. McCaw Binns A.M. et al. Strategies to prevent eclampsia in developing country: Reorganization of maternity services // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2004. — 87(3). — 286-294.

9. Abalos E. et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review) // *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.

Получено 26.06.13 □

НОВИНКА!

КОРМАГНЕЗІН®
ІНЪСКЦІЙНИЙ ПРЕПАРАТ МАГНІЮ

Лікування прееклампсії та еклампсії!*

- Німецька якість
- Магнію сульфат
в ефективній
концентрації
(8,3 ммоль і 16,6 ммоль магнію)
- Зручність застосування
1 ампула 1 раз на добу



КОРМАГНЕЗІН®
ІНЪСКЦІЙНИЙ ПРЕПАРАТ МАГНІЮ

***Склад:**

діюча речовина:

10 мл Кормagneзін® 200 містить 2,0475 г магнію сульфату гексагідрату (що відповідає 1000 мг сульфату магнію, який еквівалентний 8,3 ммоль магнію або 16,6 мвал магнію, або 201,9 мг магнію);
10 мл Кормagneзін® 400 містить 4,095 г магнію сульфату гексагідрату (що відповідає 2000 мг сульфату магнію, який еквівалентний 16,6 ммоль магнію або 33,2 мвал магнію, або 403,8 мг магнію).

допоміжні речовини: кислота сірчана, вода для ін'єкцій.

Показання:

- дефіцит магнію, якщо пероральне лікування неможливе;
- лікування прееклампсії та еклампсії;
- для лікування гострого інфаркту міокарда при дефіциті магнію, якщо тромболітична терапія є можливою та не протипоказана;
- для лікування коронарних спазмів, пов'язаних з дефіцитом магнію;
- аритмія серця, зокрема двопрямована шлуночкова тахікардія, пов'язана з дефіцитом магнію або в результаті лікування дигіталісом, багатовиговою передсердною тахікардією в випадку дефіциту магнію.

Спосіб застосування та дози:

Одну ампулу препарату Кормagneзін® 200 або Кормagneзін® 400 дорослим вводять повільно внутрішньовенно. Введення препарату слід повторити через 1–2 доби.

Побічні реакції:

Високі дози можуть призвести до брадикарії, зниження артеріального тиску, порушень провідності та розширення периферичних судин. Якщо ін'єкція здійснюється занадто швидко, це може тимчасово спричинити нудоту, блювання, головний біль, жар, запаморочення та стан занепокоєння.

Інформація про лікарський засіб. Рецептурний лікарський засіб.

Інформація для використання у професійній діяльності медичним і фармацевтичним працівникам.

Лікарський засіб має побічні ефекти та протипоказання.



Представництво компанії «Вьореаг Фарма ГмбХ і Ко, КГ», Німеччина
04112, Київ, вул. Дегтярівська, 62, e-mail: info@woenagpharma.kiev.ua
www.woenagpharma.kiev.ua

Урологический курорт Фьюджи: время собирать камни и не только.... ФЬЮДЖИ, спа-отель SILVA HOTEL SPLENDID 4*

В Silva Hotel Splendid постояльцы отеля могут ощутить себя центром мироздания на две недели (именно столько длится питьевой курс, в течение которого вода-труженица работает над каждой клеточкой человеческого организма, очищая его от накопившихся шлаков).

✓ Урология, детокс, общее оздоровление

✓ Спа-релакс

✓ Экологический отдых

✓ Семейный отдых

✓ Активный отдых — гольф, велосипед, треккинг

В пользу отеля говорит множество факторов, которые по достоинству оценили курортники: удачное расположение, большая зелёная территория, просторные номера с балконами и видом на сад, прекрасная кухня с учётом кулинарных предпочтений наших соотечественников, отличный сервис и атмосфера, располагающие к релаксу, гибкая ценовая политика, целый набор бесплатных детских услуг, великолепные возможности для семейного отдыха и, конечно же, спа-центр отеля, который входит в сотню лучших итальянских спа.

КРУГЛЫЙ ГОД:

спецпредложение для именинников!

На протяжении месяца, в котором вы празднуете счастливое событие — свое появление на свет, в качестве подарка от Silva Splendid — 1 ночь в 2-местном номере с включённым завтраком и использованием спа-зоной для 2 человек.

Предложение действительно при бронировании мин. 6 оплачиваемых ночей (7-Я НОЧЬ — В ПОДАРОК) и распространяется на все категории номеров.

Дети 0–12 лет в одном номере с родителями проживают в отеле Silva Splendid бесплатно, с тем же режимом питания, что и взрослые. Для детей 13–16 лет — скидка 50 %.



★★★★
Silva Hotel Splendid
Spa & Congress
FIUGGI FONTE - ITALY

Corso Nuova Italia, 40 - 03014 FIUGGI (FR)
Tel. +39 0775 515 791 Fax. +39 0775 506 546
silvasplendid@silvasplendid.it

irina@silvasplendid.it (русскоязычный менеджер)
www.silvasplendid.it





Молва о целебных источниках итальянского Фьюджи, известных, впрочем, еще со времен античных римлян, добралась и до наших просторов, зародив оправданную надежду в сердцах пациентов с урологической патологией и не только.

Восприимчивые к красоте итальянцы называют Фьюджи городом, обласканным богами. Расположенный в предгорье Аппенин в 70 км к юго-востоку от Рима в окружении девственных лесов и парков, сочных пастбищ, виноградников и оливковых рощ, со щедро изливающимися на него солнечными лучами и дождями, Фьюджи с его лечебной питьевой водой — настоящая урологическая Мекка.

ВРЕМЯ СОБИРАТЬ КАМНИ

Этот курорт представляет собой интереснейший образец экосистемы, сохраняющей свою целостность на протяжении вот уже 5000 лет. Источники находятся в туфовом бассейне долины Антиколана. Обильная густая растительность, представленная каштановыми деревьями, дубами, соснами и липами, мягкий климат, равномерное распределение осадков в течение года, большое количество солнечных дней в году создают уникальный союз атмосферы, биосферы и литосферы, в результате которого вода Фьюджи, принадлежащая к группе олигоминеральных вод с низким содержанием кальция, обогащается органическими молекулами гуминовых и фульвеновых кислот, оказывающими разрушающее воздействие на почечные камни.



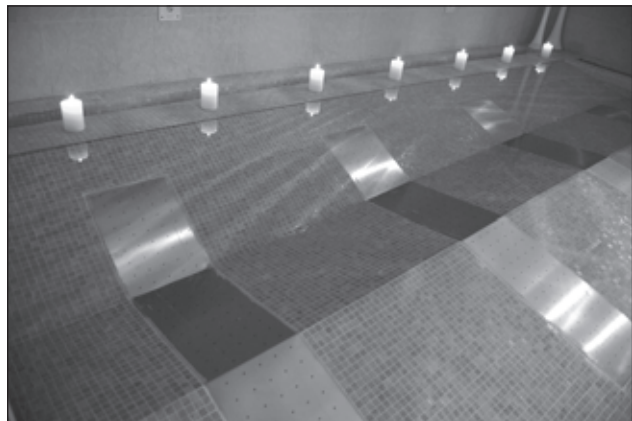
ПОКАЗАНИЯ К ПИТЬЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВО ФЬУДЖИ

- ! Камни в почках, мочеточниках или мочевом пузыре, кристаллурия, оксалурия, дисметаболическая нефропатия, подагра.
- ✓ Перед литотрипсией для предварительного размягчения камней.
- ✓ После литотрипсии для облегчения выведения фрагментов раздробленных конкрементов.
- ✓ После оперативного удаления камней из почек и мочевых путей.
- ✓ Лечение циститов, пиелоститов, пиелонефритов.
- ✓ Для предупреждения и лечения подагры (суставной и внесуставной).
- ✓ В профилактических общеоздоровительных целях.
- ✓ После приема антибиотиков, химиотерапии, для пациентов, проживающих в экологически неблагоприятной среде.
- ✓ Коррекция веса, в качестве эффективного дополнения к антицеллюлитной программе и программе похудения.

- ! ✓ Вода Фьюджи приятна на вкус и не имеет запаха.
- ✓ Питьевое лечение не противопоказано пожилым людям и беременным женщинам.
- ✓ Дети могут пить воду Фьюджи в лечебных целях начиная с 2-летнего возраста.
- ✓ Рекомендованная средняя продолжительность питьевого курса составляет 12–14 дней.
- ✓ Лечение на курорте Фьюджи — это питьевой курс «по нарастающей» схеме, которая индивидуально назначается курортным врачом. Количество выпиваемой ежедневно воды составляет в среднем 2 литра.
- ✓ Термальные купания или грязи на основе воды Фьюджи не практикуются, поскольку выраженный лечебный эффект оказывает только питьевое лечение.



гаемые отпуска во Фьюджи остаются неизменными и поныне: гармония с природой, здоровый образ жизни, целебный воздух предгорья, превосходная вода и еда. Вот почему сюда стремятся не только урологические пациенты, но и любители природы, пешеходных прогулок, биологических продуктов, в летний период — изнывающие от жары горожане, кардиопациенты, люди с расшатанной нервной системой и больные астмой.



И если в эпоху Античности и Средневековья слава воды опиралась на эмпирику (среди самых известных пациентов — папа Бонифаций VIII и Микеланджело, назвавший воду Фьюджи водой, которая разрушает камни), то современные исследования как в лабораторных, так и в клинических условиях позволили идентифицировать в составе воды гуминовые и фульвенные кислоты и определить ее разрушающий потенциал по отношению к камням, состоящим из оксалата кальция.

В прошлом веке на воды во Фьюджи приезжали аристократы и крупная буржуазия. Целебные сла-

Сохранив незыблемость традиций, Фьюджи не остался в стороне от веяний моды и предлагает сегодня не только питьевое лечение для урологических пациентов, но и столь популярный ныне спа-релакс, который особенно привлекателен в контексте целебных свойств воды.

- ! ✓ Диализ для взрослых пациентов.
- Детский диализ — по запросу.
- ✓ Диализ HDF ON-LINE
- ✓ Диализ HBD

Ирина БУДЗИВУЛА, Фьюджи, Италия □

КУШНИРЕНКО С.В.

Кафедра нефрологии и почечно-заместительной терапии НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев

МОРДОВЕЦ Е.М.

Отделение нефрологии ДКБ № 1 г. Киева

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ИЛИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО — ТЕРНЕРА?

Синдром Шерешевского — Тернера — хромосомная болезнь, сопровождающаяся характерными аномалиями физического развития, низкорослостью и половым инфантилизмом. Моносомия по X-хромосоме (X0).

В 1925 году Н.А. Шерешевский впервые описал это заболевание, обусловленное недоразвитием половых желез и передней доли гипофиза и сочетающееся с врожденными пороками внутреннего развития. В 1938 г. Тернер выделил характерную для этого синдрома триаду симптомов: половой инфантилизм, кожные крыловидные складки на боковых поверхностях шеи и деформацию локтевых суставов. В России этот синдром принято называть синдромом Шерешевского — Тернера. Этиология заболевания (моносомия по X-хромосоме) была раскрыта Ч. Фордом в 1959 г.

Характерными признаками синдрома Тернера при рождении являются избыток кожи на шее и другие пороки развития, особенно костно-суставной и сердечно-сосудистой систем, «лицо сфинкса», лимфостаз. В раннем возрасте у части больных отмечают задержку психического и речевого развития, что свидетельствует о патологии развития нервной системы.

При синдроме Тернера патологические признаки по частоте встречаемости распределяются следующим образом: низкорослость — 98 %, общая диспластичность — неправильное телосложение — 92 %, бочкообразная грудная клетка — 75 %, укорочение шеи — 63 %, низкий рост волос на шее — 57 %, высокое «готическое» небо — 56 %, крыловидные складки кожи в области шеи — 46 %, деформация ушных раковин — 46 %, укорочение метакарпальных и метатарзальных костей и аплазия фаланг — 46 %, деформация локтевых суставов — 36 %, множественные пигментные родинки — 35 %, лимфостаз — 24 %, пороки сердца и крупных сосудов — 22 %, повышенное артериальное давление — 17 % [1, 2, 8].

У 24 % больных с синдромом Шерешевского — Тернера встречаются аномалии почек, признаки микробно-воспалительного процесса, реже — развитие нефротического синдрома, чистого или смешанного с гипертензией, гематурией. Морфологически нефротический синдром при синдроме Шерешевского — Тернера представлен гипопластической дисплазией, или фокально-сегментарным гломерулосклерозом, или мембранозно-пролиферативным гломерулонефритом [5].

Клиническое наблюдение

Из анамнеза известно, что девочка массой тела 2550 г родилась в 2007 г., на 37-й неделе гестации, от первой патологически протекавшей беременности, первых патологических родов. В возрасте 4 дней переведена в отделение патологии новорожденных ДКБ № 1 с диагнозом: множественные

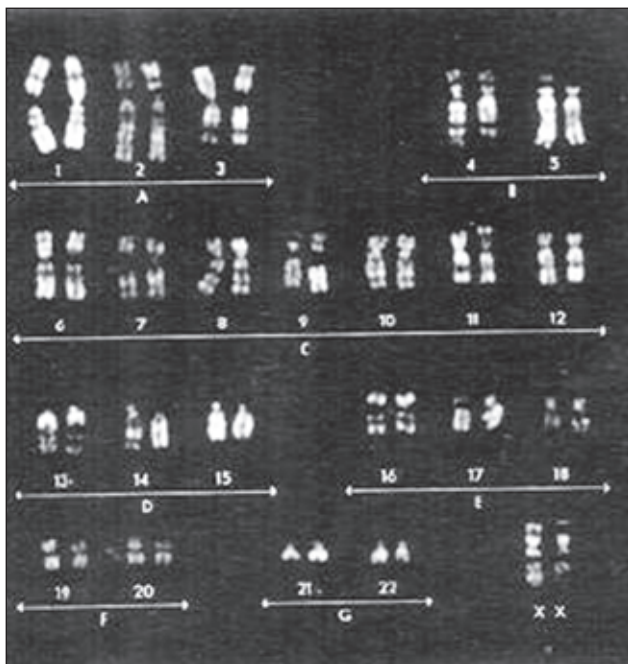


Рисунок 1. Кариотип 45 X0 = 70 % / 46 XX = 30 % — мозаичная форма синдрома Тернера

врожденные пороки развития (МВПР), карио-тип 45X с регулярной моносомией X-хромосомы, крестцово-копчиковая тератома, открытое овальное окно (ООО), дакриоцистит, аномалия развития 3–4-го пальцев кисти, синдактилия 4–5-го пальцев обеих стоп, недоношенность 2-й ст., внутриутробная задержка развития. 16.10.2007 впервые диагностирован синдром Шерешевского — Тернера, ООО, открытый артериальный проток (ОАП). С 8-месячного возраста наблюдалась неврологом с диагнозом: симптоматическая эпилепсия в виде серийных эпилептических припадков. Наблюдалась нефрологом и урологом с 2009 года: хронический осложненный пиелонефрит, рефлюксирующий мегауретер слева, спинальный мочевого пузыря, состояние после операции (СПО) тератомы пояснично-крестцового отдела позвоночника, подковообразная почка. В 2009 году проведена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) 2-й ст. слева в отделении урологии ДКБ № 1. Наблюдалась кардиологом с раннего возраста в «Научно-практическом медицинском центре детской кардиологии и кардиохирургии» МЗ Украины с диагнозом: врожденный порок сердца (ВПС), минимальный ОАП. С 2010 г. находилась на диспансерном наблюдении у офтальмолога по поводу смешанного

астигматизма, сходящегося правостороннего косоглазия.

С 30.03 по 1.04.2013 ребенок находился в инфекционно-диагностическом отделении ДКБ № 1 г. Киева с диагнозом: интестинальный синдром, токсикоз-эксикоз II ст. с последующим переводом в отделение нефрологии (1–22.04.2013). Ранее, 25–26.03.2013, у ребенка отмечалась рвота, разжиженный стул. С 27.04.2013 появились вялость, анорексия, снизился диурез, с 31.03 — отечность лица, нижних конечностей, появился судорожный синдром. По результатам биохимического исследования крови (30.03.2013): общий белок — 59 г/л, мочевины — 7,7 ммоль/л, уровень сывороточного креатинина — 68 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) — 70,68 мл/мин; общего анализа мочи: протеинурия — 3,9 г/л, эритроциты — 10–14 в поле зрения. Данные представлены в табл. 1. Уровень холестерина, показатели коагулограммы, общего анализа крови, кислотно-основного состояния и электролитный состав крови находились в пределах физиологических значений. Электрокардиография (ЭхоКГ) не проводилась. Ребенку была назначена инфузионная терапия в сочетании с пероральной регидратацией и противосудорожным препаратом (леветирацетам дигидрохлорид).

**Таблица 1. Результаты исследования
(инфекционно-диагностическое отделение/отделение нефрологии, 30.03–22.04.2013)**

Показатели	Дата исследования		
	30.03.2013	8.04.2013	19.04.2013
Общий белок, г/л	59	57	65
Креатинин, мкмоль/л	68	57	58
Мочевина, ммоль/л	7,7	5,2	3,5
СКФ, мл/мин	70,68	84,33	82,87
Холестерин, ммоль/л	3,5	3,6	
Калий, ммоль/л	3,7	4,0	4,8
Натрий, ммоль/л	143	140	140
Кальций ионизированный, ммоль/л	1,1	1,13	1,16
Фибриноген, г/л	2,2		
ПТИ, %	98		
pH	7,43		
BE	-2,8		
Гемоглобин, г/л	124	144	142
Лейкоциты, • 10 ⁹	4,8	9,8	9,0
Эритроциты, • 10 ¹²	4,0	4,4	4,5
Тромбоциты, • 10 ⁹	223	227	214
СОЭ, мм/ч	2	5	3
Протеинурия (ОАМ), г/л	3,9	1,43	1,5
Протеинурия (СП), г/л	0,74	8,0	1,8

Пребывание в отделении нефрологии характеризовалось позитивной динамикой клинических и лабораторных показателей. Купирован отечный синдром, уровень сывороточного креатинина снизился до 57 мкмоль/л, мочевины — до 3,5 ммоль/л, общий белок за 3 дня до выписки составил 65 г/л. АД не превышало 100/50 мм рт.ст. По результатам общего анализа мочи и суточной протеинурии сохранялась протеинурия — от 1,43 до 8,0 г/л. По данным ультразвукового исследования: признаки подковообразной почки: правая — 6,5 × 2,4 см, левая — 6,2 × 3,0 см, кортико-медулярная дифференциация снижена, выпот в брюшной, плевральной и полости перикарда не выявлен. Девочка получала инфузионно-дегидратационную, антибактериальную, противосудорожную терапию, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Диагноз: состояние угрожающее по реализации нефротического синдрома. Синдром Шерешевского — Тернера. Хронический осложненный пиелонефрит, неактивная стадия. ХБП II ст. Врожденные аномалии развития мочевыводящей системы (ВАРМС). Подковообразная почка. Рефлюксирующий мегауретер слева. Спинальный мочевого пузыря. Состояние после эндоскопической коррекции ПМР II ст. слева. СПО тератомы пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптоматическая эпилепсия. 22.04.2013 выписана домой в стабильном состоянии. В мае планировалось проведение нефробиопсии с целью определения дальнейшей тактики лечения.

С 1.05 по 7.05.2013 — стационарное лечение в ДКБ № 5 с диагнозом: ОРВИ, обструктивный бронхит. В стационаре у ребенка отечный синдром, выраженная одышка, цианоз, протеинурия до 4,0 г/л. 7.05.2013 девочка переведена в отделение нефрологии ДКБ № 1. В этот же день проведены электрокардиография и ЭхоКГ: фракция выброса (ФВ) — 29 %, конечно-диастолический размер (КДР) — 47 мл, конечно-систолический размер (КСР) — 40 мл. Регургитация на аортальном и митральном клапанах (МК). Створки МК разрыхлены. Сепарация листков перикарда, по задней стенке левого желудочка (ЗСЛЖ) — 6 мм, на верхушке — 8 мм. В полости левого желудочка (ЛЖ) отмечается флотирующее образование размерами 3 × 2 см. Абберрантная хорда в ЛЖ. Сократимость ЛЖ снижена, полость дилатирована.

8.05.2013 ребенок обследован и проконсультирован в Киевском городском центре сердца и Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова АМН Украины. ЭхоКГ: полость ЛЖ резко увеличена, стенка гипертрофирована, конечно-диастолический объем (КДО) — 90 мл, конечно-систолический объем (КСО) — 69 мл, ударный объем — 21 мл, КСР — 40 мл, КДР — 45 мл, ФВ — 23 %. Заключение: дилатация левых и правых камер сердца. Сократимость ЛЖ

снижена. В полости ЛЖ визуализируется объемное образование размерами 3,1 × 1,45 см, основание которого фиксировано к эндокарду широкой ножкой в области верхушки ЛЖ. Образование неоднородное, с участками гипер- и гипоехогенности. Дистальная часть образования флотирует. Клапаны интактные. В других полостях сердца патологических образований нет.

Проведена компьютерная томография (КТ) сердца с контрастированием. В полости ЛЖ определяется пристеночное образование в области верхушки сердца, состоящее из 3 связанных между собой долей, размерами 9 × 8 × 27 мм (52eX), не накапливающее контраст в артериальную фазу. В проекции переднесептального сегмента субэндокардиально, без признаков инвазии и на широком основании визуализируется опухолевидное образование (54eX) размерами 12 × 10 × 32 мм, в артериальную фазу неоднородно накапливающее контраст (40–102eX). Выраженная дилатация ЛЖ (межжелудочковая перегородка (МЖП) — 10,5 мм, боковая стенка — 10,2 мм). Судя по КТ сердца, наиболее вероятен пристеночный тромбоз ЛЖ, опухолевидное образование верхнесептального сегмента ЛЖ, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП). Сократимость ЛЖ резко снижена.

Ребенок консультирован кардиологом, кардиохирургом, онкологом, реаниматологом.

Диагноз: опухолевидное образование ЛЖ, пристеночные тромбы верхушки ЛЖ без обструкции митрального и аортального клапанов сердца. Вторичная ДКМП (ФВ — 23 %). Ввиду локализации опухолевидного образования, с широким основанием, на фоне низкой сократительной функции сердца оперативное лечение не показано. Рекомендовано консервативное лечение в отделении интенсивной терапии ДКБ № 1: ИАПФ, диуретики, антикоагулянты. 8.05.2013 ребенок переведен в отделение анестезиологии и реанимации.

Рабочий диагноз: опухолевидное образование ЛЖ. Пристеночные тромбы верхушки ЛЖ без обструкции митрального и аортального клапанов сердца. Паранеопластическая нефропатия. Вторичная ДКМП. Эндобронхит. Синдром Шерешевского — Тернера. ВАРМС. Подковообразная почка. Рефлюксирующий мегауретер слева. Состояние после эндоскопической коррекции ПМР 2-й ст. слева. Спинальный мочевого пузыря. Хронический осложненный пиелонефрит, неактивная стадия. ХБП III ст. ВПС. Минимальный ОАП. Симптоматическая эпилепсия в форме генерализованных припадков. Назначена антибактериальная, диуретическая, тромболитическая и противосудорожная терапия.

С 11.05.2013 — патологическая неврологическая симптоматика в виде диффузной мышечной гипотонии, гипорефлексии, правостороннего гемипа-

реза с ограничением активных движений в нижних конечностях, сопровождающегося сопором и переходом в кому 1-й ст. в сочетании с фебрильной температурой и нарастанием синдрома бронхиальной обструкции (СБО) на фоне эндобронхита. Усилена антибактериальная терапия. 12.05.2013 проведена КТ головного мозга (ГМ).

ЭхоКГ (13.05.2013): ФВ — 32 %. Резкое расширение полости ЛЖ. В полости ЛЖ в области верхушки — дополнительное образование размерами 1,2 × 1,4 см, в области папиллярных мышц — дополнительное образование размерами 1,0 × 1,7 см. На задней створке МК — мелкие нечетко очерченные флотирующие образования. Раскрытие МК резко уменьшено. В области коронарного синуса — дополнительное образование размерами 1,0 × 1,0 см. По передней стенке сепарация листков перикарда до 1 см, в полости перикарда визуализируется дополнительное образование размерами 0,5 × 0,5 см. Заключение кардиоревматолога: опухолевидное образование ЛЖ, осложненное тромбозом полости сердца, обструкцией створок МК. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в бассейне левой средней мозговой артерии. НК ПБ ст.

14.05.2013 — прогрессирование неврологической симптоматики, присоединение орофарингеального грибкового поражения, тенденция к росту гипертермии. 25.05.2013 произведена люмбальная пункция, фиброгастродуоденоскопия.

16.05.2013 проведено МРТ-исследование ГМ: признаки ишемического инфаркта левой геми-

сферы кортико-субкортикальной локализации, с наибольшей вероятностью обусловленные тромбоэмболией, многоочагового поражения белого вещества, признаки аномалии развития — синдром Денди — Уокера, воспалительные изменения пазух носа. Консультирована неврологом, оториноларингологом. 16.05.2013 начата искусственная вентиляция легких (ИВЛ), симпатомиметическая поддержка.

ЭхоКГ (17.05.2013): ФВ — 35 %. КДР — 47 мл, КСР — 40 мл, левое предсердие (ЛП) — 30 мм, Ао — 20 мм, толщина МЖП (ТМЖП) — 9 мм, ТЗСЛЖ — 9 мм. Расширение полости ЛЖ, ЛП. Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. В полости ЛЖ сохраняются дополнительные образования: в области верхушки — размерами 0,8 × 1,0 см; папиллярных мышц — 0,7 × 0,9 см; в области каротидного синуса — 0,8 × 0,8 см. В полости перикарда визуализируется дополнительное образование округлой формы размерами 0,5 × 0,5 см. Створки МК разрыхлены, раскрытие их ограничено. Сепарация листков перикарда по ЗСЛЖ и на верхушке до 5,0 мм.

ЭхоКГ (20.05.2013): ФВ — 32 %. Расширение полости ЛЖ и ЛП. Разрыхление створок МК с ограничением диастолического раскрытия створок. В области верхушки определяется дополнительное образование 0,8 × 0,5 см. Сепарация листков перикарда до 3 мм.

С 21.05.2013 состояние ребенка тяжелое за счет течения септического процесса на фоне сердечной недостаточности, нарушения азотовыделительной

Таблица 2. Результаты исследования (отделение анестезиологии и реанимации 8.05–2.06.2013)

Показатели	Дата исследования		
	8.05.2013	18.05.2013	1.06.2013
Общий белок, г/л	49	53	65
Креатинин, мкмоль/л	85	102	90
Мочевина, ммоль/л	8,6	15,8	18,6
СКФ, мл/мин	56,55	47,12	53,4
Калий, ммоль/л	4,8	4,5	3,5
Натрий, ммоль/л	120	137	140
Кальций ионизированный, ммоль/л	0,92	1,14	1,11
Фибриноген, г/л	2,2	3,08	3,8
ПТИ, %	97	80	85
pH	7,51	7,33	7,17
BE	+8,0	-0,4	-12,8
Гемоглобин, г/л	137	114	84
Лейкоциты, • 10 ⁹	6,4	16,0	6,4
Эритроциты, • 10 ¹²	4,3	3,6	3,2
Тромбоциты, • 10 ⁹	135	280	214
СОЭ, мм/ч	2	15	28
Протеинурия (ОАМ), г/л	0,56	1,01	0,3

функции почек и развития левосторонней нижедолевой пневмонии. С 21.05 по 29.05 продолжалась дифференциальная диагностика между опухолевым процессом в полости сердца и тромбозом ЛЖ с повторным проведением КТ грудной полости и определением онкомаркеров.

Неоднократно проводились консилиумы в составе ведущих специалистов клиники и сотрудников НМАПО имени П.Л. Шупика.

ЭхоКГ (27.05.2013): ФВ — 44 %. КДР — 48 мм, КСР — 38 мм, МЖП — 11 мм, ЗСЛЖ — 10 мм, Ао — 24 мм. Сократительная функция миокарда снижена. Расширение полости ЛЖ, гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. На дополнительных хордах МК (№ 2) в основании нельзя исключить наличие мелких тромбов. Обструкция выходного отдела не наблюдается. Недостаточность МК (вторичная). Сепарация листков перикарда на верхушке — 6 мм, по ЗСЛЖ — 2,5 мм.

29.05.2013 в «Научно-практическом медицинском центре детской кардиологии и кардиохирургии» проведена КТ органов грудной полости с внутривенным контрастированием: сердце резко увеличено в размерах, миокард ЛЖ утолщен, больше со стороны свободной стенки. Дополнительных образований в полостях сердца не выявлено. Неравномерная пневматизация/перфузия легочной паренхимы. Субсегментарные ателектазы в задних сегментах обоих легких. Стенки бронхов утолщены. Левый главный бронх сдавлен на протяжении между ветвями легочной артерии и аортой. Трахея и правый главный бронх проходимы. ЭхоКГ (29.05.2013): КДО — 108 мл, КДИ — 145 мл/м², ФВ — 16 %. Сократимость миокарда снижена, стенки миокарда утолщены. ТМЖП — 8 мм, ТЗСЛЖ — 10 мм, Ао — 16/23 мм. Минимальный обратный ток на МК. Трикуспидальный клапан компетентный. В перикарде по задней стенке — 4 мм свободной жидкости, по передней стенке — до 6 мм. В плевре слева — 1 см свободной жидкости.

Консультативное заключение: состояние после перенесенного острого инфекционного миокардита. Выраженная систолодиастолическая дисфункция ЛЖ. НК ПБ ст. ДН III ст.

29.05.2013. Состояние ребенка тяжелое за счет течения септического процесса на фоне сердечной недостаточности. В ходе проведенных исследований данных о наличии у ребенка опухолевого процесса в полости сердца и грудной клетки не выявлено. С наибольшей степенью вероятности имел место тромбоз ЛЖ, купированный на данный момент, есть данные о наличии ДКМП, состояние после перенесенного инфекционного миокардита, выраженная систолодиастолическая дисфункция ЛЖ. Имеет место компрессия левого главного бронха между ветвями легочной артерии и аорты.

Заключение: МВПР. Синдром Шерешевского — Тернера. ВАРМС. Подковообразная почка, реф-

люксирующий мегауретер слева. Состояние после эндоскопической коррекции ПМР 2-й ст. слева. ВПС — минимальный ОАП. ДКМП. Выраженная систолодиастолическая дисфункция ЛЖ. Тромбоз ЛЖ сердца. Тромбоэмболия сосудов ГМ с ишемическим поражением левой гемисферы ГМ. Правосторонний гемипарез. Судорожный синдром. Экзогенная компрессия левого главного бронха. ХБП III ст. Спинальный мочевого пузыря. Хронический осложненный пиелонефрит, неактивная стадия. Сепсис: левосторонняя нижедолевая пневмония, гнойный эндобронхит, СБО, левосторонний эксудативный плеврит, кардит, острый пансинусит, отечно-катаральная форма. Синдром полиорганной недостаточности, ДН III ст., смешанного генеза. НК ПБ ст. Анемия 1-й ст. Симптоматическая эпилепсия в форме генерализованных миоклонических припадков.

За время пребывания в отделении анестезиологии и реанимации ребенок получал: симпатомиметическую поддержку прессорными аминами, антибактериальную, противосудорожную, антигипертензивную терапию, антикоагулянты, ИВЛ.

31.05.2013. Состояние ребенка крайне тяжелое, с отрицательной динамикой. Стойкая гипертермия, не купируемая медикаментозными и физическими методами, нарастание степени дыхательной недостаточности, нарушение сознания, нестабильность гемодинамики. 1.06.2013 на фоне резкого прогрессирования сердечной недостаточности потребовалось проведение комплекса сердечно-легочной реанимации (СЛР). После кратковременной стабилизации процесса 2.06.2013 отмечалось нарушение ритма по типу наджелудочковой экстрасистолии, с последующим переходом в фибрилляцию желудочков. Несмотря на проводимые мероприятия (комплекс СЛР в полном объеме), прогрессирование брадикардии с переходом в асистолию. Родители ребенка от патологоанатомического вскрытия отказались.

В приведенном клиническом наблюдении можно акцентировать внимание на определенных аспектах, требующих дальнейшего накопления опыта.

Учитывая наличие хромосомной болезни, особенности течения заболевания у данного ребенка, динамику ЭхоКГ-исследования, КТ, авторы клинического наблюдения, конечно же, склонны трактовать сложившуюся ситуацию в пользу сочетания неполного нефротического синдрома и врожденной аномалии развития органов мочевыводящей системы (подковообразная почка, рефлюксирующий мегауретер) с синдромом Шерешевского — Тернера, осложнившегося септическим процессом, ДКМП, выраженной систолодиастолической дисфункцией ЛЖ, тромбозом ЛЖ сердца и тромбоэмболией сосудов ГМ с ишемическим поражением левой гемисферы.

Тем не менее не стоит забывать, что нефропатии, развивающиеся в рамках злокачественных новообразований, представляют собой одну из актуальных проблем внутренней медицины. Это объясняется распространенностью опухолевых заболеваний среди населения нашей страны с сохраняющейся отчетливой тенденцией к росту, а также трудностями ранней диагностики злокачественных новообразований, обусловленными многообразием их форм и вариантов течения, в том числе и в сочетании с наследственной патологией, включая широкий спектр неспецифических реакций, объединяемых в паранеопластические синдромы [3, 4].

Неспецифические реакции при злокачественных опухолях отличаются большим разнообразием клинических проявлений — от моноорганных до системных, нередко имитирующих известные нозологические формы.

Эти проявления могут доминировать в клинической картине, опережая симптомы самой опухоли и тем самым создавая различные клинические маски опухолевого процесса в течение достаточно длительного времени. Паранеопластическое поражение почек является не частой, но чрезвычайно важной формой вторичных нефропатий [6, 7].

Список литературы

1. Дедов И.И., Петеркова В.А., Ширяева Т.Ю. Справочник детского эндокринолога / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, Т.Ю. Ширяева и др. — М.: Литтерра, 2011. — 528 с.
2. Игнатова М.С., Шатохина О.В. Диагностика и лечение нефротического синдрома у детей: Руководство для врачей / М.С. Игнатова, О.В. Шатохина. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 300 с.
3. Мухин Н.А., Козловская Е.М., Шилов Е.М., Мирошниченко Н.Г. Мембранозная нефропатия: как дифференцировать первичный и паранеопластический варианты? / Н.А. Мухин, Е.М. Козловская, Е.М. Шилов, Н.Г. Мирошниченко // Клиническая нефрология. — 2009. — № 2. — С. 75-78.
4. Козловская Л.В., Туганбекова С.К., Сейсембеков Т.З., Тэгай С.В., Фомин В.В., Варшавский В.А. Паранеопластическое поражение почек при солидных опухолях / Л.В. Козловская, С.К. Туганбекова, Т.З. Сейсембеков, С.В. Тэгай, В.В. Фомин, В.А. Варшавский В.А. // Нефрология и диализ. — 2002. — Т. 4, № 2.
5. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Руководство для врачей. — СПб.: «Левша. Санкт-Петербург», 2008. — 600 с.
6. Lefaucheur C., Stengel B., Nochy D. Membranous nephropathy and cancer: epidemiologic evidence and determinants of high-risk cancer association / C. Lefaucheur, B. Stengel, D. Nochy [et al.] // *Kidney Int.* — 2006. — Vol. 70. — P. 1510.
7. Renal Tumor. Paraneoplastic glomerulopathy associated with renal cell carcinoma // Jindong Chen. — 2013. — 208.
8. wikipedia.org/wiki/Синдром-Шерешевского — Тернера

Получено 00.00.13 □

Коментар спеціаліста



ЛЕПИХОВ П.А., заведуючий діагностическим відділенням Обласної дитячої клінічної лікарні г. Донецька, врач-спеціаліст ультразвукової діагностики вищої категорії, член Української асоціації спеціалістів ультразвукової діагностики

Аналіз даних ехокардіографічних досліджень даного ребенка дозволяє установити наступне.

Значительные изменения со стороны сердца регистрируются на ЭхоКГ 01.05.2013, когда выявлена значительная дилатация полости левого желудочка со снижением насосной функции миокарда. Необходимо обратить особое внимание на то, что имело место разрыхление створок митрального клапана (миксоматозная дегенерация створок или эндокардит?). Наличие в полости левого желудочка флотирующего образования значительных размеров позволяет думать об эндокардите, так как при эндокардите на поврежденных (изъязвленных) участках эндокарда происходит образование рыхлых наслоений из фибрина и тромбоцитов. Кроме того, по данным этого исследования в сердечной сорочке определялся выпот, что свидетельствует в пользу перикардита.

08.05.2013 ребенку повторно проводится ЭхоКГ в другом лечебном учреждении, где подтверждено наличие дилатации полости левого желудочка, снижение сократимости левого желудочка, уточнена локализация образования в полости желудочка, его структура. Важно отметить, что установленный факт фиксации образования широкой ножкой в области верхушки левого желудочка является характерным признаком тромба. Появление тромба именно в области верхушки левого желудочка можно объяснить снижением скоростных характеристик кровотока в этой области. В тот же день пациенту проводят компьютерную томографию сердца с контрастированием, при которой уточняется структура образования (оно состоит из трех связанных между собой долей), его топография и отсутствие признаков инвазии. Учитывая данные анамнеза, клиники и инструментального обследования, на данном этапе можно было предположить наличие инфекционного эндокардита.

Подтверждением этому заключению являются данные ЭхоКГ от 13.05.2013, при проведении которой четко определялось уменьшение(!) образования

(что нехарактерно для опухоли) в полости левого желудочка у верхушки, появление мелких нечетко очерченных флотирующих образований на створке митрального клапана, в области коронарного синуса, увеличилась сепарация листков перикарда, в перикарде отмечены какие-то включения. Данные изменения должны были быть оценены врачом, проводившим ЭхоКГ, как признаки инфекционного эндокардита, перикардита.

Спустя четыре дня (17.05.2013) при повторной ЭхоКГ ранее описанные изменения сохраняются. При проведении пятого исследования (ЭхоКГ от 20.05.2013) сохраняются дилатация полости левого желудочка, разрыхление (миксоматозная дегенерация?) створок митрального клапана на фоне ограничения его диастолического раскрытия. Ранее описанное образование в области верхушки значительно уменьшилось.

На ЭхоКГ от 27.05.2013 сохраняются дилатация полости левого желудочка, гипертрофия миокарда левого желудочка на фоне снижения сократительной функции левого желудочка. Ранее описанное образование в области верхушки уже не регистрируется. На дополнительных хордах не исключается наличие мелких тромбов, обструкции выходного отдела левого желудочка не наблюдается, что может свидетельствовать о лизисе тромботических масс (септический распад тромба) или об отрыве тромбов. И наконец, при проведении последнего ЭхоКГ отмечено значительное снижение сократительной функции миокарда, дилатация полости левого желудочка и отсутствие каких-либо образований как в полости желудочка, так и в области створок митрального клапана.

Таким образом, уже при проведении первых двух ЭхоКГ-исследований можно было обозначить доминирующее патологическое состояние, а именно: инфекционный эндокардит с развитием миокардита, формированием вторичной дилатационной кардиомиопатии, перикардита. □

Коментар спеціаліста



**БОРИСОВА Т.П., д.м.н., професор кафедри педіатрії
№ 1 Донецького національного медичного
університету ім. М. Горького**

Исходя из описания клинического случая, у ребенка с синдромом Шерешевского — Тернера имел место инфекционный эндокардит. Основанием для данного заключения явилось наличие следующих признаков:

1) сердечная недостаточность (отечный синдром, выраженная одышка, цианоз);

2) лихорадка;

3) эхокардиографические данные — створки митрального клапана разрыхлены (7.05.2013), ограничение раскрытия створок митрального клапана (13.05.2013), наличие вегетаций (13.05.2013 — на задней створке митрального клапана мелкие нечетко очерченные флотирующие образования);

4) тромбоэмболические осложнения:

— тромб в полости левого желудочка (объемное образование в полости левого желудочка, основание которого фиксировано к эндокарду широкой ножкой, что характерно для тромботических наложений);

— эмболия сосудов головного мозга — ишемический инсульт (11.05.2013);

5) вторичный гломерулонефрит (протеинурия);

6) предрасполагающее заболевание сердца (открытый артериальный проток).

У ребенка с инфекционным эндокардитом наблюдалось также поражение миокарда с дилатацией сердечных полостей и гипертрофией миокарда, снижением сократительной способности миокарда. Имели место ЭхоКГ-признаки перикардита.

В соответствии с критериями диагностики инфекционного эндокардита Дьюка [2] в данном клиническом случае можно выделить один большой (доказательство эндокардиального поражения — наличие характерных для инфекционного эндокардита эхокардиографических параметров) и четыре малых критерия (наличие врожденного порока сердца, лихорадки, сосудистых феноменов: артериальной эмболии, интракраниальных геморрагий, иммунологического феномена — гломерулонефрита). Это дает основание считать диагноз инфекционного эндокардита определенным.

Что касается поражений почек при инфекционным эндокардите, то они характеризуются широким спектром и включают инфаркты, абсцессы почек, развитие гломерулонефрита (мезангиопролиферативного или фокального полунного), клинические проявления которого характеризуются протеинурией различной выраженности (от минимальной до значительной), гломерулярной гематурией, цилиндрурией, ранним и прогрессирующим повышением уровня креатинина крови и снижением скорости клубочковой фильтрации [1].

Летальность при инфекционном эндокардите в течение последних 40 лет не снижается, ее параметры остаются высокими (25–30 %). У данного ребенка наблюдалось несколько факторов неблагоприятного прогноза, а именно: сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения, низкая фракция выброса левого желудочка.

В заключение следует подчеркнуть, что диагностика инфекционного эндокардита часто довольно затруднительна. Правильный диагноз при первом обращении к врачу ставится в 19–34 % случаев, а средние сроки его установления составляют 1,5–2,0 и более месяца, что объясняется широкой вариабельностью клинических проявлений [1]. Трансторакальная и трансэзофагеальная эхокардиография рассматривается как фундаментальный инструмент в диагностике инфекционного эндокардита [2].

Представленный клинический случай демонстрирует не только трудности в диагностике инфекционного эндокардита, но и сложности дифференциальной диагностики первичных и вторичных поражений почек.

Список литературы

1. Инфекционный эндокардит / А.И. Дядык, И.Н. Цыба, Т.В. Бабанина [и др.] // *Новости медицины и фармации*. — 2013. — № 4 (445); www.mif-ua.com

2. *Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and by the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer // European Heart Journal*. — 2009. — № 30 (19). — P. 2369–2413. □

Симпозіуми представлені для підготовки перед їх проходженням в он-лайн режимі на сайтах: www.mif-ua.com або www.nephrology.kiev.ua.

Зареєструвавшись на вибраному вами сайті в режимі он-лайн, ви відповідаєте на запитання симпозіуму. Вам надаються можливі спроби для того, щоб набрати 90 % правильних відповідей. Після проходження симпозіуму ви отримуєте 0,4 бала, що підтверджується відповідним сертифікатом (www.mif-ua.com — для ДонНМУ ім. М. Горького, www.nephrology.kiev.ua — для НМАПО ім. П.Л. Шупика). Сертифікат можна самостійно безкоштовно роздрукувати з сайту або замовити через сайт у магазинах медкниги «Буквамед».

СИМПОЗИУМ «ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ: ДІАГНОСТИКА»

Проводять: кафедра нефрології і нирково-замісної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.

Рекомендовано: нефрологам, урологам, сімейним лікарям, терапевтам.

Шановні колеги!

Для того щоб правильно відповісти на нижченаведені запитання, уважно ознайомтеся з текстом настанови Європейської асоціації урологів з лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012/2013), що надрукований на с. *** цього номера журналу.

Питання до симпозіуму № 139 «Інфекції сечових шляхів: діагностика»

1. Діагностичні рівні бактеріурії для гострого неускладненого циститу у жінок:

А. $\geq 10^3$ КУО/мл уропатогенів у середній порції сечі.

Б. $\geq 10^4$ КУО/мл уропатогенів у середній порції сечі.

В. $\geq 10^5$ КУО/мл уропатогенів у середній порції сечі.

Г. $\geq 10^6$ КУО/мл уропатогенів у середній порції сечі.

Д. Не потребують визначення за наявності клінічної симптоматики.

Правильна відповідь у розділі 1.5 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (ІСШ) (EAU, 2013).

2. Діагностичні рівні бактеріурії для гострого неускладненого пієлонефриту у жінок та ускладненої ІСШ у чоловіків:

А. $\geq 10^4$ КУО/мл уропатогенів в середній порції сечі.

Б. $\geq 10^3$ КУО/мл уропатогенів в середній порції сечі.

В. $\geq 10^5$ КУО/мл уропатогенів в середній порції сечі.

Г. $\geq 10^6$ КУО/мл уропатогенів в середній порції сечі.

Д. Не потребують визначення за наявності клінічних ознак захворювання.

Правильна відповідь у розділі 1.5 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

3. Діагностичні рівні бактеріурії для тяжкої ІСШ у дітей:

А. $> 10^5$ КУО/мл уропатогенів.

Б. $> 10^3$ КУО/мл уропатогенів.

В. $> 10^4$ КУО/мл уропатогенів.

Г. $> 10^6$ КУО/мл уропатогенів.

Д. Не потребують визначення за наявності клінічної симптоматики.

Правильна відповідь у розділі 1.5 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012/2013).

4. Сучасна класифікація ІСШ у дорослих пацієнтів базується:

А. На анатомічному рівні інфекції, рівні тяжкості інфекції, наявності ризик-факторів, мікробіологічних чинників.

Б. Рівні тяжкості інфекції, наявності ризик-факторів, мікробіологічних чинників.

В. Лише на анатомічному рівні інфекції, наявності ризик-факторів, мікробіологічних чинників.

Г. Лише на анатомічному рівні інфекції, рівні тяжкості інфекції, наявності ризик-факторів.

Д. Лише даних клінічної симптоматики та анатомічному рівні інфекції.

Правильна відповідь у розділі 2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

5. Асимптомна бактеріурія діагностується для людей жіночої статі за наявності:

А. $\geq 10^5$ КУО/мл.

Б. $\geq 10^4$ КУО/мл.

В. $\geq 10^3$ КУО/мл.

Г. $\geq 10^6$ КУО/мл.

Д. Будь-якого ступеня бактеріурії і наявності діагностично значущої лейкоцитурії.

Правильна відповідь у розділі 2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

6. Асимптомна бактеріурія діагностується для людей чоловічої статі за наявності:

А. $\geq 10^5$ КУО/мл.

Б. $\geq 10^4$ КУО/мл.

В. $\geq 10^3$ КУО/мл.

Г. $\geq 10^6$ КУО/мл.

Д. Будь-якого ступеня бактеріурії і наявності діагностично значущої лейкоцитурії.

Правильна відповідь у розділі 2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

7. Асимптомна бактеріурія діагностується для дітей за наявності:

А. $\geq 10^5$ КУО/мл.

Б. $\geq 10^4$ КУО/мл.

В. $\geq 10^3$ КУО/мл.

Г. $\geq 10^6$ КУО/мл.

Д. Будь-якого ступеня бактеріурії і наявності діагностично значущої лейкоцитурії.

Правильна відповідь у розділі 2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012/2013).

8. Скринінг на наявність безсимптомної бактеріурії показаний:

А. Вагітним жінкам.

Б. Вагітним жінкам, невагітним жінкам в пременопаузі, жінкам у постменопаузі, жінкам із діабетом, здоровим чоловікам, людям у перші 6 місяців після трансплантації нирки.

В. Вагітним жінкам, невагітним жінкам в пременопаузі, жінкам у постменопаузі, жінкам з діабетом, здоровим чоловікам, людям в перші 6 місяців після трансплантації нирки.

Г. Лише здоровим чоловікам, людям в перші 6 місяців після трансплантації нирки.

Д. Лише невагітним жінкам в пременопаузі, жінкам в постменопаузі, жінкам з діабетом, здоровим чоловікам, людям в перші 6 місяців після трансплантації нирки.

Правильна відповідь у розділі 3.9.2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

9. Скринінг на наявність безсимптомної бактеріурії не показаний:

А. Вагітним жінкам.

Б. Вагітним жінкам, невагітним жінкам в пременопаузі, жінкам в постменопаузі, жінкам з діабетом, здоровим чоловікам, людям в перші 6 місяців після трансплантації нирки.

В. Вагітним жінкам, невагітним жінкам у пременопаузі, жінкам у постменопаузі, жінкам із діабетом, здоровим чоловікам, людям у перші 6 місяців після трансплантації нирки.

Г. Лише здоровим чоловікам, людям в перші 6 місяців після трансплантації нирки.

Д. Невагітним жінкам у пременопаузі, жінкам у постменопаузі, жінкам із діабетом, здоровим чоловікам, людям у перші 6 місяців після трансплантації нирки.

Правильна відповідь у розділі 3.9.2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

10. Діагностично значущим для ІСШ рівнем лейкоцитурії у дорослих є:

А. > 10 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм^3).

Б. 8–10 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм^3).

В. > 5 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм^3).

Г. > 10 –12 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм^3).

Д. Будь-яка лейкоцитурія за наявності клінічних ознак ІСШ.

Правильна відповідь у розділі 16.1 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

11. Для верифікації аномалій розвитку, сечокам'яної хвороби та обструктивних порушень початковим методом діагностики є:

А. УЗД.

Б. Спіральна томографія.

В. Екскреторна урографія.

Г. Реносцинтиграфія.

Д. Всі перелічені методи застосовуються відповідно до клінічної ситуації.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

12. Додаткові дослідження, як, наприклад, проведення спіральної томографії, екскреторної урографії або реносцинтиграфії з DMSA, слід розглядати як необхідну опцію, якщо у пацієнтів зберігається:

А. Фебрильна температура протягом 72 годин після початку лікування антибіотиками.

Б. Фебрильна температура протягом 48 годин після початку лікування антибіотиками.

В. Фебрильна температура протягом 96 годин після початку лікування антибіотиками.

Г. Фебрильна температура протягом понад 5 днів після початку лікування антибіотиками.

Д. Всі перелічені методи застосовуються відповідно до клінічної ситуації.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

13. Класифікація ІСШ у дітей [1] базується на її визначенні:

А. За рівнем ураження, за епізодом, за тяжкістю, за наявністю симптомів, за наявністю ускладнень.

Б. Лише за рівнем ураження та за тяжкістю.

В. Лише за рівнем ураження та наявністю симптомів.

Г. Лише за рівнем ураження та епізодом.

Д. Лише за рівнем ураження та наявністю ускладнень.

Правильна відповідь у розділі 10.2 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012).

14. Мікційна цистограма дітям проводиться:

А. Дівчаткам після другого епізоду ІСШ, хлопчикам — після першого.

Б. Хлопчикам і дівчаткам після першого епізоду ІСШ.

В. За клінічними показаннями.

Г. Дівчаткам і хлопчикам після другого епізоду ІСШ.

Д. Всім дітям з першого епізоду ІСШ до 5 років.

Правильна відповідь у розділі 10 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012).

15. Діагностично значущим для ІСШ рівнем лейкоцитурії у дітей у нецентрифугованій сечі є:

А. > 10 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм³).

Б. 8–10 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм³).

В. > 5 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм³).

Г. > 10–12 лейкоцитів у полі зору (або на 1 мм³).

Д. Будь-яка лейкоцитурія за наявності клінічних ознак ІСШ.

Правильна відповідь у розділі 10.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012).

СИМПОЗИУМ «ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ: ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ЦИСТИТУ»

Проводять: кафедра нефрології і нирково-замісної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика,
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.
Рекомендовано: нефрологам, сімейним лікарям, терапевтам.

Шановні колеги!

Для того щоб правильно відповісти на нижченаведені запитання, уважно ознайомтеся з текстом настанови Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012/2013), що надрукований на с. *** цього номера журналу.

Питання до симпозиуму № 140 «Інфекції сечових шляхів: лікування гострого циститу»

1. Емпірична антибактеріальна терапія гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення:

А. Фосфоміцину або нітрофуранового препарату, альтернативно можуть застосовуватись фторхінолони або цефалоспорицини.

Б. Лише нітрофуранового препарату, триметоприму/сульфаметоксазолу, фосфоміцину, альтернативно можуть застосовуватись фторхінолони або цефалоспорицини 2–3-ї генерації.

В. Лише нітрофуранового препарату, альтернативно можуть застосовуватись фторхінолони або цефалоспорицини 2–3-ї генерації.

Г. Лише нітрофуранового препарату або триметоприму/сульфаметоксазолу, альтернативно можуть застосовуватись фторхінолони або цефалоспорицини 2–3-ї генерації.

Д. Лише фторхінолону або цефалоспорицину 2–3-ї генерації.

Е. Лише фторхінолону.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

2. Емпірична антибактеріальна терапія гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення:

- А. Нітрофуранового препарату протягом 5–7 діб.
- Б. Нітрофуранового препарату протягом 3–5 діб.
- В. Нітрофуранового препарату протягом 7 діб.
- Г. Ннітрофуранового препарату протягом 7–10 діб.
- Д. Нітрофуранового препарату протягом 1–3 діб.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

3. Емпірична антибактеріальна терапія гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення:

А. Цефалоспорицину або фторхінолону протягом 3 діб.

Б. Цефалоспорицину або фторхінолону протягом 5 діб.

В. Цефалоспорицину або фторхінолону протягом 7 діб.

Г. Цефалоспорицину або фторхінолону протягом 7–10 діб.

Д. Цефалоспорицину або фторхінолону протягом 1 доби.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

4. Терапія гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі

передбачає призначення ципрофлоксацину протягом 3 днів у дозі:

- А. 250 мг два рази на добу.
- Б. 250 мг три рази на добу.
- В. 500 мг два рази на добу.
- Г. 100 мг два рази на добу.
- Д. 100 мг три рази на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

5. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення левофлоксацину протягом 3 днів у дозі:

- А. 250 мг один раз на добу.
- Б. 250 мг два рази на добу.
- В. 500 мг один раз на добу.
- Г. 125 мг два рази на добу.
- Д. 125 мг один раз на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

6. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення норфлоксацину протягом 3 днів у дозі:

- А. 400 мг два рази на добу.
- Б. 400 мг три рази на добу.
- В. 200 мг 1 раз на добу.
- Г. 200 мг два рази на добу.
- Д. 200 мг три рази на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

7. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення офлоксацину протягом 3 днів у дозі:

- А. 200 мг два рази на добу.
- Б. 200 мг три рази на добу.
- В. 100 мг два рази на добу.
- Г. 400 мг два рази на добу.
- Д. 100 мг три рази на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

8. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення цефподоксиму проксетилу протягом 3 днів у дозі:

- А. 100 мг два рази на добу.
- Б. 100 мг три рази на добу.
- В. 200 мг два рази на добу.
- Г. 100 мг чотири рази на добу.
- Д. 200 мг три рази на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

9. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення цефіксиму протягом 3 днів у дозі:

- А. 400 мг один раз на добу.
- Б. 200 мг три рази на добу.
- В. 200 мг два рази на добу.
- Г. 100 мг чотири рази на добу.
- Д. 400 мг три рази на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012/2013).

10. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення триметоприму/сульфаметоксазолу протягом 3 днів у дозі:

- А. 960 мг два рази на добу.
- Б. 960 мг три рази на добу.
- В. 480 мг два рази на добу.
- Г. 480 мг чотири рази на добу.
- Д. 480 мг три рази на добу.

Правильна відповідь у розділі 3 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

11. Терapia гострого неускладненого циститу у жінок без інших патологічних станів у перименопаузі передбачає призначення фурамагу протягом 5–7 днів у дозі:

- А. 100 мг три рази на добу;
- Б. 100 мг чотири рази на добу;
- В. 150 мг два рази на добу;
- Г. 50 мг чотири рази на добу;
- Д. 150 мг три рази на добу.

Правильна відповідь в інструкції до застосування препарату.

12. Лікування гострого циститу в постменопаузі в жінок:

- А. Є аналогічним в пременопаузальному періоді.
- Б. Потребує подовження тривалості лікування у середньому на 2–3 доби.
- В. Потребує збільшення терапевтичної дози на 30 % від пременопаузальної.
- Г. Потребує зменшення дози на 30 % від пременопаузальної.
- Д. Потребує скорочення тривалості лікування в середньому на 2–3 доби.

Правильна відповідь у розділі 3.7 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

13. Лікування циститу і цистоуретриту у дітей проводять протягом 5 днів шляхом призначення:

А. Цефалоспоринів 2–3-ї генерації, триметоприму/сульфаметоксазолу, амоксициліну/клавуланату, нітрофурантоїну та фурамагу.

Б. Лише цефалоспоринів 1–3-ї генерації.

В. Лише триметоприму/сульфаметоксазолу.

Г. Лише амоксициліну/клавуланату.

Д. Лише нітрофурантоїну.

Правильна відповідь у розділі 10 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012).

14. Для лікування гострого циститу у дітей використовують:

А. Фурамаг у дозі 5 мг/кг/добу в три прийоми або цефіксим у дозі 8 мг/кг один раз на добу.

Б. Фурамаг у дозі 10 мг/кг/добу в три прийоми або цефіксим у дозі 10 мг/кг один раз на добу.

В. Фурамаг у дозі 5 мг/кг/добу або цефіксим у дозі 5 мг/кг один раз на добу.

Г. Фурамаг у дозі 20 мг/кг тричі на добу або цефіксим у дозі 20 мг/кг один раз на добу.

Д. Фурамаг у дозі 30 мг/кг тричі на добу або цефіксим у дозі 30 мг/кг один раз на добу.

Правильна відповідь в інструкції до препаратів.

15. Гострі неускладнені ІСШ у молодих чоловіків потребують:

А. Мінімум 7-денну антибактеріальну терапію, бажано фторхінолоном.

Б. Мінімум 14-денну антибактеріальну терапію, бажано фторхінолоном.

В. Мінімум 10-денну антибактеріальну терапію, бажано триметопримом/сульфаметоксазолом.

Г. Мінімум 7-денну антибактеріальну терапію, бажано амоксициліном/клавуланатом.

Правильна відповідь у розділі 3.8 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

СИМПОЗІУМ «ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ: ЛІКУВАННЯ ПІЄЛОНЕФРИТУ»

Проводять: кафедра нефрології і нирково-замісної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика,
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.
Рекомендовано: нефрологам, сімейним лікарям, терапевтам.

Шановні колеги!

Для того щоб правильно відповісти на нижченаведені запитання, уважно ознайомтеся з текстом настанови Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2012/2013), що надрукований на с. ***** цього номера журналу.

Питання до симпозиуму № 141 «Інфекції сечових шляхів: лікування пієлонефриту»

1. Фторхінолони в стандартній дозі можуть бути рекомендовані як терапія першого ряду вибору гострого пієлонефриту в невагітних жінок, якщо резистентність *E.coli* до них нижча за 10 %:

- А. Упродовж 7–10 днів.
- Б. 5 днів.
- В. 10–14 днів.
- Г. 5–7 днів.
- Д. 14–21 день.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

2. У лікуванні гострого неускладненого пієлонефриту в жінок використання ципрофлоксацину 0,75 г двічі або левофлоксацину 0,75 г/добу дозволяє скоротити тривалість лікування:

- А. До 5 діб.
- Б. До 7 діб.
- В. До 10 діб.
- Г. До 3 діб.
- Д. До 14 діб.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

3. У лікуванні гострого неускладненого пієлонефриту у жінок не доцільне використання як препарату першого вибору для емпіричної оральної терапії:

- А. Амоксициліну/клавуланату.
- Б. Ципрофлоксацину.

- В. Цефіксиму.
- Г. Левофлоксацину.
- Д. Цефтріаксону.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

4. У разі резистентності *E.coli* понад 10 % до фторхінолонів або цефалоспоринів 3-ї генерації в лікуванні гострого неускладненого пієлонефриту в жінок використовують:

- А. Аміноглікозиди або карбапенеми.
- Б. Триметоприм/сульфаметоксазол.
- В. Цефалоспоринони першої генерації.
- Г. Лінезолід.
- Д. Амоксицилін/клавуланат.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

5. Амінопеніцилін/сульбактам при гострому неускладненому пієлонефриті призначають за наявності:

- А. Грам позитивних патогенів.
- Б. Грамнегативних патогенів.
- В. Змішаної флори.
- Г. Анаеробної флори.
- Д. Як емпіричний препарат вибору.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

6. Доза цефіксиму в лікуванні гострого неускладненого пієлонефриту:

- А. 400 мг/добу 10 діб.
- Б. 400 мг/добу 7 діб.
- В. 200 мг/добу 10 діб.
- Г. 400 мг двічі на добу 7 діб.
- Д. 400 мг двічі на добу 10 діб.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

7. Доза цефподоксиму проксетилу в лікуванні гострого неускладненого пієлонефриту:

- А. 200 мг двічі на добу 10 діб.
- Б. 400 мг/добу 7 діб.
- В. 200 мг/добу 10 діб.
- Г. 400 мг двічі на добу 7 діб.
- Д. 400 мг двічі на добу 10 діб.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

8. За необхідності проведення ступінчастої терапії гострого пієлонефриту використовують такі комбінації, окрім:

- А. Ципрофлоксацин внутрішньовенно, потім перорально.
- Б. Левофлоксацин внутрішньовенно, потім перорально.
- В. Цефтріаксон внутрішньовенно, потім цефіксим.
- Г. цефтазидим внутрішньовенно, потім цефподоксиму проксетил.
- Д. амоксицилін/клавуланат внутрішньовенно, потім ципрофлоксацин.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

9. Антимікробна профілактика для запобігання рецидивам ІСШ може бути рекомендована:

- А. Після неефективності рекомендації з модифікації способу життя.
- Б. Після підтвердження видужання від ІСШ за результатами негативного культурального аналізу сечі.
- В. Уроантисептиком (фурамаг, триметоприм/сульфаметоксазол) або антибіотиком (ципрофлоксацин, цефаклор).
- Г. За наявності рефлюксу.
- Д. Всі відповіді правильні.

Правильна відповідь у розділі 3.4 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

10. Безсимптомну бактеріурію, виявлену у вагітній, треба лікувати такими антимікробними засобами:

- А. Нітрофурантоїном.
- Б. Носфоміцином.
- В. Амоксициліном/клавуланатом.
- Г. Триметопримом/сульфаметоксазолом.

Д. Всі відповіді правильні.

Правильна відповідь у розділі 3.6 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

11. При нетяжкому перебігу пієлонефриту у вагітних проводиться амбулаторне лікування із застосуванням таких антибіотиків:

- А. Цефтріаксон.
- Б. Цефепім.
- В. Азтреонам.
- Г. Іміпенем + циластатин.
- Д. Всі відповіді правильні.

Правильна відповідь у розділі 3.6 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

12. Тривалість антибіотикотерапії при пієлонефриті у вагітних становить:

- А. 7–10 діб.
- Б. 5–7 діб.
- В. 10 діб.
- Г. 5 діб.
- Д. Всі відповіді правильні.

Правильна відповідь у розділі 3.6 настанов Європейської асоціації урологів із лікування інфекцій сечових шляхів (EAU, 2013).

13. Як протизапальний, спазмолітичний, антимікробний та м'який діуретичний фітопрепарат у лікуванні ІСШ використовують:

- А. Канефрон Н.
- Б. Фітолізин.
- В. Спазмоцистенал.
- Г. Хофітол.
- Д. Палін.

14. Дозування канефрону Н у лікуванні ІСШ у дорослих становить:

- А. 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на добу.
- Б. 1 таблетка або 30 крапель три рази на добу.
- В. 3 таблетки 3 рази на добу.
- Г. 2 таблетки 4 рази на добу.
- Д. 1 таблетка 2 рази на добу.

Правильна відповідь в офіційній інструкції до препарату <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=29188>.

15. Дозування канефрону Н у лікуванні ІСШ у дітей становить:

- А. Дітям віком понад 5 років призначають по 25 крапель або по 1 драже 3 рази на добу; у віці від 1 року до 5 років — по 15 крапель 3 рази на добу.
- Б. По 20 крапель тричі на добу.
- В. По 30 крапель два рази на добу.
- Г. По 20 крапель 4 рази на добу.
- Д. Дітям не призначається.

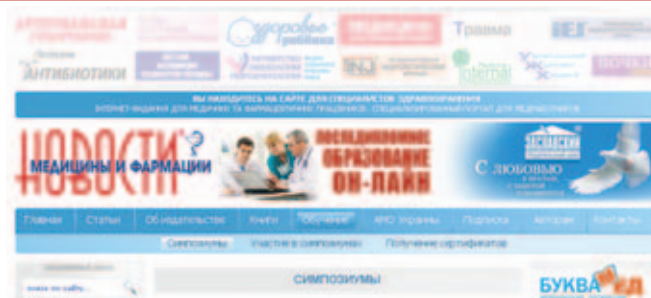
Правильна відповідь в офіційній інструкції до препарату <http://mediclub.com.ua/index.php?newsid=804>

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОН-ЛАЙН



Участие
в симпозиумах, проводимых
при содействии АМО Украины,
осуществляется он-лайн
на сайте

www.mif-ua.com



Преимущества участия в он-лайн тестировании:

- В настоящее время на сайте Ассоциации доступны к прохождению более 130 симпозиумов для врачей разных специальностей. С печатной версией новых симпозиумов и вопросов тестовых заданий можно ознакомиться в периодических изданиях, выпускаемых при поддержке АМО Украины, по мере их планового выхода в печать в 2013 году. Пройти тестовые задания и получить сертификаты участника симпозиума можно он-лайн на сайте Ассоциации.

- Результаты прохождения теста член Ассоциации узнаёт сразу же после прохождения тестирования.

- Сразу же после прохождения тестирования член Ассоциации получает возможность распечатать на принтере сертификат участника симпозиума, который при аттестации так же подлежит зачетению, как и сертификат с «мокрой» печатью и подписью, поскольку имеет оригинальный номер, соответствующий номеру в реестре участников симпозиума, который, согласно письму МЗ Украины № 08.01-51/1250 от 24.06.2010, 5 лет хранится в архиве вуза, проводящего симпозиум.

- В случае необходимости член Ассоциации может заказать и получить в течение двух недель сертификат участника симпозиума с «мокрой» печатью.

Зачем вступать в АМО Украины?

1. Баллы к аттестации

Участвуя в программе ПДО АМО Украины, Вы можете набрать максимальное количество баллов к аттестации с минимальными денежными затратами и в самый короткий срок.

2. Знания

Интернет-ресурс АМО Украины и специализированные издания, выпускаемые при ее поддержке, предоставляют максимальный объем самой актуальной профессиональной информации для работников здравоохранения всех специальностей.

Член Ассоциации, оплативший членский взнос на 2013 год в размере 400 грн, получает в течение года два выбранных им издания, выпускаемых при поддержке АМО Украины (что по цене составляет намного меньше стоимости редакционной подписки).

3. Личная библиотека

Сеть магазинов медицинской книги «БУКВАМЕД», в ассортименте которой на сегодняшний день более 5000 книг по всем медицинским специальностям, обеспечит Вас самой необходимой в работе литературой и позволит сформировать личную библиотеку врача.

Членам Ассоциации предоставляется скидка в размере 7%.

4. Образовательные гранты

По итогам ежегодного рейтинга активности и успешности участия в программах ПДО наиболее активные члены Ассоциации получают образовательные гранты на обучение, развитие научной деятельности.

Чтобы стать членом АМО Украины, приглашаем вас посетить сайт

www.mif-ua.com



Членский пакет включает в себя:

- Получение **ДВУХ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ИЗДАНИЙ**, выпускаемых при поддержке АМО Украины.

- Возможность принять дистанционное он-лайн участие в более чем **130 СИМПОЗИУМАХ** на сайте www.mif-ua.com и получить баллы к аттестации.

- **ПОДАРОЧНЫЙ СЕРТИФИКАТ, ДАЮЩИЙ СКИДКУ В РАЗМЕРЕ 7 %** при оплате заказа в интернет-магазине www.bookvamed.com.ua и в сети фирменных магазинов медицинской книги «БУКВАМЕД».

АМО України

Асоціація Медичної Освіти України

Основная цель АМО Украины — содействие процессу непрерывного образования медицинских работников Украины.

АМО Украины — неприбыльная организация, созданная в 2009 году, основной задачей которой является содействие процессу непрерывного образования и самообразования медицинских работников, повышение качества медицинского образования, развитие его новых направлений, форм и методов, совершенствование системы непрерывного медицинского образования.

В рамках поставленных задач Ассоциация способствует изданию медицинской литературы и периодики, организации и проведению медицинских профессиональных форумов: съездов, конгрессов, конференций, семинаров, симпозиумов, в том числе и дистанционных. Благодаря работе АМО Украины врачи всех регионов страны получают самую свежую и актуальную профессиональную информацию, участвуют в программе последипломного дистанционного образования (ПДО), проверяют уровень своих знаний и получают дополнительные баллы к аттестации.

РЕКВИЗИТЫ

ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ВСТУПИТЕЛЬНОГО И ГОДОВОГО ЧЛЕНСКИХ ВЗНОСОВ В АМО УКРАИНЫ

Оплату можно произвести, используя любую платежную систему или кассу любого банка.

Поточный рахунок — 26000210152047.

ЄДРПОУ — 36695026.

Одержувач платежу — Асоціація «Медична освіта України».

Код установи банку (МФО) — 320984.

Найменування установи банку — АТ «ПРОКРЕДИТ Банк», м. Київ.

Призначення платежу — членський внесок на 2013 р. *, прізвище, ім'я, по батькові (укажіть повністю Ваши фамилию, имя, отчество).

Адреса — укажіть Ваш полный адрес.

Сума — укажіть сумму вступительного и членского взноса.

* Просьба не менять формулировку в графе «Призначення платежу». Платежи с другой формулировкой будут возвращены. При оплате вступительного взноса формулировка не меняется.

КОНТАКТЫ:

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ УКРАИНЫ

83030, г. Донецк, а/я 1347, АМО Украины

Тел.: (098) 076-15-89, e-mail: AMO.Ukraine@gmail.com,

www.mif-ua.com

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА: КАМНИ В ПОЧКАХ

Знаете ли вы, что каждый десятый человек будет иметь камни в почках в течение своей жизни? Недавние исследования показали, что частота появления мочекаменной болезни увеличивается в последние годы, что связано с уменьшением физической активности и изменениями в питании урбанизированного населения. Существуют заблуждения и рекомендации по вопросам профилактики мочекаменной болезни. Национальный почечный фонд (NKF [1]) представил топ 6 советов для профилактики образования камней в почках.

1. Следите за потоотделением. Сауны, горячая йога и тяжелые физические упражнения могут быть полезны для здоровья, но они также могут привести к образованию камней в почках. Почему? Потеря воды через потоотделение в результате этих мероприятий или просто в самый разгар лета ведет к снижению образования мочи. Чем больше вы потеете, тем меньше вы мочитесь, что позволяет минералам создавать концентрации для образования камней в почках и мочевыводящих путях.

Совет. Одна из лучших мер, которую можно предпринять, чтобы избежать развития камней в почках, — это пить много воды, увеличивая количество мочи. Старайтесь больше пить при занятиях спортом или любой деятельности, которая вызывает повышенное потоотделение.

2. Не уменьшайте количество оксалатов пищи. Оксалаты содержатся во многих продуктах, включая фрукты и овощи, орехи и семена, зерна, бобовые и даже шоколад и чай. Высокое содержание оксалатов имеют арахис, ревень, шпинат, свекла, шоколад и сладкий картофель. Оксалат кальция — самый распространенный тип камней в почках. Известным заблуждением является то, что сокращение приема богатых оксалатами продуктов в вашем рационе уменьшит вероятность формирования камней (оксалата кальция) в почках. Хотя в теории это может быть правдой, такой подход не является разумным с общей точки зрения для здоровья. Большинство камней в почках формируются, когда оксалат кальция связывается с кальцием в момент образования мочи в почках.

Совет. Ешьте продукты, богатые оксалатами и кальцием одновременно. При этом оксалаты

и кальций будут связываться друг с другом в желудке и кишечнике до попадания в почки, что сделает менее вероятным образование камней в почках.

3. Кальций не враг. Диета с низким содержанием кальция фактически увеличивает риск развития камней в почках.

Совет. Не снижайте потребление кальция.

4. Когда жизнь вручает вам камни в почках... не волнуйтесь. Вспомните о лимонаде, натуральные цитраты входящих в него соков препятствуют образованию камней.

Совет. Купите лимонад без сахара или сами приготовьте лимонад путем смешивания сока лайма или лимона с водой и заменителем сахара, если это необходимо.

5. Не все камни образуются одинаково. Следом за камнями из оксалата кальция вторым наиболее распространенным типом камней в почках являются камни мочевой кислоты. Высокое потребление мяса и других продуктов с высоким содержанием белка (пуринов) приводит к увеличению производства мочевой кислоты и способствует формированию уратов.

Совет. Для предотвращения образования больших количеств мочевой кислоты сократите потребление продуктов с высоким содержанием пуринов. К ним относятся мясные субпродукты, такие как печень, язык и сладкое мясо, анчоусы, сардины, бекон, говядина, цветная капуста, треска, ветчина, телятина и оленина.

6. Один камень бывает редко. Исследования показали, что наличие даже одного камня значительно повышает шансы на повторное камнеобразование.

Совет. Принимайте меры для профилактики повторного камнеобразования, следуя предписаниям врачей.

Довольно популярным и достаточно эффективным является лечение/профилактика мочекаменной болезни в санаторно-курортных условиях. Таких курортов в Украине множество, среди них наиболее популярны Трускавец, Свалява, Моршин. Большинство курортов в Украине и за рубежом используют лечебные свойства минерализованности воды, т.е. присутствия в ней определенного количества солей, что обуслов-

ливающего уменьшение кристаллизации мочи и мочегонное действие. Известны также лечебные свойства деминерализованных вод, получаемых путем дистилляции или обратного осмоса, нередко с последующими замораживанием и оттаиванием. Недостатком таких вод является их искусственный характер. Особый интерес в последнее время вызывают низкоминерализованные натуральные воды с органической составляющей. Эти воды встречаются крайне редко, что во многом определяет уникальность их лечебно-профилактического действия. В Европе таким курортом является Фьюджи, в 70 км к югу от Рима. Курс лечения составляет 14 дней [2].

В эксперименте и клинических условиях показано, что природная низкоминерализованная вода с органической составляющей лучше, чем

дистиллированная, способствует растворению оксалатных камней, очевидно, за счет содержащихся в ней фульвенных и гуминовых кислот. Кроме того, продемонстрировано ее профилактическое действие в плане повторного развития камней и диуретический эффект лечебной воды [3]. Научные работы, доказавшие такие свойства воды, были организованы и профинансированы Ассоциацией по исследованиям в области урологии (ARBL).

Список литературы

1. http://www.kidney.org/atoz/content/kidneystones_prevent.cfm
2. www.silvasplendid.it; irina@silvasplendid.it
3. *New Frontiers in Renal Stone Disease. Proceedings of the International ASTIF Meeting. Fiuggi (Rome), Italy, July 10–12 1998 // Nephron. — 1999. — 81, Suppl. 1. — P. 82-102.* □

Терапия индукции и поддержания пролиферативного люпус-нефрита: метаанализ рандомизированных контролируемых исследований

Henderson L.K., Masson P., Craig J.C. et al. Induction and main tenance treatment of proliferative lupus nephritis: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Am. J. Kidney Dis.* — 2013 Jan. — 61(1). — 74-87. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.08.041. Epub 2012 Nov 22. (Review) PMID: 23182601

Волчаночный нефрит составляет ~ 1 % среди пациентов, начинающих диализную терапию. Схемы лечения циклофосфамидом и стероидами позволяют сохранить функцию почек, но имеют значительные побочные эффекты. Новые иммуносупрессивные агенты могут обладать улучшенными профилями токсичности.

Дизайн исследования: систематический обзор и метаанализ проведены по базам MEDLINE (с 1966 по апрель 2012 года), EMBASE (1988–2011) и специализированному реестру почечной группы Cochrane.

Группа отбора: пациенты с подтвержденным биопсией пролиферативным волчаночным нефритом (классы III, IV, V + III и V + IV).

Критерии отбора: рандомизированные контролируемые исследования.

Тип терапии: иммуносупрессивные схемы лечения, используемые для индукции и поддерживающей терапии волчаночного нефрита.

Исходы: смертность, ремиссия и рецидив почечного процесса, удвоение уровня креатинина, протеинурия, частота терминальной стадии заболевания почек, нарушение функции яичников, алопеция, лейкопения, инфекции, диарея, рвота, злокачественные опухоли и токсическое поражение мочевого пузыря.

Результаты: в анализ были включены 45 исследований (2559 участников) индукционной терапии и 6 (514 участников) — поддерживающей терапии. В схемах индукционной терапии сравнивали микрофенолатамофетил (ММФ) с внутривенным циклофосфамидом: не было выявлено существенных различий в смертности (7 исследований, 710 пациентов; отношение рисков (ОР) 1,02, 95% ДИ 0,52–1,98), частоте конечной стадии болезни почек (3 исследования, 231 пациент, ОР 0,71, 95% ДИ 0,27–1,84), достижении полной ремиссии (6 исследований, 686 пациентов, ОР 1,39, 95% ДИ 0,99–1,95) и частоте рецидива (1 исследование, 140 пациентов, ОР 0,97, 95% ДИ 0,39–2,44). Пациенты, получавшие ММФ, имели значительно более низкие риски недостаточности функции яичников (2 исследования, 498 пациентов, ОР 0,15, 95% ДИ 0,03–0,80) и алопеции (2 исследования, 522 пациента, ОР 0,22, 95% ДИ, 0,06–0,86). В поддерживающей терапии сравнивали азатиоприн и ММФ, риск рецидива

почечного процесса был значительно выше при терапии азатиоприном (3 исследования, 371 пациент, ОР 1,83, 95% ДИ 1,24–2,71).

Ограничения: неоднородность в проводимой терапии и определении ремиссии, отсутствие долгосрочного наблюдения.

Выводы: ММФ является столь же эффективным, как циклофосфамид, в достижении ремиссии волчаночного нефрита, но при этом более безопасным, с более низким риском недостаточности яичников. ММФ является более эффективным, чем азатиоприн, в поддерживающей терапии для предотвращения рецидива, не вызывая при этом клинически значимых побочных эффектов.

Увеличение частоты микроальбуминурии у пациентов, получающих статины

Increased Frequency of Microalbuminuria in Patients Receiving Statins / Nicolas Roberto Robles, Joaquin Velasco, Candido Mena, Jose Polo, Enrique Angulo, Jacinto Espinosa // Clin. Lipidology. — 2013. — 8(2). — 257-262

Цель: было показано, что ингибиторы ГМГ-КоА, называемые также статинами, могут нарушать канальцевую реабсорбцию альбумина, вызывая повышение экскреции альбумина с мочой.

Пациенты и методы: авторы провели наблюдательное перекрестное исследование у пациентов, которые посещали врачей общей практики.

Результаты: распространенность микроальбуминурии составила 6,9 % для тех пациентов, которые не принимали статины, по сравнению с 15,0 % для лиц, получающих лечение статинами ($p = 0,001$; χ^2 -тест). Отношение шансов составило 2,59 (без статинов — 0,62, со статинами — 1,48; $p = 0,002$). Сравнили пациентов, получавших аторвастатин и симвастатин, (количество пациентов, принимавших другие статины, было слишком мал): 27,1 % пациентов, принимавших аторвастатин, имели микроальбуминурию против 12,3 % субъектов, принимающих симвастатин ($p = 0,012$), отношение шансов составило 0,38 (симвастатин — 0,60, аторвастатин — 1,59, $p = 0,022$). Логистический регрессионный анализ показал независимые отношения между статинами и микроальбуминурией у больных с сахарным диабетом.

Заключение: лечение статинами, по-видимому, связано с аномальной экскрецией альбумина с мочой.

Взаимосвязь между прокальцитонином при остром пиелонефрите и рубцеванием почек у детей

Leroy S., Fernandez-Lopez A., Nikfar R. et al. Association of Procalcitonin With Acute Pyelonephritis and Renal

Scarsin Pediatric UTI // Pediatrics. — 2013 May. — 131(5). — 870-9. doi: 10.1542/peds.2012-2408. Epub 2013 Apr 29 (Review). PMID: 23629615

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются распространенной детской бактериальной инфекцией, которая может вовлекать в процесс почечную паренхиму (острый пиелонефрит) с формированием рубцов. В связи с этим высококачественная диагностика острого пиелонефрита с последующей идентификацией детей, у которых формируются рубцы в почечной ткани, имеет важное значение для предотвращения последующих осложнений. Сканирование почек с димеркаптосукциновой кислотой (ДМСА) в настоящее время является клиническим золотым стандартом, но рутинно обычно не проводится. Поэтому более доступные методы анализа могут оказаться достаточно полезными в практике. Целью исследования было изучение роли прокальцитонина как предиктора острого пиелонефрита и рубцевания у детей с ИМП.

Методы: были выполнены систематический обзор и метаанализ индивидуальных данных пациентов, все данные были собраны у детей с ИМП, которым проводили измерение прокальцитонина и сканирование с димеркаптосукциновой кислотой.

Результаты: в общей сложности были оценены 1011 пациентов (острый пиелонефрит — 60,6 %, формирование рубцов — 25,7 %) по 18 включенным исследованиям. Прокальцитонин в виде непрерывной классовой двоичной переменной был связан с острым пиелонефритом и наличием рубцов ($p < 0,001$), продемонстрировав значительно более высокую ($p < 0,05$) площадь под характеристической кривой, чем концентрация С-реактивного белка или уровень лейкоцитов крови. Прокальцитонин в концентрации $\geq 0,5$ нг/мл имел скорректированное отношение шансов 7,9 (95% доверительный интервал (ДИ) 5,8–10,9) с чувствительностью 71 % (95% ДИ 67–74) и специфичностью 72 % (95% ДИ 67–76) для острого пиелонефрита. Прокальцитонин $\geq 0,5$ нг/мл достоверно ассоциировался с последующим формированием рубцов (с поправкой отношение шансов 3,4 (95% ДИ 2,1–5,7)) с чувствительностью 79 % (95% ДИ 71–85) и специфичностью 50 % (95% ДИ 45–54).

Выводы: прокальцитонин зарекомендовал себя как более надежный предиктор по сравнению с концентрацией С-реактивного белка или уровнем лейкоцитов крови для выявления детей, имеющих острый пиелонефрит, на ранних стадиях инфекции мочевых путей, а также для детей с последующим формированием рубцов.

Антитромбоцитарная терапия в предотвращении несостоятельности сосудистого доступа: систематический обзор и метаанализ

Palmer S.C., Di Micco L., Razavian M. et al. Antiplatelet therapy to prevent hemodialysis vascular access

failure: systematic review and meta-analysis // Am. J. Kidney Dis. — 2013 Jan. — 61(1). — 112-22. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.08.031. Epub 2012 Sep 28. (Review) PMID: 23022428

Обоснование: несостоятельность сосудистого доступа для проведения гемодиализа встречается достаточно часто, увеличивая заболеваемость людей, находящихся на гемодиализной терапии. Дезагреганты могут предотвратить недостаточность сосудистого доступа, но потенциально способны представлять опасность для людей с терминальной стадией заболевания почек и нарушением гемостаза.

Дизайн исследования: систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований.

Группы отбора: взрослые, длительно получающие терапию гемодиализом.

Критерии отбора: исследования по оценке гемодиализного сосудистого доступа, доступные в почечном регистре Кокрана и Embase, без языковых ограничений.

Вмешательства: антиагреганты.

Оцениваемые исходы: несостоятельность гемодиализного сосудистого доступа (тромбоз или потеря проходимости), недостаточность сосудистого доступа для проведения эффективного диализа, необходимость вмешательства для достижения его достаточной проходимости или формирования, кровотечения, незначительные кровотечения и отмена антитромбоцитарного лечения. Эффекты лечения резюмировали с относительным риском (ОР) в 95 % при использовании случайных эффектов метаанализа.

Результаты: было отобрано 21 исследование (4826 участников), в которых сравнивали эффективность антитромбоцитарной терапии с плацебо или отсутствием лечения. В 12 исследованиях (3118 участников) терапия антиагрегантом начата во время формирования сосудистого диализного доступа и продолжена в течение около 6 месяцев. Антитромбоцитарное лечение уменьшило несостоятельность фистулы (тромбоз или потеря проходимости) наполовину (6 испытаний, 1222 участников, ОР 0,49, 95% ДИ 0,30–0,81), но имело неопределенное влияние на проходимость протеза и функционирование фистулы или протеза при проведении диализа. Лечение антитромбоцитарным препаратом имело неопределенное воздействие на риск развития массивных кровотечений.

Ограничения: большинство исследований содержали нечеткие или высокого риска систематические ошибки, особенно в оценке антитромбоцитарного влияния на протез и пригодность доступа для диализа.

Выводы: антитромбоцитарное лечение защищает фистулу от тромбоза или потери ее проходимости, но практически никак не влияет на проходимость протезов и оказывает неопределенное воздействие на созревание сосудистого диализного доступа и массивные кровотечения.

Точность формул MDRD и СКД-ЕРІ в расчете СКФ у пожилых

Kilbride H.S., Stevens P.E., Eaglestone G. et al. Accuracy of the MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) study and CKD-EPI (CKD Epidemiology Collaboration) equations for estimation of GFR in the elderly // Am. J. Kidney Dis. — 2013 Jan. — 61(1). — 57-66. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.06.016. Epub 2012 Aug 11 (Original). PMID: 22889713

Обоснование: скорость клубочковой фильтрации (СКФ) является мерой функции почек, которая, как правило, оценивается при помощи уравнений с использованием данных концентрации креатинина сыворотки крови, возраста, расы и пола. Формула MDRD достаточно широко используется, однако недооценивает СКФ на ее высоких уровнях. Уравнение СКД-ЕРІ, как правило, дает более точную оценку при СКФ > 60 мл/мин/1,73 м². Были зарегистрированы новые уравнения, основывающиеся на использовании концентрации цистатина С либо отдельно (СКД-ЕРІ (цис)), либо в комбинации с концентрацией креатинина (СКД-ЕРІ (кр-цис)). Ни одно из этих уравнений не было достоверно оценено у пожилых людей. Мы протестировали точность этих уравнений у людей 74 лет и старше по сравнению с уровнем СКФ, оцениваемым референтным методом.

Дизайн исследования: оценка диагностических тестов в проспективной когорте.

Участники (n = 394, средний возраст — 80 (диапазон 74–97) лет): набраны из нефрологических клиник и групп наблюдения. Тестируемые уравнения: MDRD, СКД-ЕРІ (кр), СКД-ЕРІ (цис) и СКД-ЕРІ (кр-цис). Контрольный тест: измерение СКФ с помощью метода иогекологового метода.

Результаты: средняя измеренная СКФ составила 53,4 (диапазон 7,2–100,9) мл/мин/1,73 м². Формулы MDRD-, СКД-ЕРІ (кр), СКД-ЕРІ (кр-цис) переоценили СКФ (медиана различия 3,5 (P < 0,001), 1,7 (p < 0,001) и 0,8 (P = 0,02) мл/мин/1,73 м² соответственно); уравнение СКД-ЕРІ (цис) было беспристрастным. Точность (в процентах оценок, в пределах 30 % от измеренной СКФ (P 30)) составила 81, 83, 86 и 86 % соответственно в формулах MDRD, СКД-ЕРІ (кр), СКД-ЕРІ (цис) и СКД-ЕРІ (кр-цис). Точность уравнения MDRD была ниже (p = 0,004) к СКД-ЕРІ (0) при СКФ > 60 мл/мин/1,73 м².

Ограничения: лица неевропейского происхождения не были включены. Исходя из практических соображений, использовали 4-часовую пробу иогекологового клиренса.

Выводы: уравнение СКД-ЕРІ (кр) оказалось менее предвзятым и было более точным, чем формула MDRD. Ни одно из уравнений не продемонстрировало идеального P 30 измерения СКФ. Наши данные показывают, что оценка СКФ по формулам является удовлетворительным тестом у пожилых людей европейского происхождения, как и у лиц молодого возраста.

Использование пищевых добавок, которые могут быть потенциально опасны при ХБП, в Америке

Americans' Use of Dietary Supplements That Are Potentially Harmful in CKD / Vanessa Grubbs, MD, MPH, Laura C. Plantinga, ScM, Delphine S. Tuot, MD, MAS, Elizabeth Hedgeman, MS, MPH, Rajiv Saran, MD, MS, Sharon Saydah, PhD, Deborah Rolka, MS, Neil R. Powe, MD, MPH, MBA // Am. J. Kidney Dis. — 2013. — 61(5). — 739-747

Обоснование: широта использования в США диетических добавок, которые могут быть вредны для людей с хронической болезнью почек (ХБП), неизвестна. Авторы стремились охарактеризовать потенциально вредные добавки в зависимости от стадии ХБП.

Дизайн исследования: срезовой национальный опрос (National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2008).

Участники: когортное исследование у 21 169 небеременных неорганизованных американских граждан в возрасте ≥ 20 лет.

Группы: состояние ХБП (отсутствие ХБП, риски ХБП (наличие диабета, гипертензии и/или сердечно-сосудистых заболеваний), стадии ХБП 1–2 (альбуминурия (соотношение альбумина и креатинина ≥ 30 мг/г)), стадии ХБП 3–4 (скорость клубочковой фильтрации 15–59 мл/мин/1,73 м²)).

Оценочный критерий: самооценка использования БАД, содержащего любую из 37 трав, определенных Национальным почечным фондом как потенциально опасные при ХБП.

Измерения: альбуминурию и скорость клубочковой фильтрации оценивали по анализам мочи и крови; демографические данные и сопутствующие заболевания оценивали при заполнении стандартной анкеты.

Результаты: 8,0 % взрослого населения в США сообщили об использовании в течение последних 30 дней потенциально вредных добавок. Более низкая предполагаемая распространенность использования потенциально вредных добавок наблюдалась при более тяжелой ХБП (без ХБП — 8,5 %, в группе риска — 8,0 %; стадии ХБП 1–2 — 6,1 %, стадии ХБП 3–4 — 6,2 %, p < 0,001). Тем не менее после поправки на сторонние факторы оказалось, что пациенты, имеющие риски ХБП, так же часто использовали БАД, как и лица без ХБП: группа риска — ОР 0,93 (95% ДИ 0,79–1,09); стадии ХБП 1–2 — ОР 0,83 (95% ДИ 0,64–1,08), стадии ХБП 3–4 ОР — 0,87 (95% ДИ 0,63–1,18), все по сравнению с лицами без ХБП.

Наиболее часто встречающиеся травы, отмеченные Национальным почечным фондом США, содержатся в примерно 36,5 % потенциально вредных пищевых добавок. К ним отнесены: имбирь (23,6 %), люцерна (19,6 %), стручковый перец (14,9 %), солодка (14,8 %), одуванчик (10,3 %), алоэ (9,3 %), махуанг (7,4 %), крапива (7,4 %), хвощ полевой (6,0 %), йохимбе (2,6 %), ревень (2,3 %), каскара (2,0 %), нони (1,0 %), сенна (1,0 %), венник, полынь, душица и крушина (< 1,0 % каждый).

Ограничения: содержание травы в БАД не оценивалось, список потенциально вредных добавок вряд ли является исчерпывающим.

Выводы: применение БАД является потенциально опасным для людей с ХБП независимо от ее стадии. Медицинским работникам следует обсуждать использование и потенциальные риски добавок у больных с ХБП и тех, кто относится к группе риска по ХБП.

Влияние более частого гемодиализа на когнитивные функции по данным исследований в Frequent Hemodialysis Network (FHN)

Kurella Tamura M., Unruh M.L., Nissenson A.R. et al. Effect of more frequent hemodialysis on cognitive function in the frequent hemodialysis network trials // Am. J. Kidney Dis. — 2013 Feb. — 61(2). — 228-37. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.09.009. Epub 2012 Nov 11. (Original) PMID: 23149295

Обоснование: когнитивные нарушения нередко встречаются у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, получающих гемодиализ 3 раза в неделю.

Дизайн исследования: рандомизированное клиническое исследование.

Участники: 218 лиц, участвующих в дневном исследовании Frequent Hemodialysis Network (FHN), и 81 — в ночном исследовании Frequent Hemodialysis Network (FHN).

Методы: дневное исследование предполагало проведение гемодиализа 6 раз в неделю против 3 раза в неделю. Ночное исследование предполагало проведение ночного гемодиализа 6 раз в неделю против домашнего или проводимого в центре гемодиализа 3 раза в неделю.

Результаты: когнитивные функции измеряли в начале исследования, на 4-м и 12-м месяце. Первичной конечной точкой было состояние по Trail-Making тесту, форме В в анализе исполнительной функции, вторичная конечная точка оценивалась по модифицированному Mini-Mental State Examination с оценкой меры глобального познания. Внимание, быстрота психомоторных реакций, память, беглость речи были оценены у 59 участников дневного исследования и 19 участников ночного исследования.

Не было выявлено никаких преимуществ при проведении частого гемодиализа по первичной конечной точке (дневное исследование: ОР улучшений 0,99, 95% ДИ 0,59–1,66; ночное исследование: ОР 1,19, 95% ДИ 0,48–2,96). Точно так же не было выявлено преимуществ по вторичной конечной точке при частом гемодиализе. Предварительный анализ дневного исследования предполагает некоторые преимущества для сохранения памяти и беглости речи, но не для внимания и быстроты психомоторных реакций. Предварительный анализ ночного исследования не продемонстрировал никаких преимуществ частого гемодиализа для сохранения внимания, скорости психомоторных реакций, памяти и беглости речи.

Ограничения: неслепое исследование, небольшая выборка.

Выводы: частый гемодиализ не улучшает исполнительные функции и глобальные познания.

Сравнение лечения метаболического ацидоза при ХБП 4-й стадии на фоне гипертензивной болезни почек фруктами и овощами с бикарбонатом натрия

Goraya N., Simoni J., Jo C.H. et al. A comparison of treating metabolic acidosis in CKD stage 4 hypertensive kidney disease with fruits and vegetables or sodium bicarbonate // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. — 2013 Mar. — 8(3). — 371-81. doi: 10.2215/CJN.02430312. Epub 2013 Feb 7. (Original) PMID: 23393104

Обоснование: существующие рекомендации предполагают ощелачивание на основе натрия у пациентов с метаболическим ацидозом ($\text{PTCO}_2 < 22$ мм), обусловленным ХБП. Учитывая, что в промышленно развитых обществах, как правило, предлагаются подкисляющие диеты, мы сравнили эффективность использования фруктов и овощей с пероральным использованием NaHCO_3 (HCO_3^-) в отношении первичной конечной точки — СКФ (eGFR) и вторичной точки — улучшения показателей метаболического ацидоза и улучшения показателей мочи, характеризующих повреждение почки.

Дизайн исследования: люди с 4-й стадией ХБП (eGFR, 15–29 мл/мин на $1,73 \text{ м}^2$), обусловленной гипертензивной болезнью почек, с $\text{PTCO}_2 < 22$ мм, которые получали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, были рандомизированы для приема в течение года ежедневно перорально NaHCO_3 в дозе 1,0 мг-экв/кг в день ($n = 35$) или фруктов и овощей в количествах, уменьшающих в 2 раза кислотный пул диеты ($n = 36$).

Результаты: СКФ, рассчитанная на основе плазменного цистатина С, не различалась между группами в начале исследования и через 1 год. Через год PTCO_2 был выше исходного уровня как в группе пациентов, получавших HCO_3^- ($21,2 \pm 1,3$ против $19,5 \pm 1,5$ мМ, $p < 0,01$), так и у пациентов, получавших фрукты и овощи ($19,9 \pm 1,7$ против $19,3 \pm 1,9$ ммоль; $p < 0,01$), что сопровождалось улучшением показателей метаболического ацидоза, которые были несколько хуже у тех, кто получал HCO_3^- , в сравнении с принимавшими фрукты и овощи ($p < 0,001$). Через год показатели мочи, характеризующие повреждение почек, были ниже начальных данных в обеих группах. Плазменный калий не увеличивался в обеих группах.

Выводы: назначение диеты из фруктов и овощей или NaHCO_3 сроком на один год у людей с 4-й стадией ХБП сопровождалось одинаковым изменением СКФ, более высоким, чем базовый PTCO_2 , и улучшением базовых показателей мочи. Полученные данные показали, что фрукты и овощи позволяют улучшить показатели метаболического ацидоза и уменьшить повреждение почек при 4-й стадии ХБП, не приводя к гиперкалиемии. □

Сок свеклы против артериальной гипертензии

Ahluwalia A. et al. *Enhanced vasodilator activity of nitrite in hypertension: critical role for erythrocytic xanthine oxidoreductase and translational potential // Hypertension. — 2013*

Как показало небольшое исследование, употребление богатого нитратами сока свеклы по одной чашке в день значительно снижает артериальное давление (АД) у лиц с артериальной гипертензией (АГ). Кроме того, обращало на себя внимание и то, что участники данного исследования хорошо переносят этот режим. После однократного употребления 250 мл сока свеклы через 3–6 часов уровень систолического АД снизился в среднем на 11,2 мм рт.ст. у пациентов с АГ по сравнению со снижением на 0,7 мм рт.ст. в контрольной группе согласно результатам, представленным Amrita Ahluwalia, PhD (Queen Mary University of London), с коллегами. В течение 24 часов уровень систолического АД оставался значительно ниже в группе лечения по сравнению с контрольной группой, разница составила 8,5 мм рт.ст. ($p < 0,01$).

Недавние исследования доказали пользу употребления неорганических нитратов (NO_3), которые содержатся во фруктах и овощах, больше всего их в свекле и листовых овощах. После потребления NO_3 происходит его биоактивация путем превращения в неорганический нитрит (NO_2), который, в свою очередь, через различные реакции распадается до окиси азота (NO), что и приводит к вазодилатации. В экспериментах, проведенных на животных и здоровых добровольцах, высокие дозы нитрита снижают уровень АД, хотя при этом не было описано ни конкретного ферментативного процесса, ни его точки приложения: стенка сосуда или эритроцит.

Для расширения понимания физиологического влияния нитритов группа исследователя Ahluwalia первой провела серию экспериментов сравнения эффектов нитритов, вводимых крысам с артериальной гипертензией или нормотензией. Они определили, что редуктазный путь в основном отвечает за преобразование нитритов, включая и ксантиноксидоредуктазу (XOR), а также установили, что именно эритроциты являются точкой приложения нитрита при артериальной гипертензии. Кроме того, добавление аллопуринола заблокировало этот эффект у животных с гипертензией и никаким образом не повлияло на животных с нормотензией.

Для последующей проверки и подтверждения принципа действия в исследование включи-

ли 15 участников с уровнем АД выше 140/90 мм рт.ст., которые ранее не принимали антигипертензивную терапию. Группа состояла из восьми женщин и семи мужчин, средний возраст — 53 года, которым назначили относительно низкие ($13,2 \cdot 10^{-8}$ моль/л) дозы нитритов сока свеклы или эквивалентное количество воды, содержащей нитриты ($0,07 \cdot 10^{-8}$ моль/л). Значительное снижение систолического и диастолического АД произошло среди участников, употреблявших сок свеклы, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), с наибольшей степенью снижения уровня диастолического давления на 9,6 мм рт.ст. Скорость распространения пульсовой волны также значительно снизилась ($p < 0,05$) у пациентов, получавших сок. Изменения систолического АД коррелировали с изменением уровня плазменного нитрита ($r = 0,280$, $p < 0,001$), а его снижение — с исходным уровнем систолического АД ($r = 0,561$, $p < 0,05$). Наблюдались также высокий уровень экспрессии XOR и ингибирование аллопуринолом, что доказывает их участие в биологической активности, подобно тому, что было получено в результате проведенных ранее исследований на животных.

При обсуждении своих выводов исследователи отметили, что циркулирующие уровни нитратов и нитритов возвращаются к исходным через 24 часа после введения, однако снижение АД при этом сохраняется. «Вполне возможно, что в то время как уровни циркулирующих нитритов снизились, уровни тканевых остаются повышенными, обеспечивая продолжение поступления NO », — пишут они.

Исследование показало, что снижение АД при назначении нитритов происходит наиболее выражено у животных и людей с гипертензией, вследствие чего ученые пришли к выводу, что подобная коррекция рациона может представлять собой один из вариантов терапии.

Участники данного исследования хорошо переносят этот режим. «Это естественное вещество и довольно безобидное», — говорит William O'Neill, MD, из Henry Ford Hospital в Детройте, который не принимал участия в исследовании. Однако ученый предостерег от использования сока свеклы у пациентов с почечной недостаточностью: «Я не уверен, что будет происходить с уровнем калия в крови при наличии почечной недостаточности. Учитывая, что около 50 % леченых больных артериальной гипертензией не достигают целевого уровня АД, дополнительные стратегии, основанные на потреблении овощей, богатых нитратами, могут оказаться экономи-

чески эффективными, легко достижимыми, безопасными и благоприятными для общественного здравоохранения».

Ограничением исследования была его небольшая продолжительность, вследствие чего будет необходимым дальнейшее проведение работы с целью выяснения, может ли длительное увеличение в рационе количества продуктов, содержащих нитриты, привести к устойчивому снижению АД.

Исследование финансировалось Британским фондом сердца.

Альтернативные методы лечения могут помочь в снижении артериального давления

Сообщение опубликовано 22 апреля в журнале Hypertension

В новом докладе предполагают, что альтернативные методы лечения, такие как трансцендентальная медитация, биологическая обратная связь и управляемое дыхание, возможно, помогут некоторым пациентам в снижении повышенного артериального давления. Однако только для одного метода немедикаментозной терапии — аэробных упражнений — доказанным является влияние на артериальное давление, что позволяет широко их рекомендовать. В докладе Американской ассоциации кардиологов также идет речь о том, что исследования не подтверждают возможность других техник релаксации и медитаций, йоги или акупунктуры, снижать повышенное АД. Тем не менее отмечается, что качество научных исследований в этом направлении ограничено, предполагая, что еще остается надежда на эффективность этих методик.

«В целом были собраны доказательства высокого уровня, подтверждающие эффективность некоторых альтернативных методов, а в отношении других методов доказательной базы либо же на удивление мало, либо же удалось собрать лишь противоречивые данные, — сказал Dr. Robert Brook, профессор University of Michigan. — Альтернативные методы лечения словно «нелюбимый пасынок», которому зачастую не уделяют столько же внимания и финансирования и которого не воспринимают так же серьезно, как другие подходы». По его словам, два факта являются очевидными: альтернативные методы лечения могут быть абсолютно безвредными, однако ими не стоит заменять рекомендации врачей по поводу приема медикаментозной терапии.

Американская ассоциация сердца разместила в начале своего доклада рекомендации для врачей и пациентов по коррекции повышенного артериального давления. «Традиционно мы будем упоминать о необходимости снижения веса, диете, ограничении потребления соли и пользе физических упражнений. Эти рекомен-

дации трудно соблюдать, поэтому люди не всегда следуют им. Мы решили, что настало время рассмотреть все проведенные исследования альтернативных способов снижения артериального давления», — говорит Brook. В докладе составлен рейтинг аэробных упражнений, таких как, например, быстрая ходьба, имеющая наиболее выраженное влияние на повышенное артериальное давление. Биологическая обратная связь, тяжелая атлетика, трансцендентальная медитация и синхронизированное дыхание (например, дыхание в ритм серии звуков) также хорошо показали себя с точки зрения эффективности. Будучи эффективными, эти методики могут снизить исходно высокий уровень систолического артериального давления в скромных пределах — на 5–10 мм рт.ст.

Как работают эти методики по снижению артериального давления? По словам ученого, в некоторых случаях это еще непонятно, в то же время, как известно, физические упражнения, возможно, способствуют лучшему расширению кровеносных сосудов. Samuel Sears, директор программ в области психологии здоровья из Университета Восточной Каролины в Гринвилле (Северная Каролина), говорит о том, что этот доклад, конечно, важен, однако в нем упущено «психологическое преимущество» альтернативных методов лечения. «Пациенты ищут и могут найти очевидное преимущество некоторых из этих методов лечения, как, например, психологический контроль и контроль их состояния на уровне ощущений», — сказал он.

Значит ли, что мы должны попробовать эти стратегии? Dr. Kirsten Bibbins-Domingo, профессор медицины из Университета Калифорнии (Сан-Франциско), говорит, что в целом все эти методики считаются безопасными. «Тем не менее излишняя зависимость от этих подходов может привести к задержкам в предоставлении специализированной медицинской помощи при артериальной гипертензии, — сказала она. — И многие из этих методик не по карману нашим пациентам, что стоило бы рассматривать отдельно, особенно в случае, когда эффективность подобных методик не доказана».

Потребление соевого молока и уровень артериального давления у больных сахарным диабетом 2-го типа с нефропатией

Miraghajani M.S., Najafabadi M.M., Surkan P.J., Esmailzadeh A., Mirlohi M., Azadbakht L. // Journal of Renal Nutrition. — 2013 Mar

Целью данного исследования было определить влияние потребления соевого молока на уровни сердечно-сосудистого риска и биомарке-

ры функции почек у больных сахарным диабетом 2-го типа с нефропатией. Это рандомизированное перекрестное контролируемое клиническое исследование было проведено с участием 29 больных диабетом 2-го типа с нефропатией. Участники были рандомизированы на группы: диета с потреблением соевого молока и диета с потреблением коровьего молока в течение 4 недель. Также был произведен 2-недельный период вымывания между двумя периодами диеты. В соответствии со стандартным протоколом проводили антропометрические и биохимические измерения. Средний возраст и индекс массы тела пациентов составили 51 ± 10 лет и 28 ± 4 кг/м² соответственно. Потребление соевого молока привело к значительному снижению систолического артериального давле-

ния по сравнению с потреблением коровьего молока ($-4,50$ % против $5,89$ %, $p = 0,03$). Уровень триглицеридов в сыворотке крови значительно сократился после потребления соевого молока ($-15,22$ % против $2,37$ %, $p = 0,02$). После внесения поправок на потребление углеводов влияние соевого молока на уровень триглицеридов оказалось незначительным. Не было никаких существенных различий между группами потребления соевого и коровьего молока с точки зрения влияния на сердечно-сосудистые риски и маркеры функции почек.

Таким образом, потребление соевого молока было связано с улучшением контроля артериального давления у больных сахарным диабетом с нефропатией. □

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КЕТОСТЕРИЛ (KETOSTERIL)

Загальна характеристика:

основні фізико-хімічні властивості: таблетки, вкриті оболонкою, довгастої форми з закругленими кінцями, жовтого кольору з шовковистою глянцевою поверхнею.

Склад:

1 таблетка містить:	
кальцію DL3-метил-2-оксо-валеріату (α -кетаналог ізолейцину, кальцієва сіль)	67 мг
кальцію-4-метил-2-оксовалеріату (α -кетаналог лейцину, кальцієва сіль)	101 мг
кальцію-2-оксо-3 фенілпропіонату (α -кетаналог фенілаланіну, кальцієва сіль)	68 мг
кальцію-3-метил-2-оксобутирату (α -кетаналог валіну, кальцієва сіль)	86 мг
кальцію DL-2-гідрокси-4-(метилтіо)- бутирату (α -кетаналог метіоніну, кальцієва сіль)	59 мг
L-лізину ацетату	105 мг
L-треоніну	53 мг
L-триптофану	23 мг
L-гістидину	38 мг
L-тирозину	30 мг

Допоміжні речовини: крохмаль кукурудзяний, полівідон нерозчинний, полівідон розчинний, кремнію діоксид високодисперсний, магнію стеарат, поліетиленгліколь 6000, барвник Е 104, диметиламінометакрилат, триацетин, титану діоксид.

Загальний вміст азоту в таблетці — 36 мг.

Загальний вміст кальцію — 1,25 ммоль, або 0,05 г.

Форма випуску. Таблетки, вкриті оболонкою.

Фармакологічна група. Амінокислоти, включаючи комбінації з поліпептидами.

Код АТС V06D D.

Фармакологічні властивості. Комбінований препарат.

Кетонові аналоги незамінних амінокислот, що входять до складу препарату, дозволяють забезпечити повноцінне постачання організму протеїнів при мінімальному введенні азоту.

Кетоамінокислоти трансамінуються в організмі у відповідні L-амінокислоти, розщеплюючи при цьому сечовину. Препарат сприяє утилізації продуктів розщеплення, що містять азот, анаболізму протеїнів при одночасному зниженні рівня сечовини у сироватці, покращанню азотного балансу, зниженню концентрації іонів K^+ , Mg^{2+} , PO_4^{3-} . При цьому редується уремична симптоматика, в окре-

мих випадках вдається відстрочити початок проведення діалізу.

Показання для застосування. Профілактика і лікування ушкоджень, пов'язаних зі зміненим або недостатнім білковим метаболізмом при хронічній нирковій недостатності у поєднанні з обмеженим вживанням білка з їжею до 40 г на день (для дорослих) і менше. Застосовується у пацієнтів зі швидкістю клубочкової фільтрації від 5 до 15 мл/хв.

Спосіб застосування та дози. Препарат приймають внутрішньо. Призначають по 4–8 таблеток 3 рази на день під час їжі. Таблетки ковтають, не розжовуючи. Ця доза розрахована на дорослого (маса тіла 70 кг).

Кетостерил призначають протягом усього періоду, поки швидкість клубочкової фільтрації коливається в межах від 5 до 15 мл за хвилину. Їжа в період лікування повинна містити не менше 40 г білка на день (для дорослих).

Побічна дія. Існує можливість розвитку гіперкальціємії.

Протипоказання. Гіперкальціємія, порушення обміну амінокислот.

Передозування. При передозуванні пацієнт підлягає проведенню інтенсивної терапії.

Особливості застосування. Необхідно регулярно слідкувати за рівнем кальцію у сироватці крові.

Необхідно забезпечити достатню калорійність їжі.

Досвід застосування препарату при вагітності, у період лактації і в педіатрії відсутній.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами. Одноразове призначення лікарських засобів, що містять кальцій, може призвести до підвищення рівня кальцію у сироватці крові.

Під час лікування Кетостерилом, коли симптоми уремії зменшуються, необхідно також зменшити можливе введення гідроксиду алюмінію.

Щоб не порушувати абсорбцію у кишечнику, не слід приймати разом з Кетостерилом ліки, здатні утворювати з іонами кальцію важкорозчинні сполуки (наприклад, тетрацикліни).

Умови та термін зберігання. Зберігати в сухому, захищеному від світла місці при температурі не вище 25 °С. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Термін придатності — 3 роки. □

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

К рассмотрению принимаются научные статьи, ранее не опубликованные.

Оригинальные, обзорные лекционные, проблемные и реферативные материалы публикуются бесплатно.

К опубликованию принимаются работы на украинском и русском языках. Объем оригинальных клинических статей не должен превышать 8–10 страниц, иных статей — до 5 страниц, рецензий — до 4 страниц, обзоров литературы и лекций — до 15 страниц, сообщений, писем в редакцию и т.д. — до 3 страниц.

На первой странице в левом верхнем углу приводятся инициалы и фамилии авторов, ниже — название статьи (большими буквами); далее — наименование учреждения, где выполнена работа, название страны. Под ними пишутся ключевые слова (число ключевых слов — не более четырех).

В левом верхнем углу обязательно указать УДК.

При изложении результатов оригинальных исследований рекомендуется придерживаться следующей схемы: введение, материалы и методы, результаты, обсуждение результатов, выводы, список литературы.

К статье должно прилагаться резюме, написанное на русском, украинском и английском языках, содержащее не более 175 слов, кратко характеризующее цель, методы, результаты и выводы исследования, описанные в рукописи. Резюме не должно содержать аббревиатур, сносок и ссылок.

Статьи можно присылать по почте (в таком случае к текстовому варианту статьи прилагается электронная версия в формате Word'97 2003 на носителе CD или DVD) или отправлять по электронной почте.

К статье должно прилагаться официальное направление от руководителя учреждения, в котором проведены исследования, и экспертное заключение о возможности опубликования статьи.

В конце статьи должны быть указаны сведения об авторах: фамилии, полные имя и отчество, должности, ученые степени и звания, контактные адреса (в том числе адреса электронной почты) и номера телефонов.

Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman с размером символов 12 pt с полуторным (1,5) интервалом между строками, ширина левого, верхнего и нижнего полей 2,5 см и правого поля 1,5. Страницы нумеровать в правом нижнем углу.

Химические и математические формулы, таблицы, дозировки, цитаты визируются автором на полях. Авторы рукописей должны придерживаться международной номенклатуры.

Единицы измерения приводятся в метрической системе СИ.

Используйте только стандартные сокращения (аббревиатуры). Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому применению

этого сокращения в тексте (если только это не стандартная единица измерения). В названии статьи нельзя применять сокращения (аббревиатуры).

Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название. Все цифры, приводимые в таблице, должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам, приводимым в тексте. Необходимо указать место таблицы в статье и ее порядковый номер.

Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими. В тексте (на полях) необходимо указать место рисунка и его порядковый номер. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. В подписях к рисункам должны быть приведены объяснения значений всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

Библиография должна содержать работы главным образом за последние 7 лет, должна быть озаглавлена «Список литературы» и оформлена в соответствии с требованиями (см. «Бюлетень ВАК України», 2008, № 3, форма 23, с. 9–13). Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках, арабскими цифрами, соответствующими списку литературы, составленному последовательно, по порядку первого упоминания первоисточника в тексте или же в алфавитном порядке по фамилии первого автора. Ссылки должны быть сверены авторами с оригинальными документами. В списке к оригинальной статье не следует указывать более 15–18 источников литературы, а в обзоре литературы — более 50.

В конце статьи должен содержаться раздел «Конфликт интересов», в котором авторам необходимо сообщить о получении гонораров или иной материальной заинтересованности при подготовке материалов к публикации.

Работы, оформленные без соблюдения требований редакции, не регистрируются и не рассматриваются.

За правильность изложенного материала, приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.

Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором.

Редакция оставляет за собой право исправлений и сокращений присланных статей.

После публикации все авторские права принадлежат редакции.

Все оригинальные статьи рецензируются и публикуются только после получения положительной рекомендации рецензентов.

Статьи направлять по адресу:
Редакция журнала «Почки»
А/я 1347,
г. Донецк, Украина, 83030
Тел./факс: +380(62) 338-21-11
E-mail: medredactor@bk.ru
(тема «В редакцию журнала «Почки»)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
21742



Газета «Новости медицины и фармации»

Надежный источник научной информации для врачей различных специальностей по различным разделам медицины, освещение вопросов реформирования здравоохранения в Украине, проблем отношений между врачом, пациентом и обществом.



ШЕФ-РЕДАКТОР
Заславский
Александр Юрьевич



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Брандис
Татьяна Яковлевна



ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
Куприненко
Наталья Васильевна

ТЕМАТИЧЕСКИЕ НОМЕРА ГАЗЕТЫ «НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ»

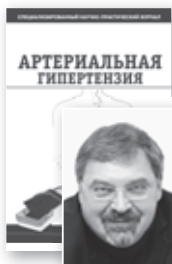
- Антимикробная и противовирусная терапия
- Аллергология и пульмонология
- Гастроэнтерология
- Кардиология и ревматология
- Неврология
- Офтальмология



Журнал «Артериальная гипертензия»

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
99320

В журнале освещаются современные подходы к диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии и ее осложнений.



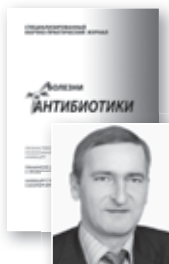
ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Сиренко
Юрий Николаевич

Заведующий отделом симптоматических артериальных гипертензий ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, президент Всеукраинского общественного объединения против гипертензии, главный внештатный кардиолог МЗ Украины, д.м.н., профессор.

Журнал «Болезни и антибиотики»

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
89699

Традиционные работы по диагностике и лечению инфекций и статьи о новых открытиях в области антибиотикотерапии.



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Березняков
Игорь Геннадьевич

Заведующий кафедрой терапии ХМАПО, президент Украинской ассоциации за рациональное использование антибиотиков, д.м.н., профессор.

Журнал «Боль. Суставы. Позвоночник»

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
89698

В журнале освещаются проблемы боли, современные подходы к диагностике и лечению заболеваний суставов и позвоночника.



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Поворознюк
Владислав Владимирович

Заслуженный деятель науки и техники Украины, президент Украинской ассоциации остеопороза, член правления Всемирной ассоциации остеопороза (ЮФ), президент Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-мышечной системы, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии АМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, д.м.н., профессор.

Журнал «Вестник Ассоциации психиатров Украины»



Профессиональное научно-практическое издание для врачей-психиатров и врачей других специальностей, интересующихся проблемами психиатрии.

И.о. шеф-редактора
Глузман
Семен Фишелевич

Президент
Ассоциации психиатров Украины

ВНИМАНИЕ! Подписная кампания на 2013 год



ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ИЗДАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Журнал «Здоровье ребенка»

подписной индекс
95264



Статьи по клинической педиатрии и инфекционной патологии у детей, современные методы исследования, диагностики и лечения в педиатрии.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Юлиш Евгений Исаакович

Заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, д.м.н., профессор.

Журнал «Медико-социальные проблемы семьи»

подписной индекс
68569



Журнал для акушеров, гинекологов, андрологов. Освещение научно-практических разработок в области акушерства, гинекологии, репродуктологии и андрологии.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Чайка Владимир Кириллович

Заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, член-корреспондент НАМН Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, д.м.н., профессор.

Журнал «Медицина неотложных состояний»

подписной индекс
94563



Избранные лекции по медицине неотложных состояний; материалы, освещающие проблемы патофизиологии, клиники и лечения критических состояний.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Никонов Вадим Владимирович

Заведующий кафедрой медицины неотложных состояний, медицины катастроф и военной медицины ХМАПО, действительный член Международной академии ЭИН, д.м.н., профессор.

Международный неврологический журнал

подписной индекс
91338



Научные работы и доклады ведущих ученых и практических врачей по неврологии с обзорами по сложным дисциплинам.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Евтушенко Станислав Константинович

Лауреат Государственной премии Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой детской и общей неврологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, д.м.н., профессор.

Международный эндокринологический журнал

подписной индекс
94553



«Международный эндокринологический журнал» — информация о новейших научных разработках, о современных методах диагностики и лечения эндокринологических заболеваний.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Панькив Владимир Иванович

Заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, д.м.н., профессор.

Журнал «Почки»

подписной индекс
68277



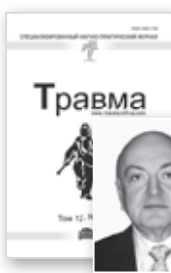
Научно-практический журнал для врачей, занимающихся лечением заболеваний почек и их осложнений.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Иванов Дмитрий Дмитриевич

Заслуженный врач Украины, заведующий кафедрой нефрологии и почечно-заместительной терапии НМАПО имени П.Л. Шупика, д.м.н., профессор.

Журнал «Травма»

подписной индекс
96022



Освещение научно-практических разработок в области травматологии и ортопедии.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Климовицкий Владимир Гарриевич

Лауреат Государственной премии Украины, заслуженный врач Украины, директор НИИ травматологии и ортопедии, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, д.м.н., профессор.

Украинский журнал хирургии

подписной индекс
68571



Профессиональное специализированное издание, освещающее научно-практические разработки в области хирургии.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Кондратенко Петр Геннадьевич

Заслуженный деятель науки и техники Украины, лауреат Государственной премии Украины, заведующий кафедрой хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, председатель Ассоциации хирургов Донецкой области, член правления Ассоциации хирургов Украины, д.м.н., профессор.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОФОРМЛЕНИЯ РЕДАКЦИОННОЙ ПОДПИСКИ:



1 Оплата за издания производится без почтового сбора (цены указаны в бланке заказа).



2 Оформляя редакционную подписку на любое издание, Вы получаете сертификат магазина «Буквамед» с 7% скидкой.



3 При оформлении редакционной подписки на газету «Новости медицины и фармации» Вы получаете в подарок книгу «Когда опасен новый грипп?»



4 При оформлении редакционной подписки на газету «Новости медицины и фармации» + один из тематических номеров газеты «Новости медицины и фармации» Вы дополнительно получаете в подарок книги «Конспект врача» по тематике выбранного Вами тематического выпуска.



5 При оформлении подписки на один из журналов Вы получаете в подарок книгу Издательского дома «Заславский» по тематике выбранного Вами журнала.

**Мы рады видеть Вас
среди подписчиков
Издательского дома «Заславский»
в 2013 году.**

**Надеемся, что все наши издания,
а также все подготовленные нами подарки,
которые Вы получите, будут Вам
полезны и интересны.
Ждем Вас.**

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПОДПИСКИ НА НАШИ ИЗДАНИЯ

Оформить подписку на **наши издания** на 2013 год можно в любом почтовом отделении Украины.
Редакционную подписку можно оформить через сберкассу любого банка.
Для оплаты редакционной подписки необходимо взять стандартный бланк извещения (повідомлення) в сберкассе и заполнить следующие графы:

Поточний рахунок — 26009012025985.

Ідентифікаційний код — 2411800503.

Одержувач платежу —

ФЛП Заславская Л.М.

Код установи банку — 321723.

Найменування установи банку —

ПАТ «БТА Банк», г. Киев.

Прізвище, ім'я, по батькові платника —

укажите полностью ваши фамилию, имя, отчество.

Адреса — укажите ваш полный адрес.

Ідентифікаційний номер — не нужно заполнять эту графу.

Призначення платежу — в этой графе вы должны указать, что именно вы хотите приобрести.

Період призначення платежу — на 2013 год.

Код виду платежу — не нужно заполнять эту графу.

Код бюджетної класифікації — не нужно заполнять эту графу.

Сума — укажите общую сумму согласно стоимости выбранных позиций.

Пеня — не нужно заполнять эту графу.

Усього — укажите общую сумму согласно стоимости выбранных позиций.

Підпис платника — ваша подпись.

После оплаты вам нужно сделать копию квитанции, заполнить анкету подписчика, а также бланк заказа, отметив в нем галочками все издания, которые вы выбрали и оплатили, и отправить нам по адресу:
83030, г. Донецк, а/я 1347.
Тел./факс +380 62 338-21-11.
E-mail: info@mif-ua.com

БЛАНК ЗАКАЗА РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА на периодические издания на 2013 год

1. Газета «Новости медицины и фармации»
(гл. редактор Т.Я. Брандис) (22 номера).....396,00
2. Журнал «Артериальная гипертензия»
(гл. редактор Ю.Н. Сиренко) (6 номеров).....300,00
3. Журнал «Болезни и антибиотики»
(гл. редактор И.Г. Березняков) (2 номера).....100,00
4. Журнал «Боль. Суставы. Позвоночник»
(гл. редактор В.В. Поворознюк) (4 номера).....200,00
5. Журнал «Вестник Ассоциации психиатров Украины»
(и.о. шеф-редактора С.Ф. Глузман) (6 номеров).....300,00
6. Журнал для педиатров «Здоровье ребенка»
(гл. редактор Е.И. Юлиш) (8 номеров).....400,00
7. Журнал «Медико-соціальні проблеми сім'ї»
(гл. редактор В.К. Чайка) (4 номера).....200,00
8. Журнал «Медицина неотложных состояний»
(гл. редактор В.В. Никонов) (8 номеров).....400,00
9. «Международный неврологический журнал»
(гл. редактор С.К. Евтушенко) (8 номеров).....400,00
10. «Международный эндокринологический журнал»
(гл. редактор В.И. Панькив) (8 номеров).....400,00
11. Журнал «Почки»
(гл. редактор Д.Д. Иванов) (4 номера).....200,00
12. Журнал «Травма»
(гл. редактор В.Г. Климовицкий) (6 номеров).....300,00
13. «Український журнал хірургії»
(гл. редактор П.Г. Кондратенко) (4 номера).....200,00

ТЕМАТИЧЕСКИЕ НОМЕРА

газеты «Новости медицины и фармации» на 2013 год

14. Аллергология и пульмонология (2 номера).....100,00
15. Антимикробная и противовирусная терапия (2 номера).....100,00
16. Гастроэнтерология (6 номеров).....300,00
17. Кардиология и ревматология (6 номеров).....300,00
18. Неврология (6 номеров).....300,00
19. Офтальмология (2 номера).....100,00

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

20. Комплект специалиста
(Газета «Новости медицины и фармации» + любой журнал).....796,00
21. Комплект-ПРОФИ (для лечебных учреждений и медицинских вузов)
(Газета «Новости медицины и фармации» + все журналы).....4 996,00

АНКЕТА ПОДПИСЧИКА

Фамилия _____
 Имя _____ Отчество _____
 Специальность _____
 Место работы _____
 Должность _____
 Телефоны: рабочий _____ домашний _____
 мобильный _____ E-mail: _____
АДРЕС: Индекс _____ Область _____
 Район _____ Город _____
 Улица _____ Дом _____ Кв. _____

С целью выполнения условий ЗУ «О защите персональных данных» № 2297-VI от 01.06.2010 г. подписчик добровольно дает свое безусловное согласие на обработку издателем любых персональных данных подписчика.

Дата _____ Личная подпись _____

Если вы хотите приобрести одну из книг, вам нужно перечислить ее стоимость, указанную рядом, а также 12 грн за доставку «Укрпочтой», сделать копию квитанции, заполнить бланк книжного заказа и отправить нам по адресу:
83030, г. Донецк, а/я 1347.

Книги можно приобрести в фирменных магазинах
медицинской литературы «БУКВАМЕД»:

- **Харьков**, 61058, ул. Галана, 5.
Телефоны: +380 (57) 705-34-04, +380 (50) 559-64-30, +380 (96) 951-65-01.
- **Киев**, 01032, ул. Ярославская, 39 (ст. метро «Контрактовая площадь»)
Телефоны: +380 (44) 463-76-96, +380 (50) 916-69-44, +380 (67) 481-81-17.
- **Донецк**, 83003, пр. Ильича, 16, ДонНМУ им. М. Горького, корпус 1 (морфологический).
Телефоны: +380 (62) 213-03-72, +380 (95) 385-61-45.

Для приобретения книг наложенным платежом
звоните по тел. +380 (62) 338-21-11.

Подробнее о книгах на сайте WWW.BOOKVAMED.COM.UA

БЛАНК КНИЖНОГО ЗАКАЗА

Код книги	Название книги	К-во, шт.

НЕФРОЛОГИЯ

H04004	Актуальные проблемы нефрологии: учебно-метод. пособие/В.В.Скворцов, А.В.Тумаренко. — 160 с.	31
H04019	Анализы при болезнях почек и мочевыводящих путей: расшифровываем сами (2-е изд.) / Е.Н. Панкова. — 64 с.	25
H04047	Анемия при хронической болезни почек. : руководство / Давыдкин И.Л., Шутов А.М., Ромашева Е.П. и др. — 64 с.	66
H04020	Берегите почки!: рекомендации нефролога / Л.Г. Узунян. — 128 с.	32
H04023	Воспалительные заболевания почек / Б.И. Шулутко. — 256 с.	61
H04029	Все тайны энуреза / И.М. Османов, Е.И. Черноручкая. — 192 с.	32
H04039	Гидронефроз: руководство / Под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. — 208 с.	176
H04017	Детская нефрология / Под ред. Н. Сигела.	280
H04010	Детская нефрология. Синдромный подход / Э.К. Петросян. — 192 с.	146
H04046	Детская нефрология: практическое руководство / Под ред. Э. Лойманна, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. — 400 с.	253
H04035	Диагностика и лечение болезней почек: руководство / Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М., Козловская Л.В. — 384 с.	248
H04024	Диагностика и лечение нефротического синдрома у детей: Руководство для врачей / М.С. Игнатова, О.В.Шатохина. — 288 с.	168
H04025	Диализный альманах / Е.А. Стецюк. — 340 с.	91
H04031	Дизурический синдром у женщин. Диагностика и лечение: руководство / Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Кондратьева Ю.С. — 256 с.	175
H04028	Клиническая нефрология. Руководство / М.М. Батюшин, П.Е. Повилайтите. — 656 с.	364

ПОДРОБНЕЕ О КНИГАХ НА НАШЕМ САЙТЕ WWW.BOOKVAMED.COM.UA

H04027	Лекции по нефрологии. Диабетическая болезнь почек. Гипертензивная нефропатия. Хроническая почечная недостаточность / Д.Д. Иванов. — 200 с.	80
H04021	Лечение болезней почек. Новейший справочник / И.И. Зиберман. — 208 с.	43
H04022	Лечение почек диетами и травами (5-е изд.) / Л.В. Николайчук, Е.С.Козюк, И.В.Ревина. — 256 с.	46
H04041	Лечение почечной недостаточности / Николаев А.Ю.	336
H04042	Мочекаменная болезнь. Вопросы лечения и реабилитации: руководство / Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Каблова И.В. — 224 с.	193
H04032	Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения: руководство / Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Руденко В.И. и др. — 224 с.	160
H04013	Наглядная нефрология: учебное пособие для вузов / Крис А.О'Каллагхан. Перевод с англ. Под ред. Е.М. Шилова. — 128 с.	175
H04026	Нефрология и урология: Учеб.пособие / А.С. Чиж, В.С. Пилотович, В.Г. Колб. — 464 с.	49
H04003	Нефрология. Практическое руководство: Учебное пособие / Ю.И.Гринштейн, М.М.Петрова, В.В.Кусаев, Н.В.Топольская, В.В.Шабалин, Т.Д.Верещагина, С.В.Ивлиев, И.В.Романова. — 176 с.	25
H04037	Нефрология. Ревматология: учебник / Под ред. Н.А. Буна, Н.Р. Колледжа, Б.Р. Уолкера, Д.А.А. Хантера. — 240 с.	330
H04018	Нефрология: главные аспекты. - 2-е изд., перераб. / В.М. Мавродий. — 64 с.	25
H04016	Нефрология: национальное руководство (книга + CD-диск) / Под ред. Н.А. Мухина. — 720 с.	825
H04030	Нефрология: учебное пособие / М.А. Осадчук, С.Ф. Усик, А.М. Осадчук. — 168 с.	105
H04036	Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования (2-е изд., испр. и доп.) / Под ред. Е.М. Шилова. — 696 с.	352
H04011	Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования.- 2 изд., испр. и доп. (книга + CD-диск) / Под ред. Е.М. Шилова. — 696 с.	321
H04043	Нефрологія в практиці сімейного лікаря. Навчально-методичний посібник (2-ге вид., переробл.) / Иванов Д.Д., Корж О.М. — 400 с.	180
H04034	Основи нефрології / За ред. М.О. Колесника. — 380 с.	45
H04012	Острая почечная недостаточность: руководство / В.М.Ермоленко, А.Ю. Николаев. — 240 с.	140
H04005	Патогенез хронического обструктивного пиелонефрита у детей и подростков / С.П. Яцык. — 176 с.	111
H04006	Почечная колика. Руководство для врачей / Л.Е. Белый. — 256 с.	125
H04014	Рациональная фармакотерапия в нефрологии. Compendium / Под общ. ред. Н.А. Мухина, Л.В. Козловской, Е.М. Шилова. — 640 с.	204
H04015	Рациональная фармакотерапия в нефрологии: Руководство для практикующих врачей / Н.А. Мухин, Л.В.Козловская, Е.М.Шилов. — 896 с.	292
H04038	Руководство по нефрологии (6-е изд.) / Под ред. Роберта В. Шрайера. — 560 с.	275
H04040	Руководство по нефрологии / Под ред. А.И. Дядыка, Е.А. Дядык. — 600 с.	200
H04044	Стандарти нефрологічної допомоги: клінічна настанова, медичний стандарт та протоколи лікування методом гемодіалізу / За редакцією професора М.О. Колесника. — 180 с.	99
H04048	Трансплантация почки: руководство / Под ред. Я.Г. Мойсюка. — 848 с.	495
H04033	Хроническая болезнь почек. Методы заместительной почечной терапии / В.С.Пилотович, О.В. Калачик. — 276 с.	339
H04001	Эндотелиальная дисфункция при гломерулонефрите /О.В.Синяченко, С.В.Зяблицев, П.А. Чернобривцев. — 152 с.	25
УРОЛОГИЯ		
Y01055	Атлас лапароскопических реконструктивных операций в урологии + DVD-5 / М. Рамалингам. — 552 с.	739
Y01023	Атлас по детской урологии / Т.Н. Куликова. — 160 с.	292
Y01051	Биопсия предстательной железы: руководство / Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В. — 208 с.	165
Y01024	Болезни предстательной железы / Под ред. Ю.Г. Аляева. — 240 с.	175
Y01025	Возрастной андрогенный дефицит и эректильная дисфункция: монография / А.Л. Вёрткин. — 176 с.	105

У01006	Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы: учебное пособие для врачей / О.Б. Лоран. — 88 с.	61
У01007	Гиперактивный мочевой пузырь у женщин репродуктивного, пери- и менопаузального периодах / Л.В. Аккер. — 176 с.	70
У01026	Детская урология: руководство для врачей / А.Г. Пугачев. — 832 с.	438
У01030	Диагностика эректильной дисфункции. Клиническое руководство / О.Б. Жуков. — 184 с.	182
У01052	Дистанционная литотрипсия в лечении мочекаменной болезни: Монография / М.К.Терещенко. — 96 с.	40
У01027	Заболевания мочеполовых органов / Под общ. ред. Ю.Г. Аляева. — 120 с.	88
У01008	Избранные лекции по урологии / Н.А. Лопаткин. — 576 с.	970
У01050	Клиническая андрология: руководство / Под ред. В.Б. Шилла, Ф. Комхаира, Т. Харгрива. — 800 с.	924
У01009	Консервативное лечение мочекаменной болезни. Пособие для врачей / И.С. Колпаков. — 148 с.	77
У01059	Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии / Кадыров. — 184 с.	205
У01031	Малоинвазивная хирургия мужских половых органов / Д.Г. Курбатов, В.В.Щетинин. — 92 с.	50
У01010	Множественные обструкции мочевых путей у детей / С.Н. Зоркин. — 144 с.	103
У01011	Мочевой синдром: дифференциальная диагностика и лечение: Учебное пособие / И.Н. Бокарев. — 208 с.	103
У01012	Мужские болезни, книга 1 / А.А. Камалов. — 320 с.	203
У01038	Нарушения мочеиспускания: руководство / Гаджиева З.К. — 176 с.	121
У01058	Недержание мочи у женщин: руководство / Неймарк А.И., Раздорская М.В. — 128 с.	105
У01061	Онкоурология / Рич. — 896 с.	711
У01013	Осложнения в лапароскопической урологии и их профилактика: Руководство для урологов и эндохирургов / В.Е. Шульц. — 112 с.	53
У01039	Простатит. Диагностика и лечение: руководство / Кульчавеня Е.В., Неймарк А.И. — 256 с.	140
У01037	Радикальная простатэктомия (3-е изд. без изменений) / Д.Ю. Пушкарь. — 280 с.	308
У01057	Радикальная простатэктомия / Д.Ю. Пушкарь. — 280 с.	508
У01028	Расстройства мочеиспускания / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, З.К. Гаджиева. — 208 с.	58
У01029	Рациональная фармакотерапия в урологии: Compendium / Под общ. ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой. — 464 с.	117
У01004	Решение урологических проблем у пожилых людей. — 112 с.	25
У01064	Сложные и комбинированные формы недержания мочи у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики. Пособие для врачей / Е.И. Русина. — 48 с.	36
У01060	Травма органов мочеполовой системы / Довлатян А. — 280 с.	89
У01033	Травма органов мочеполовой системы / З.С. Вайнберг. — 236 с.	245
У01034	Урогинекология / Н.А. Нечипоренко, М.В.Кажина, В.В.Спас. — 208 с.	53
У01035	Уродинамические аспекты недержания мочи при перенапряжении у женщин / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий, В.Ф.Беженарь. — 240 с.	96
У01062	Урология. Клинические рекомендации (2-е изд., перераб.) / Под ред. Н.А. Лопаткина. — 416 с.	275
У01049	Урология. Схемы лечения: справочник (2-е изд., испр. и доп.) / Под ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой. — 144 с.	77
У01015	Урология. Учебник для студентов медицинских вузов / Ю.Г. Аляев. — 640 с.	277
У01016	Урология. Учебник. Гриф УМО для среднего проф. обр. / А.Г. Пугачев. — 248 с.	107
У01045	Урология: клинические рекомендации / Под ред. Н.А. Лопаткина. — 368 с.	154
У01046	Урология: национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. — 1024 с.	825
У01054	Урология: национальное руководство, краткое издание / Под ред. Н.А. Лопаткина. — 608 с.	208
У01042	Урология: учебник (7-е изд., перераб. и доп.) / Лопаткин Н.А., Камалов А.А., Аполихин О.И. и др. — 816 с.	520
У01056	Урология: учебник / Комяков Б.К. — 464 с.	491

У01047	Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги / За ред. С.П. Пасечнікова. — 626 с.	99
У01053	Урологія: Підручник для мед. ВНЗ IV р.а. Затверджено МОЗ / Возіанов О.Ф. та ін. — 664 с.	360
У01063	Функциональная урология и уродинамика: монография / Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. — 376 с.	330
У01017	Эректильная дисфункция (2-е изд., перераб. и доп.) / Е.Б.Мазо. — 240 с.	148
У01036	Эфферентная и квантовая терапия в урологии / А.И. Неймарк, Б.А.Неймарк. — 232 с.	36
ТЕРАПИЯ, СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА		
T01102	2668 клинических симптомов и синдромов (4-е изд., перераб. и доп.) / И.Р. Лазовскис. — 296 с.	100,00
T01193	The Merck Manual. Руководство по медицине. Диагностика и лечение: руководство / Под ред. М.Х. Бирса. — 3744 с.	1760,00
T01113	Алгоритмы диагностики / С.С.Вялов. — 128 с.	50,00
T01229	Алкоголизм, табакокурение, игромания, панические атаки — ушная иглотерапия и психотерапия / Я.С.Песиков. — 260 с.	400,00
T01195	Алкогольные, лекарственные, генетические и метаболические заболевания: руководство / Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. — 480 с.	418,00
T01127	Антибактериальная терапия в амбулаторно-поликлинической практике: карманный справочник / Под ред. Ю.Ю. Белоусова. — 256 с.	75,00
T01128	Антибактериальная терапия в клинической практике: карманный справочник. Франк У. / Перевод с нем. Яковлев С.В. — 448 с.	125,00
T01126	Антибактериальная терапия в медицине критических состояний (2-е изд., исправ. и доп.) / В.И. Черний, А.Н. Колесников, И.В. Кузнецова и др. — 392 с.	80,00
T01103	Антиоксидантная терапия в клинической практике / Ю.Н. Шанин, В.Ю. Шанин, Е.В. Зиновьев.— 128 с.	32,00
T01013	Атеросклероз: диагностика, лечение, профилактика: руководство для врачей первичного звена здравоохранения/ Ю.И.Нестеров. — 256 с.	40,00
T01203	Атлас и основы классической иглотерапии / Я.С. Песиков. — 220 с.	300,00
T01202	Атлас и основы клинической ушной иглотерапии / Я.С. Песиков. — 352 с.	400,00
T01210	Атлас клинической медицины. Внешние признаки болезней: руководство / Томилов А.Ф. — 176 с.	520,00
T01129	Безопасность пациента: руководство. Перевод с англ. / Под ред. Е.Л. Никонова. — 184 с.	115,00
T01205	Болезнь Гоше / Лукина Е.А. — 64 с.	92,00
T01199	Боли в животе / Ивашкин В.Т. — 112 с.	176,00
T01026	Бронхит (механизмы хронизации, лечение, профилактика). — 178 с.	61,00
T01211	Введение в гепатологию: руководство / Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. — 704 с.	300,00
T01232	Ведення випадку туберкульозу: навчальний посібник для лікарів-інтернів та курсантів / С.М. Лепшина. — 255 с.	100,00
T01104	Внелабораторная диагностика и врожденные заболевания в работе врача общей практики: Учебное пособие / Под ред. Ф.Н.Гильмияновой. — 190 с.	173,00
T01017	Внутренние болезни (4-е изд.) / Под ред. С.И. Рябова.	289,00
T01175	Внутренние болезни (в таблицах и схемах): Справочник (3-е изд., перераб. и доп.) / Зборовский А.Б., Зборовская И.А.	400,00
T01087	Внутренние болезни в вопросах и задачах: учебное пособие / Л.И. Волкова, Е.Б. Букреева, Н.А. Животягина и др. — 208 с.	25,00
T01130	Внутренние болезни. 333 тестовые задачи и комментарии к ним: учебное пособие (2-е изд., перераб. и доп.) / Дворецкий Л.И., Михайлов А.А., Стрижова Н.В., Чистова В.С. — 160 с.	100,00
T01062	Внутренние болезни. В 10 томах. Книга 1. Введение в клиническую медицину. Основные синдромы. Гриф УМО / Т.Р. Харрисон. — 461 с.	304,00
T01063	Внутренние болезни. В 10 томах. Книга 5. Болезни пищеварительной системы. Болезни иммунной системы, соединительной ткани и суставов / Т.Р. Харрисон. — 491 с.	304,00
T01064	Внутренние болезни. В 10 томах. Книга 6. Эндокринные болезни и нарушения обмена веществ / Т.Р. Харрисон. — 415 с.	304,00

T01065	Внутренние болезни. В 10 томах. Книга 7. Нервные болезни. Вредные факторы окружающей среды / Т.Р. Харрисон. — 445 с.	304,00
T01154	Внутренние болезни. Клинические разборы. Том 1 (2-е изд.) / Под ред. Н.А. Мухина. — 576 с.	360,00
T01131	Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии: учебное пособие / Ананченко В.Г. и др. — 456 с.	260,00
T01132	Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учебное пособие / Абрамова А.А. и др. — 640 с.	345,00
T01040	Внутренние болезни. Система органов пищеварения / Г.Е. Ройтберг. — 560 с.	495,00
T01201	Внутренние болезни: Справочник практикующего врача / Тополянский А.В. — 816 с.	336,00
T01088	Внутренние болезни: учеб. пособие для вузов (3-е изд., перераб. и доп.) / М.В. Малишевский. — 864 с.	338,00
T01089	Внутренние болезни: учебник (5-е изд., доп. и перераб.) / Н.И. Федюкович. — 576 с.	95,00
T01055	Внутренние болезни: учебник. В 2 томах. Том 1 (2-е изд., испр. и доп.) / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. — 672 с.	429,00
T01056	Внутренние болезни: учебник. В 2 томах. Том 2 (2-е изд., испр. и доп.) (книга + CD-диск) / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. — 592 с.	429,00
T01168	Внутренняя медицина: В 3 т. — Т. 1. Учебник для мед. вузов III–IV ур. аккред. Рекомендовано МЗ / Под ред. Е.Н. Амосовой. — 1064 с.	270,00
T01169	Внутренняя медицина: В 3 т. — Т.2. Учебник для мед вузов III–IV ур. аккред. Рекомендовано МЗ / Под ред. Е.Н. Амосовой. — 1128 с.	456,00
T01119	Внутрішні хвороби / І.І. Сахарчук та ін. — 408 с.	135,00
T01074	Внутрішня медицина: Підруч. для мед. ВНЗ III-IV рів. акред. У 3 т. — Т. 2. Рекомендовано МОЗ / За ред. К.М. Амосової. — 1088 с.	392,00
T01075	Внутрішня медицина: Підруч. для мед. ВНЗ III-IV рів. акред. Допущено МОЗ / Н.М. Середюк. — 1104 с.	400,00
T01076	Внутрішня медицина: Підруч. для мед. ВНЗ III-IV рів. акред. У 3 т. — Т. 1. Рекомендовано МОЗ / За ред. К.М. Амосової. — 1056 с.	250,00
T01117	Внутрішня медицина: Терапія: Підруч. для мед. ВНЗ. — 3-тє вид., стер. Допущено МОЗ / Н.М. Середюк, І.П. Вакалюк. — 688 с.	192,00
T01084	Воспаление. Мобилизация клеток и клинические эффекты / С.М. Белоцкий, Р.Р. Авталион. — 240 с.	88,00
T01014	Восстановительная медицина: учеб.пособие/ под ред. В.Г.Лейзерман, О.В.Бугровой, С.И.Красикова. — 416 с.	68,00
T01194	Восстановительная медицина: учебник / Епифанов В.А. — 304 с.	248,00
T01133	Госпитальная терапия. Курс лекций: учебное пособие / Люсов В.А., Байкова О.А., Евсиков Е.М. и др. — 480 с.	340,00
T01030	Депрессии в общей медицине / А.Б. Смулевич. — 256 с.	111,00
T01080	Депрессии и неврозы в общемедицинской практике. Клиника. Диагностика. Лечение. Клинические случаи. / М.Б. Никишова. — 136 с.	62,00
T01022	Депрессия в терапевтической клинике (патопсихологические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические аспекты): руководство для врачей / С.Л. Соловьева, Ю.П. Успенский, Е.В. Балухова. — 206 с.	129,00
T01170	Диагноз по внешним признакам. Атлас-справочник по клинической и дифференциальной диагностике / Франк В.Тишендорф. — 320 с.	297,00
T01137	Диагностика болезней внутренних органов: Т.1. Диагностика болезней органов пищеварения / А.Н. Окорочков. — 552 с.	104,00
T01136	Диагностика болезней внутренних органов: Т.10. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. Окорочков. — 370 с.	104,00
T01138	Диагностика болезней внутренних органов: Т.2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний / А.Н. Окорочков. — 568 с.	104,00
T01139	Диагностика болезней внутренних органов: Т.3. Диагностика болезней органов дыхания / А.Н. Окорочков. — 454 с.	104,00

T01140	Диагностика болезней внутренних органов: Т.4. Диагностика болезней системы крови / А.Н. Окорочков. — 504 с.	104,00
T01141	Диагностика болезней внутренних органов: Т.5. Диагностика болезней системы крови. Диагностика болезней почек / А.Н. Окорочков. — 498 с.	104,00
T01142	Диагностика болезней внутренних органов: Т.6. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. Окорочков. — 456 с.	104,00
T01143	Диагностика болезней внутренних органов: Т.7. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. Окорочков. — 404 с.	104,00
T01144	Диагностика болезней внутренних органов: Т.8. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. Окорочков. — 418 с.	104,00
T01145	Диагностика болезней внутренних органов: Т.9. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. Окорочков. — 416 с.	104,00
T01231	Дислипидемии, атеросклероз и их связь с ишемической болезнью сердца и мозга / Б.М.Липовецкий. — 80 с.	61,00
T01050	Дифференциальная диагностика при болях в грудной клетке / Н.А. Черкасова. — 48 с.	41,00
T01223	Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Алгоритмический подход / Хили П. — 280 с.	110,00
T01166	Діуретики: класифікація, фармакодинаміка та фармакокінетика, тактика застосування (навчальний посібник) / В.О. Бобров, І.В. Давидова. — 100 с.	30,00
T01077	Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: Навч. посіб. для мед. ВНЗ I–III рів. / Л.С. Савка, Л.І. Разінкова. — 480 с.	120,00
T01178	Догляд за хворими: Практика: Підручник для мед. ВНЗ IV рів. акред. Затверджено МОН і МОЗ / Ковальова О.М. та ін. — 456 с.	192,00
T01208	Желчнокаменная болезнь: терапевтические аспекты / М.Б.Щербинина. — 224 с.	60,00
T01085	Заболевания внутренних органов в амбулаторной практике (2-е изд., перераб. и допол.) / Под ред. В.Г. Радченко. — 440 с.	94,00
T01190	Загальна практика - сімейна медицина / Общая практика - семейная медицина / За ред. О.В.Синяченка. — 672 с.	200,00
T01179	Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: Підручник для мед. ВНЗ I–III рів. акред. — 4-те вид. Затверджено МОЗ / За ред. В.І. Литвиненка. — 424 с.	120,00
T01216	Збірник тестів з професійних хвороб (білий) / Ткачишин В.С.	26,00
T01215	Збірник тестів з професійних хвороб (жовтий) / Ткачишин В.С.	30,00
T01060	Избранные лекции по внутренним болезням / Н.А. Мухин. — 240 с.	117,00
T01027	Избранные лекции по семейной медицине. — 736 с.	240,00
T01228	Интенсивное лечение взрослых пациентов / З.Рыбницкий. — 644 с.	290,00
T01010	Инфекции и антибиотики / Березняков И.Г. — 448 с.	50,00
T01105	Инфекции, передающиеся половым путем, в общей врачебной практике / О.Ю. Кузнецова. — 126 с.	36,00
T01134	Инфузионно-трансфузионная терапия: руководство / Рагимов А.А., Щербакова Г.Н. — 240 с.	135,00
T01031	История болезни в терапевтическом стационаре. Методические рекомендации. Гриф УМО / Г.Н. Голухов. — 64 с.	34,00
T01217	История болезни терапевтического больного / Ослопов В.Н. — 112 с.	83,00
T01008	Класифікації внутрішніх хвороб. Діагностичні заходи та алгоритми лікування. Частина I: Кардіологія. Ревматологія (Видання 2-ге) / За ред. В.З. Нетяженка. — 408 с.	65,00
T01213	Классификация болезней. Симптомы и лечение: учебное пособие по английскому языку / Берзегова Л.Ю. — 320 с.	173,00
T01230	Клинико-лабораторная диагностика заболеваний печени / Камышников В.С. — 96 с.	45,00
T01172	Клинический диагноз: учебное пособие / Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. — 224 с.	198,00
T01176	Клиническое исследование ЭЛИЗА / Радченко А.Д., Михеева К.В., Сиренко Ю.Н. и др. — 64 с.	40,00
T01171	Клиническое обследование и оформление истории болезни / Немцов Л.М. — 192 с.	74,00

Весь ассортимент магазина медицинской книги БУКВАМЕД
на сайте: <http://bookvamed.com.ua>

ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

Мы планируем дальнейшее освещение разносторонней информации на страницах журнала «Почки» при вашем непосредственном участии. Чтобы журнал был более полезным, профессиональным, интересным и касался различных вопросов кардиологии и смежных дисциплин, просим заполнить предлагаемую анкету и отправить в редакцию по адресу: 83030, г. Донецк, а/я 1347, редакция журнала «Почки». Тел./факс: +380(62)338-21-11. E-mail: medredactor@bk.ru. Постараемся учесть все ваши предложения, замечания и пожелания.

ПОЧКИ
НИРКИ

№ 3 (5), 2012

АНКЕТА ЧИТАТЕЛЯ

1. Ф.И.О. _____

Место работы _____

должность _____

квалификационная категория _____ стаж работы _____

ученая степень _____

2. Укажите номера страниц (или названия материалов), заинтересовавших Вас в этом номере _____

3. Укажите номера страниц (или названия материалов), не интересных, по Вашему мнению _____

4. Ваша оценка этого номера по пятибалльной шкале
(1 — совсем не понравилось, а 5 — очень понравилось)

1

2

3

4

5

5. О чем бы Вам хотелось прочитать в следующих номерах, какие новые рубрики Вы хотели бы видеть?



Включен в наукометрические базы данных Science Index и Google Scholar

p-ISSN 2307-1257
e-ISSN 2307-1265

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПОЧКИ

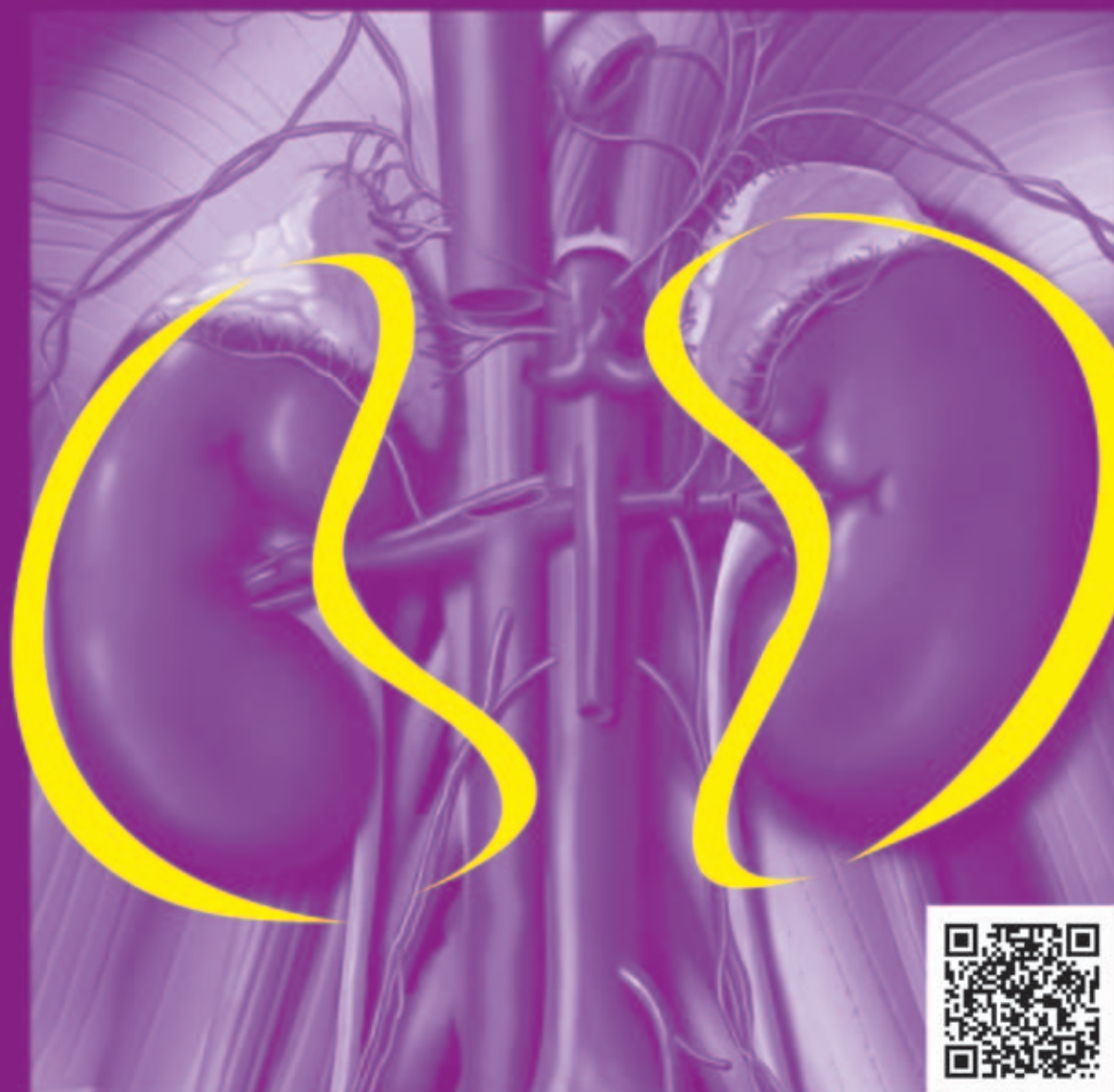


НИРКИ

www.mif-ua.com

*Правильно
лечиться — модно!*

3(5) 2013



3(5)·2013

ПОЧКИ. НИРКИ

Flavia®

PRO PHARMA

Довершена швейцарська формула
— природне позбавлення від конкрементів



Ефективне патогенетичне лікування сечокам'яної хвороби (СКХ)



Золотий стандарт метафілактики СКХ



Висока ефективність при різних формах СКХ



Високий профіль безпеки



Флавія. Склад. • Pinus oil (соснова олія) 75,0 мг; • Ammi visnaga (екстракт амі зубної) 60,0 мг; • Menta piperita oil (олія м'яти перцевої) 37,5 мг; • Juniperus oil (олія ягід ялівцю) 7,5 мг; • Herba Leonuris cardiaca (екстракт трави кропиви собачої звичайної) 6,0 мг; • Chamomillae flores (екстракт квітів ромашки лікарської) 2,0 мг. **Властивості.** • Сприяє розчиненню та відходженню ниркових каменів, а також вимиванню дрібних конкрементів із ниркових мисок і сечоводів. • Сприяє усуненню ниркової коліки. • Запобігає утворенню сечового піску та ниркових каменів. • Сприяє усуненню дизуричних явищ при гострих та хронічних інфекціях сечовивідних шляхів. FLAVIA® чинить спазмолітичну, анальгетичну, протизапальну, антисептичну та діуретичну дію.

Рекомендації до застосування. • Комплексна терапія різних форм сечокам'яної хвороби (значно полегшує стан пацієнтів у випадках, коли хірургічне втручання неможливе). • Активна профілактика нефролітіазу, зокрема, при сечокам'яному діатезі. • Ускладнення, що виникли внаслідок проходження фрагментів каменів, у т.ч. після ударно-хвильової літотрипсії. • Нормалізація фізико-хімічних показників сечі й уродинаміки при регуляції мінерального обміну. • Із профілактичною метою пацієнтам із групи ризику при захворюваннях кишечника.

Спосіб застосування та доза. Дорослим по 1 капсулі 2 рази на добу незалежно від прийому їжі. При необхідності добову дозу можна збільшити до 3 капсул. Курс визначає лікар індивідуально. Перед прийомом рекомендується проконсультуватися з лікарем. **Побічна дія.** Не виявлена.

Протипоказання. Вагітність та період лактації, діарея, індивідуальна непереносимість компонентів. **Виробник.** Swiss Caps AG, Husen str., 35, CH-9533, Kirchberg, Swetzerland. Tel. +41 (0) 71-932-62-62.

Ексклюзивний представник в Україні. ТОВ «Універсальне агентство «ПРО-ФАРМА», Україна, м. Київ, вул. Котельникова, 1, оф. 97. Висновок державної санітарно-епідемічної експертизи № 05.03.02-03/66085 від 04.07.2012.

Інформація про лікарський засіб.

Інформація для використання у професійній діяльності медичними і фармацевтичними працівниками.

Кетостерил®

Кетоаналоги незаменимых аминокислот

Незаменимое превращение



- ① Уменьшение симптомов уремии
- ② Сохранение и коррекция нутритивного статуса
- ③ Уменьшение степени метаболических нарушений при ХПН
- ④ Замедление прогрессирования ХПН
- ⑤ Поддержание нормального роста и развития детей с ХПН

Показания. Профилактика и лечение нарушений, вызванных изменением белкового метаболизма, дефицитом белка при хронической почечной недостаточности.

Способ применения. Для приема внутрь. Если не предписано иначе, по 4-8 таблеток 3 раза в день во время еды. Проглатывают, не разжевывая. Эта доза рассчитана на взрослого (вес тела 70 кг) (- 1 табл./5 кг веса в сутки или 0,1 г/кг/сут), в сочетании с ограничением белка в диете до 40 г в день (для взрослых) и менее.

Побочное действие. В отдельных случаях может развиваться гиперкальциемия. При этом рекомендуется снизить прием витамина D. Если гиперкальциемия сохраняется, следует уменьшить дозу Кетостерила, а также других источников кальция.

Меры предосторожности. Недостаточно опыта применения при беременности. Кетостерил следует принимать во время еды для его лучшего всасывания и превращения в соответствующие аминокислоты. Необходимо регулярно следить за уровнем кальция в сыворотке крови. Требуется обеспечить достаточную калорийность пищи - 30-35 ккал/кг/сут.

Противопоказания: гиперкальциемия; нарушение обмена аминокислот; повышенная чувствительность к компонентам препарата. При наследственной фенилкетонурии следует учитывать, что препарат содержит фенилаланин.

Форма выпуска. Одна упаковка содержит 100 покрытых оболочкой таблеток.

Информация о лекарственном средстве.

Информация консультативного содержания для размещения в специализированных изданиях, предназначенных для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на специализированных семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

Материал предназначен исключительно для специалистов сферы здравоохранения. С полной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции для медицинского применения.

HOSPICO LLC

Официальный представитель

«Фрезениус Каби» в Украине:

02660, г. Киев, ул. Вискозная, 17,

корпус 93а, офис 23



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

ГОЛОВНА ПОДІЯ РОКУ ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

IMF V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

5 років

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

15–17 квітня 2014 року

КИЇВ ЕКСПО ПЛАЗА ufi
Київ, вул. Салютна, 26 (ст. метро «Нивки»)

За підтримки:

- Кабінету Міністрів України
- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Міністерства охорони здоров'я України
- Міністерства охорони здоров'я АР Крим
- Державної служби України з лікарських засобів

Партнери:



Організатори:

Національна академія медичних наук України



Співорганізатори:



Генеральний партнер:

ТОВ ІННОВА Leading Innovation 3D

Офіційний партнер:

Mercedes-Benz

Соціальний партнер:

Російська Федерація

- MEDRadiology
- MEDLab
- MEDTech
- MEDSolutions
- MEDRehab&Physio
- MEDCleanTech
- MEDInnovation
- MEDDent
- MEDEsthetics



MEDICA EXPO – МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- Увесь спектр обладнання, техніки, інструментарію для медицини
- Всесвітньо відомі бренди
- Інновації та технології
- Нові торгові марки
- Міжнародна участь

PHARMA EXPO – МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА



III МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»

- НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ
- ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ
- ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ
- УКРАЇНСЬКІ ТА ЗАРУБІЖНІ ДОПОВІДАЧІ-ЕКСПЕРТИ ГАЛУЗИ
- ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ
- ПЕРЕДБАЧЕНА ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

Генеральний стратегічний партнер:



Генеральний інформаційний партнер: УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Генеральний інтернет-партнер: ZMIIV-NPI

Офіційні інформаційні партнери: Здоров'я України



НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ ЧАСОПИС



Кур'єр

СТАНЬ ЧАСТИНОЮ МАСШТАБНОЇ МІЖНАРОДНОЇ ПОДІЇ!

З питань участі у Форумі:
З питань участі у Конгресі:

+380 (44) 526-93-09
+380 (44) 526-92-89

med@lmt.kiev.ua
marketing@lmt.kiev.ua

www.medforum.in.ua