

ФАРМАЦЕВТ[®]

ПРАКТИК

09 [172] 2018
ISSN 2409-2584

КАРТИ ХВОРОБ —
ФАРМАЦЕВТИКА
IN SILICO **18**

Десять головних
помилко підприємців
4

Дивовижні
можливості аптамерів
14

Gaudeamus igitur,
Vivat Pharmacia!
28

Правильна
асортиментна
політика — запорука
успіху
38

WWW.FP.COM.UA

Зміст

#09'2018



REVIEW

актуальна тема

- ГРВІ: чи все так просто? **1**
- Десять главных ошибок начинающих предпринимателей. Часть 1 **4**
- Мігрень, мистецтво та майстерність **6**

НАУКА

лекторій

- Биомиметические материалы **8**
- Хто знає — той перемагає **11**
- Саботаж, камуфляж, мінливість: стратегії виживання вірусів **12**
- Удивительные возможности аптамеров **14**
- Школа швидкого лікування нежитю **17**

- Карты болезней — фармацевтика *in silico* **18**
- Магнікор — ефективна профілактика серцево-судинних катастроф **20**

профілактика і лікування

- Синдром хронічної втоми **22**
- alma mater**
- Gaudeamus igitur, Vivat Pharmacia! **28**

ПРАКТИКА

школа фармацевта

- Наука оголошує війну алопеції! **30**
- В зоне особого внимания: гиподинамия **32**
- Поваренная соль: все хорошо в меру! **34**

тренінг

- Правильная ассортиментная политика — залог успеха аптеки **38**

ex tempore

- Приготовление эмульсионных линиментов: спирт Микулича **42**
- Активатор імунітету **44**
- обмін досвідом**
- Наш генетичний код — фармація! **46**
- Репутація конвертується в довіру **48**

ЖИТТЯ

психологічний практикум

- Любовная зависимость: пути избавления **50**

цей дивовижний світ

- Зачем пахнут растения? **54**
- Малоизвестные стороны гриба-дождевика **56**

краса і здоров'я

- Пищевые красители: в поисках компромиссов **58**
- Опасные продукты **60**
- Гороскоп на октябрь **61**
- Школа, уроки ... сколиоз **62**
- Олег Панюта: «Здоровый образ жизни — это то, что доставляет нам удовольствие!» **63**

Український фармацевтичний вісник
ФАРМАЦЕВТ ПРАКТИК
 Спеціалізоване наукове видання для інформування спеціалістів медицини про наслідки розвитку науки, освіти, фармації та регулювання лікарських засобів.
 Виходить із січня 2003 року.
 Виходить 7 раз на місяць.
 09(172)2018

Головний редактор
 Наталія Михайлівська,
 e-mail: mail@pharmpr.com.ua

Науковий редактор

Випусковий редактор
 Наталія Саво

Модичний редактор
 Михайло Арістов

Редагування та коректура
 Ірина Зялоус,
 Ганна Юрченко

Арт-директор
 Руслана Лутова

Дизайн і верстка
 Юрій Мислюць,
 Руслана Лутова,

ГК «Професійні медіа»
 Олександр Лабирець,
 Ірина Дмитрієва
 тел.: (044) 498 06 72,
 e-mail: info@profmed.com.ua

Начальник відділу дизайну та верстки
 Юрій Мислюць

Начальник виробничого відділу
 Олександр Співанко

Адреса видавництва
 03680, Київ, вул. Кривошанського, 4.
 Бізнес-центр «Наука».

Свідоцтво про реєстрацію
 КВ № 22822-12/22Р від 11.08.2017

Формат журналу 60x84/8. Ум. друк. арк. 15

Кольороподіл і друк
 ТОВ «ЦЕНТРДРУК»
 м. Київ

Підписано до друку 03.09.2018 р.
 Замовлення № 709

Роздається на запити поділев думки авторів публікацій. Матеріали друкуються мовою оригіналу (українською, російською). Роздається завжди за собою право роздавати перодрин

Синдром хронічної втоми

Вперше синдром хронічної втоми назвали самостійним захворюванням у 1988 р. у США. Такий висновок у 1984 р. в Американському центрі з контролю захворювань зробили після різкого зростання скарг жителів штату Невада на постійну втому. Ці скарги супроводжувалися соматичними і психологічними симптомами, що не мали видимих причин. Як з'ясувалося, схожі спалахи спостерігалися у світі і раніше: у 1934 р. в Лос-Анджелесі, у 1948 р. — в Ісландії, у 1955 р. — в Лондоні, в 1956 р. — у Флориді



Олександр Волошин

Основна відмінність хронічної втоми від звичайної перевтоми полягає у тому, що вона не минає після відпочинку, міцного сну і зменшення фізичного навантаження на організм.

— Синдром хронічної втоми (СХВ), — пояснює Олександр Волошин, заслужений лікар України, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету, академік АНВШ України, голова Буковинського осередку інтерністів України, — це гетерогенний

симптомокомплекс маловідомої етіології, головною ознакою якого є постійна виражена втома, що знижує фізичну активність більше ніж на 50% упродовж не менше 6 міс та не зникає після відпочинку (перший головний критерій) при виключенні інших захворювань, які можуть супроводжуватись подібними симптомами (другий головний критерій) [7].

РОЗМАЙТТЯ ПРИЧИН ТА ПРОЯВІВ

Додатковими критеріями діагностики СХВ вважають м'язову слабкість, міалгії, артралгії, дифузний головний біль, погіршення пам'яті, зниження здатності до концентрації уваги, лабільність настрою, депресії, астенизацію, біль у горлі, помірну лихоманку, незначне збільшення і болючість лімфатичних вузлів [6, 7].

За даними Американського центру контролю здоров'я, діагноз СХВ вважають доведеним за наявності двох головних і чотирьох додаткових критеріїв [7].

Частота самостійного клінічного прояву СХВ, що виявляють у дорослих, які вперше звернулись до лікарів загальної практики, становить від 0,1 до 3% [1, 2, 6]. Цей стан виникає переважно

у віці 30–40 років, здебільшого в жінок. Серед підлітків і дітей СХВ зустрічається рідше, але лікується важче і частіше має схильність до рецидивів.

Донині чітко визначеної причини СХВ не встановлено. Спричинити чи посилювати прояви СХВ можуть циклічні і ациклічні інфекції (важкі форми грипу, вірусні пневмонії, цитомегаловірус, віруси герпесу групи В, Епштейна — Барр, гепатиту С, ентеровіруси), деякі ТОРЧ-інфекції [5–7]. Меншу роль відіграють спадкова схильність, ендокринопатії (пригнічення функції гіпоталамуса, надниркових, щитоподібної залози), хронічні отруєння відомими і невідомими речовинами, несприятливі чинники довкілля.

Зумовлювати виникнення СХВ чи погіршувати його перебіг можуть інтенсивна багаторічна праця без адекватних періодів відновлення, різного походження дистреси, неповноцінне та нерегулярне харчування, хронічна перестимуляція тонізуючими засобами [1, 2, 4]. У більшості випадків має місце різнопланове поєднання численних ендогенних і екзогенних зазначених чинників, але у лікувальному аспекті важливим є виявлення домінуючих серед них.

У низці робіт щодо патофізіологічних аспектів СХВ, підсумованих у деяких оглядах, наведені докази ролі нейроендокринних, імунних, окисно-відновних порушень, системного низькоінтенсивного запалення тощо, які є загальнопатологічними неспецифічними явищами при інших численних захворюваннях [1, 2, 6]. Сумнівною вважається роль хронічних вірусних інфекцій; вбачають, що вони є скоріше три-

герами або чинниками, що зумовлюють торглідний перебіг СХВ.

Клінічно в 20% випадків початок СХВ може нагадувати ГРВІ або починатися після нього, поступово набуваючи різних клінічних проявів згідно з вищезазначеними критеріями. Але у більшості випадків СХВ формується поволі, малопомітно прогресуючи, а пацієнти не завжди можуть вказати ймовірну причину недуги. За такого розмаїття причин та клінічних проявів перебігу СХВ не є дивним, що донині немає узгодженого визначення СХВ, надійних критеріїв його діагностики та відсутність шифру в МКХ-10.

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ

За словами професора Волошина, на сьогодні диференційно-діагностичний алгоритм СХВ має такий вигляд:

Перший етап: оцінка скарг, даних анамнезу і результатів об'єктивного обстеження (виявлення двох основних і 4–8 додаткових критеріїв).

Другий етап: оцінка результатів загального аналізу крові, імунотриграми, рівня С-реактивного білка, даних ЕКГ, рентгенографії органів грудної клітки, тридобової термометрії через 3–4 год.

Третій етап: виключення (чи уточнення) латентних та вогнищевих джерел інфекції, імунотриграми захворювань (ревматичні, великі колагенози, наявність антитіл до вірусу гепатиту С, цитомегаловірусу, Епштейна — Барр та інших герпес-вірусів, ВІЛ, ТОРЧ-інфекцій, бруцельозу, токсоплазмозу), ендокринної патології (особливо щитоподібної залози), онкогематологічних процесів, наркоманії. За потреби залучають консультантів: інфекціоніста, ЛОР-спеціаліста, ендокринолога, імунолога, онкогематолога, уролога, гінеколога, невропатолога, кардіоревматолога, стоматолога. Саме на цьому етапі виникає найбільше дискусійних питань щодо диференційної діагностики, скільки чи не половина спеціалістів можуть виявити профільну патологію з найчастішими нозологіями (хронічний субкомпенсований тонзиліт, НЦД, ВСД, фіброміалгія, ТОРЧ-

інфекції, субклінічний гіпотиреоз, анемія різного походження тощо). Наявність чітко доведеної маніфестної патології за одним із профілів дає підстави однозначно трактувати діагноз СХВ як особливий прояв, додаток до основної хвороби та проводити лікування останньої за встановленими протоколами, але з додатковим урахуванням явищ СХВ і засобів його корекції згідно з виявленими патофізіологічними порушеннями на другому етапі діагностики.

Четвертий етап: встановлення робочого клінічного діагнозу СХВ (у разі сумнівних даних щодо ймовірної патології, досліджуваної на третьому етапі), орієнтовне патогенетичне лікування або терапія ex juvantibus та динамічний клініко-лабораторно-біохімічний моніторинг, оцінка результатів лікувально-профілактичних заходів [2, 6, 7].

Із усіх донині випробуваних лікувально-профілактичних підходів найбільш визнаними, хоча й недостатньо ефективними, є: нефармакологічні (дозовані фізичні навантаження, заняття аеробікою, водні процедури, психотерапія), фармакологічні (активатори метаболічних процесів, імуномодулятори, антиоксиданти, нестероїдні протизапальні препарати, інгібітори моноаміноксидази, антихолінергічні, заспокійливі препарати) та засоби альтернативної і комплементарної медицини (мультивітаміни, різні БАД, гомеопатичні і аплі- та фітотерапевтичні препарати, масаж) [3–5].

Загальним висновком наукових досліджень з проблеми СХВ у клініко-патофізіологічному аспекті є зниження у таких хворих працездатності, життєвого і судинного тону, погіршення метаболічних, імунологічних процесів, ноотропної, когнітивної функції та, враховуючи переважання жінок серед цього контингенту, гіпотетичне вторинне зниження рівня естрогенів.

З огляду на вищевикладене, можна відзначити, що проблема діагностики і лікування хворих із СХВ знаходиться в міждисциплінарному полі. Вона є не тільки дискусійною, але й складнішою щодо в'язного комплексного багатопланового обстеження та в наявності

відповідних лабораторій і консультантів. Враховуючи, що лікарі первинної ланки медико-санітарної допомоги найчастіше зустрічаються з такими хворими та стикатимуться із вищезазначеними труднощами діагностичного і лікувально-профілактичного плану, неважко припустити, що діагноз СХВ будуть рідко встановлювати, тим більше за відсутності його шифру в МКХ-10.

Загальним висновком наукових досліджень з проблеми СХВ у клініко-патофізіологічному аспекті є зниження у таких хворих працездатності

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

— Наша мета — привернути увагу медичної спільноти

до цієї складної медичної проблеми як в контексті діагностики, так і лікувально-профілактичної тактики, — наголошує Олександр Волошин.

Матеріалом дослідження слугували доступні джерела літератури з цієї проблеми та власний 15-річний досвід покращання лікувально-профілактичних заходів при СХВ. Застосовували доступні в лікувально-профілактичних установах лабораторні, біохімічні, імунологічні, інструментальні методи, здійснювали їхню статистичну обробку, проводили різної тривалості клініко-лабораторний моніторинг та оцінювали ефективність запропонованих лікувальних комплексів.

До нас щорічно звертаються 12–20 осіб віком 20–40 років з клінічно домінуючим СХВ. Усі пацієнти переважно жіночої статі, мешканці як сіл, так і міст, з різними видами інтелектуальних, психо-емоційних та фізичних навантажень. Діагноз СХВ встановлювали від-





імунологічного дослідження визначали перший, але частіше другий рівень імунодефіциту за А.М. Земсковим і співаєт.

Загальна тривалість явищ СХВ в обстежених коливалася в межах 1–3 років. За цей період через різні обставини хворі неодноразово і малоуспішно лікувалися у різних спеціалістів.

Враховуючи полігенний характер СХВ, відсутність донині усталених схем лікування, особливості перебігу цього патологічного стану (торпідність, схильність до рецидивів) у реабілітаційному лікуванні таких хворих, ми обов'язково враховували та корегували стиль їхнього життя і харчування (підвищена фізична активність, природні чинники, вітамінізована їжа з підвищеним вмістом L-аргініну та кверцетину), тривалість фонові антиоксидантної терапії

з короткотривалими курсами фітоадаптогенів (препарати родіоли рожевої, елеутерокока, лимонника китайського) разом з фітоантибіотичними засобами (хлорофіліт чи умкалор). У подальшому застосовували фітоімуномодулятори (препарати ехінацеї, дев'ясила високого, пилку бджолиного, перги) та рослинні заспокійливі засоби (препарати валеріани, меліси, звіробоя, материнки). За потреби проводили дегельмінтизацію (токсокароз), призначали нестероїдні протизапальні засоби (міалгії, цефалгії, субфебрилітет).

Більш тяжкі прояви та торпідний перебіг СХВ, гірші результати лікування опостерігали при ендокринопатіях, явищах вторинного імунодефіциту окладного генезу

повідно до критеріїв Американського центру контролю здоров'я [7].

Основні труднощі встановлення і проведення диференційного діагнозу СХВ стосувалися визначення за другим головним критерієм Американського центру здоров'я: диференційна діагностика. Як правило, окрім першого головного критерію, прийнятого в цьому Центрі, в кожного хворого визначали 4–8 додаткових критеріїв. Але за даними поглибленого клініко-лабораторного, імунологічного та інструментального методів обстежень виявляли один – три джерела хронічної інфекції різної локалізації (ЛОР-органи, трахеобронхіальне дерево, сечостатева, травна системи, стоматологічні джерела), ендокринну дисфункцію (полікістоз яєчників, аутоімунний тиреоїдит), вторинні імунодефіцитні стани ендокрино- та екзогенного походження, різні варіанти серцево-судинної дисрегуляції за типом НЦД, субфебрилітет неясної етіології, астенодепресивні явища, порушення сну тощо.

Тобто в жодному випадку повної відповідності другому критерію для встановлення цього діагнозу при домінуючих явищах СХВ за першим критерієм не було. Сукупність різних джерел інфекції та патології інших органів давали підстави трактувати прояви СХВ як сумарний наслідок, суттєве доповнення до таких коморбідних процесів.

Більш тяжкі прояви та торпідний перебіг СХВ, гірші результати лікування спостерігали при ендокринопатіях, явищах вторинного імунодефіциту складного генезу, ендогенних інтоксикаціях (тривалій, неповноцінно лікований дисбіоз кишечника, пізні стадії токсокарозу), циркадінних десинхронозах, зумовлених надмірним нічним захопленням інтернетом та іншими гаджетами (як інтернет-залежність). У доступній літературі ми не знайшли повідомлень про роль надмірного впливу сучасних інформаційних технологій та їхніх джерел, психосоціальних десинхронозів, окремих глистно-протозоїчних інвазій у виникненні СХВ.

Майже у всіх хворих біохімічно виявляли помірно підвищений рівень С-реактивного протеїну як ознаку запального процесу при незначних змінах показників периферичної крові та ШОЕ. За даними

Зазвичай тривалість такого лікування становить 1,5–2 міс за умови належного упорядкування способу життя та харчування. Застосування різних фітокомплексів у нашому дослідженні давало кращі від попередніх етапів результати без використання фітозасобів. Подальші наукові пошуки лікування цієї складної патології продовжуються.

Висновки: 1. СХВ — недостатньо вивчена у світі та мало відома широкому загалу лікарів недуга, поширеність якої внаслідок урбанізації та зростання темпів життя надалі збільшуватиметься.

2. Лікувально-профілактичні програми при СХВ є недостатніми та потребують подальшого вдосконалення.

3. Перспективними є різні фітотерапевтичні підходи із застосуванням засобів різнопланової системно-метаболічної дії (антиоксидантної, протизапальної, імуномодулювальної, адаптогенної, ноотропної, актоотропної).

Література

1. Волошин О.І., Пішак О.В., Васюк В.Л., Волошина Л.О., Окліняк І.В. Синдром хронічної втоми: діагностичні та фітотерапевтичні лікувально-профілактичні аспекти // Фітотерапія. Часопис. – 2005. – № 1. – С. 3–10.
2. Дзяк Л.А., Шульга А.Н. Синдром хронической усталости // Междунар. мед. журн. – 2002. – № 1–2. – С. 53–57.
3. Каспрук А.М. Імуномодулююча терапія синдрому хронічної втоми з метаболічним синдромом // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2013. – № 6. – С. 76–79.
4. Фролов В.М., Гарник Т.Г., Поканевич В.В., Кутько І.І., Пересадін М.О. Оптимізація підходів до медичної реабілітації хворих із синдромом хронічної втоми і підвищеної стомлюваності з використанням фітопрепаратів // Фітотерапія. Часопис. – 2007. – № 2. – С. 16–22.
5. Химич Т.Ю., Катов Т.М., Ермоленко Т.М. Применение индукторов интерферона при синдроме хронической усталости, обусловленной урогенитальной инфекцией // Экспериментальная і клінічна медицина. – 2015. – № 1. – С. 97–100.
6. Bruce M., Carruters Anil Kumar Jain, Kenny L. Chronic fatigue syndrome: A review // J. of Chronic Fatigue Syndrome. – 2003. – Vol. 11, N 1. – P. 699–702.
7. NHS Centre for Reviews and Dissemination Interactions for the management of chronic fatigues yndrome // Effective Health Care. – 2002. – Vol. 7.