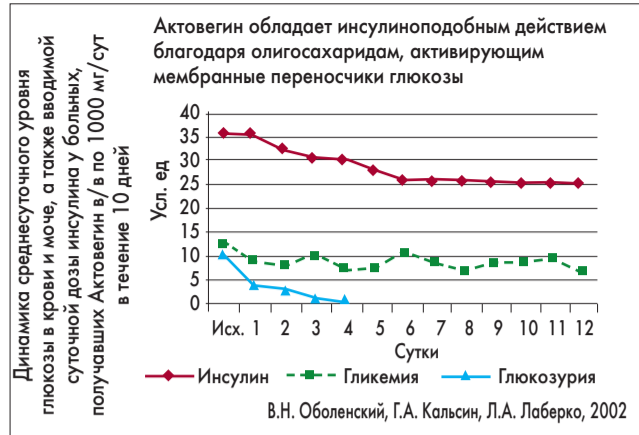
Рис. 2. Влияние Актівегіну на витрати O₂ клітками

Рис. 3. Влияние Актівегіну на транспорт глюкози в клітку

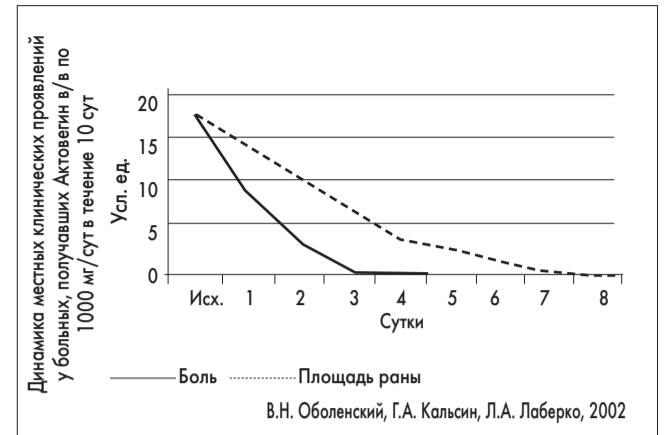


Рис. 4. Ефективність Актівегіну в ліченні діабетическої стопи

быстро достичь терапевтических концентраций действующих веществ в клетках. Мы применяем Нейробион на начальных этапах лечения ДП внутримышечно в дозе 3 мл/сут в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием (1 драже 3 р/сут на протяжении не менее 4 нед), что соответствует современным стандартам использования витаминов группы В в лечении ДП. При неэффективности данного вида терапии рекомендуется включение в схему лечения α -липоевой (тиоктовой) кислоты, наиболее значимым эффектом которой считается снижение активности процессов свободнорадикального окисления, способствующее восстановлению структуры нервного волокна. α -Липоевая кислота применяется внутривенно в дозе 600-1200 мг/сут на протяжении 2-4 нед с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1200 мг/сут в течение 2-4 мес.

Одним из новых направлений в лечении ДП является использование Актівегіну — метаболіческого препарата, содержащего физиологически активные вещества (депротеинизированный гемодериват из телячьей крови). Актівегін на молекулярном уровне способствует ускорению процессов утилизации кислорода и глюкозы и повышению энергетического метаболизма. Целесообразность использования этого препарата в лечении ДП была, в частности, обоснована в докладе D. Ziegler, прозвучавшем на одном из научных заседаний 46-го ежегодного конгресса Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD), который состоялся в г. Стокгольме

в сентябре 2010 г. В докладе были озвучены данные клинического плацебо контролируемого исследования, проведенного в 2009 г., с использованием Актівегіну в схеме лечения ДП. Целью исследования являлась оценка эффективности и безопасности Актівегіну у пациентов с СД 2 типа и ДП после 20 в/в инфузий препарата (250 мг 1 р/сут) с последующим переходом на его пероральный прием в дозе 60 мг 3 р/сут на протяжении 140 дней. Выраженность симптомов на протяжении процесса лечения оценивали с помощью шкалы общей нейропатической симптоматики (TSS) и шкалы нейропатического ухудшения (NIS). Как показали результаты исследования, применение Актівегіну способствовало более выраженному улучшению показателей по обоим шкалам по сравнению с использованием плацебо.

Выбор Актівегіну для изучения его эффектов при лечении пациентов с СД 2 типа и ДП был не случайным: в более ранних исследованиях было показано, что эффективность этого препарата намного превышает таковую плацебо в отношении положительного влияния на болевую чувствительность, скорость нервной проводимости, длительность прогулочной дистанции и самочувствие в целом. Интересными являются и данные, полученные российскими исследователями, согласно которым лечение Актівегіну способствует увеличению насыщения тканей кислородом (А.Л. Верткин и соавт., 2006) (рис. 2).

Влияние Актівегіну на транспорт глюкозы в клетку и его инсулиноподобное действие были подтверждены в исследовании, проведенном В.Н. Оболенским и соавт. (2002) (рис. 3); в этом же исследовании была продемонстрирована эффективность препарата в лечении диабетической стопы (рис. 4). Как указывают авторы исследования, такое лечение необходимо проводить непрерывно либо курсами (3-4 раза в год) в зависимости от динамики процесса; при наличии язвенного процесса целесообразно использование форм Актівегіну для наружного применения (мази, геля).

Применение Актівегіну не следует рассматривать в качестве альтернативы назначению α -липоевой кислоты ввиду разных патогенетических точек приложения этих препаратов. Однако возможность, связанная с применением Актівегіну, свидетельствуют о перспективах и важности этого направления в лечении ДП. Активная профилактика ДП у пациентов с СД 2 типа, а также своевременное комплексное лечение ее клинических проявлений, включающее терапию витаминами группы В, α -липоевой кислотой и Актівегіном, будет способствовать не только улучшению самочувствия и повышению качества жизни пациентов с СД, но также предотвращению развития тяжелых инвалидизирующих осложнений и улучшению прогноза.

Подготовила Наталья Очеретяная

3

Как защитить «второе сердце» мужчины?

По материалам пресс-ланча, 12 мая, г. Киев

«Второе сердце мужчины» — так полушутя-полусерьезно называют врачи предстательную железу. К сожалению, в большинстве случаев остается тайной за семью печатями. В настоящее время на смену устоявшемуся термину «аденома простаты» пришло определение «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» (ДГПЖ), а акценты в лечении сместились с позиций оперативного вмешательства в пользу консервативной терапии.

Повысить информированность населения о проблеме был призван проведенный 12 мая в г. Киеве при поддержке компании «Берлин-Хеми» пресс-ланч «Аденома простаты: критическая ситуация в Украине набирает обороты» с участием представителей средств массовой информации, авторитетных украинских экспертов в области урологии — заведующего отделением неспецифических воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей с группой урогуберкулеза ГУ «Институт урологии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора кафедры урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергея Петровича Пасечникова и старшего научного сотрудника отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора кафедры урологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Юрия Николаевича Гурженко, а также представителей фармацевтического бизнеса — главы представительства «Берлин-Хеми» Олега Витальевича Ищенко и директора по маркетингу компании Сергея Анатольевича Орлика.

С.П. Пасечников подчеркнул, что высокая актуальность проблемы ДГПЖ для Украины обусловлена как демографической ситуацией (наряду с уменьшением общего количества населения наблюдается увеличение числа мужчин старше 60 лет, что сопряжено с увеличением распространенности ДГПЖ), отсутствием надлежащего диспансерного контроля (под диспансерным наблюдением находятся только 52,4% больных; в 9 областях данный показатель ниже 40%), так и недостаточной осведомленностью

широких масс о симптомах данного заболевания, низким уровнем обращаемости пациентов на его ранних стадиях. Количество пациентов трудоспособного возраста с ДГПЖ, которым было проведено оперативное вмешательство, за период с 2005 по 2009 год возросло на 5% (с 8 до 13%).

Ю.Н. Гурженко акцентировал внимание на факторах риска развития ДГПЖ — возрасте (риск развития заболевания повышается после достижения 50 лет), сопутствующих заболеваниях (метаболическом синдроме, алкогольной и табачной зависимости, ожирении и др.), генетических факторах и пр.; он также заметил, что, по словам Иммануила Канта, «мочеиспускание — единственное удовольствие, которое можно получить, не испытывая в дальнейшем угрызений совести». Состояние, когда мужчина начинает задумываться о процессе мочеиспускания, не ощущает облегчения после него и знает точное расположение мочевого пузыря, является первым тревожным симптомом и весомым поводом для визита к врачу. Кроме того, к ранним симптомам ДГПЖ относятся частые позывы к мочеиспусканию, никтурия, напряжение и боль во время мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, прерывистая и/или слабая струя мочи.

Марк Твен утверждал, что «мужчины остаются заносчивыми до тех пор, пока могут мочиться высокой дугой через забор». Профессор Ю.Н. Гурженко отметил, что в этом ироничном изречении есть определенная доля правды: снижение силы струи мочи является поводом для беспокойства и не должно трактоваться как физиологическое возрастное изменение.

Специалисты также рассмотрели аспекты лечения ДГПЖ с позиций украинских и европейских руководств. Особое внимание в рамках пресс-ланча было уделено фитотерапии. Пальму первенства в лечении ранних стадий ДГПЖ специалисты отдают использованию растительных средств на основе Serenoa repens, опыт применения которых насчитывает не одно столетие. Доказано, что на территориях произрастания Serenoa repens (Северная Америка) уровень заболеваемости ДГПЖ существенно ниже по сравнению с таковым в мировой популяции.

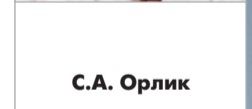
В многочисленных исследованиях доказано, что препарат Простамол Уно («Берлин-Хеми») на основе плодов Serenoa repens ингибирует рост ткани предстательной железы путем блокады 5 α -редуктазы и ароматазы, оказывает прямое расслабляющее действие на гладкую мускулатуру, противовоспалительное действие и устраняет отек за счет блокирования циклооксигеназы и 5-липоксигеназы, воздействует на простатические факторы роста.

Участники пресс-ланча обсудили и проблему засилья украинского фармацевтического рынка продуктами сомнительного качества и эффективности, не имеющими доказательной базы. Основная опасность для здоровья пациента заключается в недобросовестной конкуренции производителей рекламируемых на телевизионном экране «чудо-лекарств» на основе неизвестных субстанций.

Решительным шагом экспертов стран Европейского Союза представляется планируемое изъятие с фармацевтических рынков растительных средств с недоказанной эффективностью



С.П. Пасечников



С.А. Орлик



Ю.Н. Гурженко



и безопасностью, не соответствующих предъявляемым требованиям относительно качества сырья, условий производства или имеющихся проблемы с регистрацией, в результате чего доступными останутся только зарегистрированные препараты с обширной доказательной базой.

Сегодня решение вопроса приобретения лекарственного средства и времени начала терапии ДГПЖ в Украине остается в руках самого пациента. Довериться рекламным уловкам или традиционной медицине? Вовремя обратиться за помощью к специалисту или продолжать кухонные беседы из разряда «между нами, мальчиками», неизбежно приближая тем самым свою «сексуальную смерть»? Своевременно начать лечение или собственной бездеятельностью ускорить путь к диагнозу рака предстательной железы?

Примите мужское решение уже сегодня.

Подготовила Ольга Радучич

3