

Мама  
заговорить?

Бабуся  
пiде  
на качелi?



Перегляньте інтерв'ю з проф. Шіногарю

# КСАВРОН



едаравон 30 мг

## ВИБІР ТЕРАПІЇ ІНСУЛЬТУ В ПЕРШІ ГОДИНИ ВИЗНАЧИТЬ ДОЛЮ ПАЦІЄНТА



**СКЛАД:** 1 мл розчину містить 1,5 мг едаравону. **ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ:** Вільні радикали, такі як гідроксильні радикали (OH<sup>•</sup>), є одними з основних факторів судинних порушень у головному мозку, пов'язаних з ішемією; при ішемії або кроволивлі у момент відновлення прохідності через аномальне збільшення продукування зрадіонової кислоти збільшується кількість вироблених вільних радикалів. Ці вільні радикали спричиняють перекисне окислення ненасичених жирних кислот, які входять до складу ліпідів клітинних мембран, пошкоджуючи їх, що призводить до порушення функцій головного мозку. На гострій стадії ішемічного інфаркту мозку препарат демонструє захисну дію, пригнічуючи виникнення та розвиток ішемічних цереброваскулярних розладів, таких як набряк головного мозку, неврологічні симптоми, повільна загибель нейронів. **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Тяжка форма ниркової недостатності. Печерчутливості до складових препарату. **УПАКОВКА.** По 20 мл в ампулах скляних; по 2 ампули у контурній чарунковій упаковці, по 1 чарунковій упаковці у папці з картону; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 чарункові упаковки у папці з картону. Категорія відпуску. За рецептом. РП МОЗ України: UA/16780/01/01 по 21.06.2023. Інформація для професійної діяльності спеціалістів медицини і фармації. Повна інформація, в тому числі про можливі побічні ефекти, міститься в інструкції для медичного застосування. У зображенні використано фотографії акторів.

 ЮРІЯ·ФАРМ  
www.uf.ua



**Шановні читачі!**

На обкладинці на кольоровому макеті Ксаврон розміщений AR-код (AR — augmented reality — «доповнена реальність»<sup>\*</sup>). За цим посиланням до вашої уваги надається відеозапис інтерв'ю з професором Yukito Shinohara (Японія) щодо лікування пацієнтів із гострим ішемічним інсультом. Нижче наводимо інструкцію, як скористатися «Доповненою реальністю».

## Як працює «Доповнена реальність»

**Крок 1.** На смартфон або планшет завантажте додаток Metaverse AR-сканер: «Metaverse — Augmented Reality» — для Android (рис. 1), або «Metaverse — Experience Browser» для iOS (рис. 2).

**Крок 2.** Знайдіть у виданні AR-мітку. AR-мітка дуже схожа на QR-код, проте відрізняється тим, що в центрі має позначення «AR+» (рис. 3).

**Крок 3.** Запустіть на смартфоні або планшеті додаток Metaverse і відскануйте AR-мітку. Відкриється AR (рис. 4).

<sup>\*</sup> Доповнена реальність (AR) — це середовище в реальному часі, що доповнює фізичний об'єкт (у даному випадку медичний журнал) цифровими даними — відео, аудіо, анімацією тощо. AR доступна за допомогою смартфонів або планшетів.

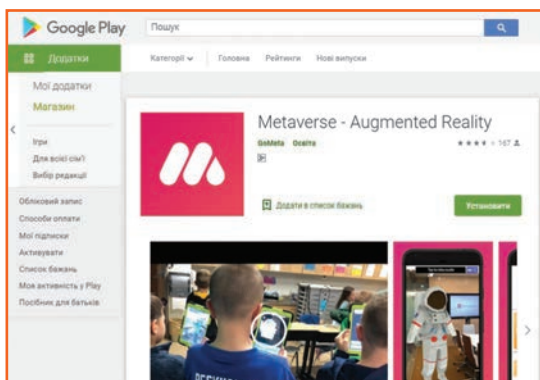


Рисунок 1

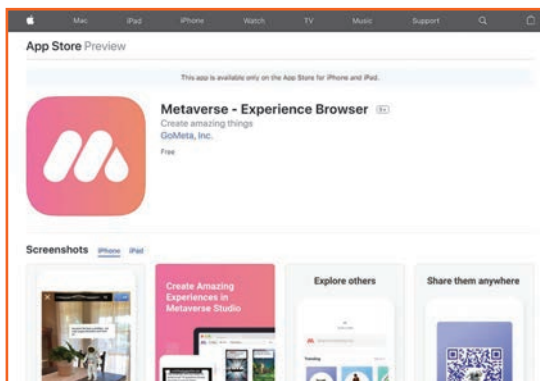


Рисунок 2



Рисунок 3

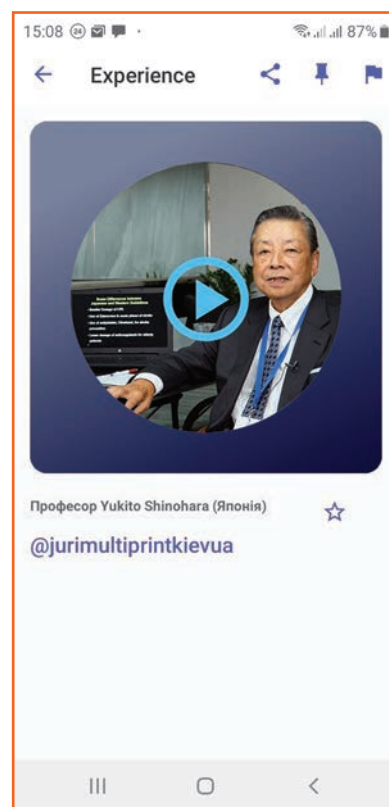


Рисунок 4

## Японський досвід лікування пацієнтів із гострим ішемічним інсультом. Гість редакції — професор Yukito Shinohara



31 жовтня — 1 листопада 2019 року в Києві відбувся щорічний науково-освітній форум «Академія інсульту», традиційно присвячений всесвітньому Дню боротьби з інсультом.

Одним із лекторів «Академії інсульту» цього року був запрошений Yukito Shinohara, заслужений професор медичної школи університету Tokai (Японія), експрезидент Японського товариства інсульту (Japan Stroke Society) та Азіатсько-Тихоокеанської організації інсульту (Asia Pacific Stroke Organization) і голова Робочої групи зі створення японських рекомендацій з інсульту 2004 і 2009 р.

Професор Yukito Shinohara погодився поспілкуватися й дати інтерв'ю для читачів «Міжнародного неврологічного журналу».

— Шановний професоре, ви вперше в Україні? Які ваші враження від нашої країни, міста Києва, людей, з якими ви встигли поспілкуватися?

— Так, це мій перший візит до України. Я був запрошений ще минулого року, та не зміг приїхати через завантажений робочий графік. Цього року я приїхав, чим дуже задоволений. Мої враження від цього візиту дуже хороші, кращі, ніж я очікував. Я перебуваю у вашій країні лише два дні, і Київ, незважаючи на шалений трафік і дороги не найкращої якості, здається

мені дуже спокійним, чистим і красивим містом. Люди дуже активні та ввічливі. Я знаю, що у вас є проблеми із сусідньою країною. Але, як на мене, Україна — дуже гарна країна.

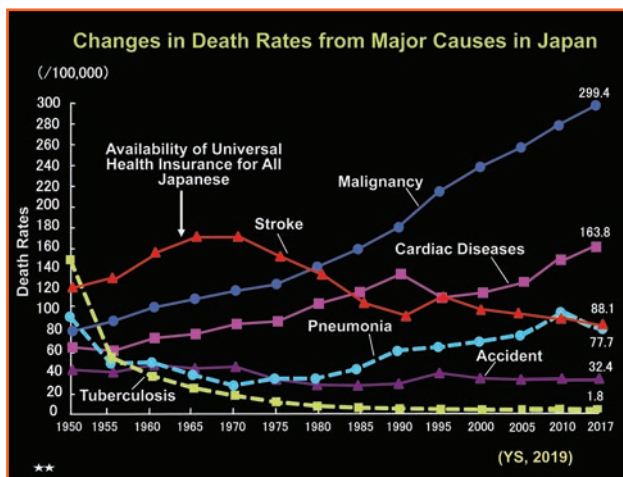
— Дякую за такі добрі слова, професоре Y. Shinohara, давайте перейдемо до обговорення професійних питань, які цікавлять лікарів-неврологів. Ви були президентом Japan Stroke Society та Asia Pacific Stroke Organization. Розкажіть, будь ласка, детальніше про ці організації і їх діяльність у боротьбі з інсультом.

— Japan Stroke Society (JSS) було засноване майже 45 років тому, у 1975 році. Його членами є неврологи, нейрохірурги, нейрорадіологи та інші вчені, що цікавляться проблемою інсульту. Усього в складі Japan Stroke Society близько 8000 осіб. Щороку раз на рік ми організуємо конференцію, на якій члени товариства мають можливість професійного спілкування й обміну досвідом, а також 6 разів на рік видаємо журнал японською та окремий журнал англійською мовами щодо проблем інсульту. Стосовно Asia Pacific Stroke Organization зазначу, що вона є досить новою, і до 2009 року в Азії було дві організації з інсульту — Asia Stroke Forum і Asia Pacific Conference Against Stroke. Однак із часом стало зрозуміло, що немає потреби у двох організаціях. І після довготривалих успішних переговорів з Asia Pacific Stroke Association у 2009 році ми змогли об'єднати дві організації в одну — Asia Pacific Stroke Organization, і я став її засновником і першим президентом. Членами Asia Pacific Stroke Organization є товариства інсульту таких країн, як Японія, Корея, Китай, Австралія, Нова Зеландія, Гонконг, Тайвань, Таїланд, Індонезія, Індія, Сінгапур, Малайзія, Пакистан та інші. Раз на два роки або раз на рік Asia Pacific Stroke Organization проводить конференцію з проблем інсульту.

— Згідно з даними сайту [www.worldlifeexpectancy.com](http://www.worldlifeexpectancy.com) Японія знаходиться аж на 157-му місці в рейтингу смертності від інсульту на 100 000 населення з показником 33,6. Україна натомість на 45-му місці з

**показником смертності 118,81 на 100 000 населення. Як ви вважаєте, які ключові фактори успіху Японії в боротьбі з інсультом?**

— Цікаве питання. Давайте подивимося на слайд. Як бачите, одразу після Другої світової війни і до 70-х років ХХ століття рівень смертності від інсульту в Японії посідав першу позицію в рейтингу смертності від захворювань. У ті часи Японію називали «інсультною країною». Пік високого рівня смертності від інсульту прийшовся на 1970 рік, а потім цей показник поступово пішов на спад. І зараз рівень смертності від інсульту в Японії в рейтингу рівнів смертності від захворювань посідає третє місце, після смертності від злоякісних пухлин і серцево-судинних захворювань. У 1970-х роках в Японії було впроваджено медичне страхування для населення. На сьогодні 100 % населення Японії має поліс медичного страхування, і цей фактор є ключовою причиною зниження рівня смертності від інсульту. Окрім можливості своєчасного й сучасного лікування інсульту, завдяки тотальному охопленню програмою медичного страхування населенню Японії також стало доступним лікування найкращими сучасними антигіпертензивними препаратами, а як ми знаємо, артеріальна гіпертензія є ключовим фактором ризику розвитку інсульту. На державному рівні проводяться програми покращання обізнаності населення щодо зміни способу життя, зменшення вживання кухонної солі (*середньодобова кількість спожитої громадянином Японії солі зменшилась з 10 до 6 грамів. — Прим. редактора*), проведення заходів медичної профілактики інсульту.



**— Ви очолювали авторський колектив з розробки японських гайдлайнів із менеджменту інсульту. Як часто оновлюється даний гайдлайн? Коли було останнє оновлення?**

— Я був головою робочої групи зі створення перших (у 2004 році) і других японських рекомендацій з інсульту (в 2009 році). Рекомендації оновлюються кожні 4–5 років. Загалом із 2004 року рекомендації виходили тричі, і зараз готується до друку четверте оновлення. У 2011 році вийшли японські рекомендації з інсульту англійською

мовою, які були надруковані в журналі Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, том 20, № 4, додаток 1, 2011.

**— Професоре Y. Shinohara, ви були співавтором міжнародної статті, у якій порівнювалися американський і японський гайдлайни з менеджменту інсульту. Назвіть, будь ласка, ключові відмінності в протоколах Японії і США, і чим ці відмінності зумовлені.**

— Звичайно, багато в чому американські та японські рекомендації з інсульту схожі, але є деякі відмінності, а саме: у японських протоколах з менеджменту інсульту рекомендуються нижчі дози t-PA через генетичну схильність японців до кровотеч; у гострій фазі інсульту рекомендують до використання едаравон; для профілактики інсульту використовується, окрім традиційних антиагрегантів, ще й цилостазол. В пацієнтів похилого віку рекомендовані менші дози антикоагулянтів.

### Some Differences between Japanese and Western Guidelines

- Smaller Dosage of t-PA
- Use of Edaravone in acute phase of stroke
- Use of antiplatelet, Cilostazol, for stroke prevention
- Lower dosage of anticoagulants for elderly patients

**— Професоре Y. Shinohara, давайте докладніше зупинимось на використанні тромболітичної терапії ішемічного інсульту в пацієнтів у Японії. Наприклад, якщо говорити про Україну, на сьогодні в нашій країні тромболітичну терапію отримують менше за 1 % пацієнтів з ішемічним інсультом. Наскільки широко використовують тромболізис у Японії? Яка, на вашу думку, частка пацієнтів у Японії з ішемічним інсультом отримує тромболітичну терапію при інсульті?**

— У Японії відсоток пацієнтів із гострим інсультом, у яких для лікування використовують тромболізис, у даний момент становить 9–10 %, хоча ще 10 років тому він становив лише 3–4 %. Причиною тому є те, що великий відсоток пацієнтів з ішемічним інсультом госпіталізується занадто пізно, поза межами терапевтичного вікна для використання тромболізису.

**— У 2009 році в японський гайдлайн був включений едаравон як препарат із доведеною ефективністю при гострому ішемічному інсульті (Grade B). Розка-**

**жить, будь ласка, чому було прийняте рішення включити едаравон у японський гайдлайн із менеджменту інсульту?**

— Японські рекомендації з менеджменту інсульту є рекомендаціями, заснованими на доказах, і вони включають основні дані доказової медицини, отримані в японських дослідженнях (*незважаючи на те, що оригінальний цитиколін випускається найбільшою фармацевтичною компанією Японії, цитиколін не рекомендується до застосування японським гайдлайном з менеджменту інсульту саме через відсутність доказової бази.* — Прим. редактора). Також при створенні рекомендацій ми беремо до уваги дані клінічної практики й дані, описані в закордонній літературі. На даний момент едаравон включений у японський протокол з менеджменту інсульту з рівнем доказовості В.

**— Як широко використовується едаравон у Японії при інсульті зараз? Чи правда, що практично кожен пацієнт з гострим інсультом отримує терапію едаравоном у Японії?**

— Звичайно, не кожен пацієнт з ішемічним інсультом отримує едаравон. У дуже тяжких випадках, коли ми вже нічим не можемо допомогти пацієнту, або, навпаки, у дуже легких випадках едаравон ми не призначаємо (*зазвичай пацієнти з легким інсультом пізно звертаються по допомогу і тому некладаються у терапевтичне вікно для призначення едаравону.* — Прим. редактора). Зараз едаравон отримує 50–60 % усіх пацієнтів з інсультом (*під час доповіді на Академії інсульту 2019 професор навіть озвучив цифру 70 %.* — Прим. редактора). У деяких з них едаравон використовується разом із тромболізісом або ендovasкулярним хірургічним втручанням. Кому з пацієнтів не показаний тромболізіс із будь-яких причин, у гострому періоді інсульту використовується тільки едаравон.

**— Тож як, на вашу думку, краще поєднувати едаравон із тромболітичною терапією? Чи вводити едаравон до використання тромболітика, одночасно з ним чи після інфузії тромболітика?**

— Наші дослідження продемонстрували, що немає суттєвої різниці, чи використовувати едаравон до, одночасно чи після введення тромболітика — ефективність едаравону в усіх цих випадках однакова. Едаравон є потужним поглиначем вільних радикалів. Радикали продукуються впродовж усього гострого періоду інсульту, навіть після реканалізації та відновлення кровопостачання ішемічної ділянки мозку за допомогою тромболізісу. Едаравон не є препаратом, що використовується одночасно, як, наприклад, r-tPA. Курс лікування едаравоном становить від 7 до 14 днів.

**— Професоре Y. Shinohara, чи існують відмінності щодо фармакокінетики й фармакодинаміки едаравону між японською та європейською популяціями?**

— Ні. З цього приводу є декілька досліджень, і всі вони продемонстрували відсутність таких відмінностей.

**— Чи зустрічалися у вашій клінічній практиці побічні реакції на лікування едаравоном?**

— Про виникнення небажаних явищ при застосуванні едаравону повідомлялося рідко. Я б не рекомендував використовувати едаравон у пацієнтів із тяжкою нирковою недостатністю, у решті випадків едаравон може використовуватися без ризику виникнення будь-яких побічних ефектів.

**— Професоре Y. Shinohara, питання щодо відшкодування японським пацієнтам витрат на лікування едаравоном. Призначення цього препарату відбувається за рахунок медичного страхування?**

— Так, у Японії витрати на лікування інсульту, у тому числі на використання едаравону в пацієнтів з інсультом, виплачуються за рахунок державного медичного страхування пацієнтів.

**— Чи включили інші країни, які входять у Asia Pacific Stroke Organization, едаравон у свої гайдлайни з менеджменту інсульту?**

— Я не можу сказати про всі країни — члени Asia Pacific Stroke Organization, оскільки в багатьох з них національні рекомендації з інсульту друкуються мовами цих країн, а не англійською мовою. Але я точно знаю, що окрім Японії едаравон включений у національні рекомендації з менеджменту інсульту в Тайвані, Кореї, Китаї.

**— На завершення нашої розмови, професоре Y. Shinohara, скажіть, будь ласка, декілька побажань українським практикуючим лікарям-неврологам, читачам «Міжнародного неврологічного журналу».**

— Перш за все я хотів би більше співпрацювати з вами, ми маємо більше ділитися нашими знаннями й професійним досвідом. Якщо я можу щось зробити для вашої країни, я зроблю все, що зможу. Не знаю, чи можу я сказати такі речі, але я вважаю, що ваш уряд і всі медичні спільноти мають більше опікуватися проблемами здоров'я населення. Я не хочу, щоб це звучало як комуністичне гасло, але здоров'я населення є найголовнішим для нації. Якщо так не відбувається, то нація поступово вицвітає. Лікарі й люди, які працюють у сфері охорони здоров'я, мають наполягати на покращенні здоров'я населення. Наприклад, у Японії майже 70 % осіб віком старше від 40 років раз на рік проходять щорічне обов'язкове профілактичне медичне обстеження. Для них це безкоштовно, оскільки уряд зацікавлений в цьому. Люди сприймають можливість такого профілактичного огляду як привілей. Можливо, і у вашій країні можна щось покращити в цьому плані. І на закінчення від усього серця хочу подякувати всім, хто запросив і організував мій візит в Україну, за гостинність і доброту. І дякую за цікаві питання!

**— Дякую за цікаву розмову!**

Підгтувала **Наталія Купріненко** ■