

Аптеки Казахстана

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

Подписной индекс: 74538



№ 1 (29) • 2019





**ИММУНИТЕТ
И ЗДОРОВЬЕ
СЕМЬИ В ПЛЮС!**



60 ТАБЛЕТКА



made in USA



атласной ин-
струкцией по приме-
нению



на рынке
итальянски



1 таблетка
в день



- ✓ **ВОСПОЛНЯЕТ ДЕФИЦИТ** важных витаминов и минералов
- ✓ **УКРЕПЛЯЕТ ИММУНИТЕТ** в период всплесков сезонных заболеваний
- ✓ **ПОМОГАЕТ ВЫЗДОРОВЛИВАТЬ** после различных заболеваний, травм, операций

Рекомендация: Взрослым принимать по 1 таблетке в день во время еды. Продолжительность приема – 2-3 недели. При необходимости приема можно повторить через месяц. Прием противопоказан при индивидуальной непереносимости компонентов продукта, беременности, кормлении грудью. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом. Лицам с заболеваниями щитовидной железы рекомендуется проконсультироваться с врачом - эндокринологом. Владелец патента: Eagle Nutritionals, Inc., 111 Commerce Road, Carlstadt, NJ 07072, USA (США).

www.vitrum-plus.kz

RU.77.98.11.003.E009867.08.17 от 31.08.2017 г.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.



Организация, уполномоченная принимать обращения от потребителей:
ТОО «Тандем Кавказстан», г. Алматы, ул. Шығанақ 44, тел: +7 (727) 244-40-04, E-mail: D80-KZ@takeda.com



Уважаемые читатели!

В природе все устроено по принципу золотой середины, поэтому все гармонично. Каждый новый выпуск журнала «Аптеки Казахстана» это как новая полезная и интересная книга, новое учебное пособие, которое одновременно несет в себе информацию познавательную, для обучения, и информацию для досуга. В нашем стремительном и светлом мире так важно найти и соблюдать золотую середину между работой, получением знаний и отдыхом. Золотая середина – это мудрость мудрых людей, которые научились знать всему меру.

Теория действия любого лекарства должна приносить только пользу, именно поэтому «Актуальной темой» номера стала статья, где приведен обзор литературы, посвященный терапевтическим возможностям L-орнитин-L-аспартата.

«Советы специалиста» расскажут о лечении тяжелых клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Познакомят с некоторыми аспектами диагностики и ведения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, актуальные для врачей общей практики.

В рубрике «Мастер-класс» вы познакомитесь с правилами общения первостольника и заведующей аптекой. Узнаете секрет: как посетитель делает свой выбор?

Кто из нас не любит пить чай? Наверняка такого человека сложно встретить во всем мире. Надеюсь, вы к нему не имеете никакого отношения?! Тогда воспользуйтесь оригинальным рецептом из статьи «Такой разный и вкусный чай!», заварите и налейте себе чашечку чая, возьмите весенний номер журнала «Аптеки Казахстана», удобно расположитесь в любимом кресле и начинайте читать. Здесь вы найдете много познавательной, интересной и важной информации, о которой я не стала рассказывать...

От души желаю вам яркой, гармоничной весны! Оставайтесь с нами, а мы будем стараться для вас!



С уважением, Гульмира Дуйсеева

Аптеки
Казахстана
ОФИЦИАЛЬНОЕ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНОЕ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

№ 1 (29), 2019

Подписной индекс: 74538

Собственник:

ТОО «Masters Trade»

Журнал зарегистрирован
в Министерстве связи
и информации РК.

Свидетельство
№14457-Ж от 11.07.2014 г.

Зарегистрированный тираж:
4000 экз.

Территория распространения:
Республика Казахстан

Главный редактор:
Дуйсеева Гульмира
Выпускающий редактор:
Табенова Гульмира

Журналисты:
Тленчиева Нагима,
Рахметова Айгуль, Шматова
Ольга, Ангелина Паша,
Жаубасова Айгуль

Технический редактор:
Канахина Оксана

Выпускающий дизайнер:
Тарадай Татьяна

Фотографы:
Юсупова Гульжанат, Судаков
Николай, Новиков Алексей
Все права защищены. Перепечатка
текстов возможна только
с согласия авторов.

При использовании
материалов ссылка на
источник обязательна.

Ответственность за достоверность информации несут авторы и рекламодатели.

Полученные от авторов научные статьи не рецензируются и не возвращаются. Редакция может не разделять мнения авторов и консультантов.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных, неразрешенных к применению Министерством здравоохранения РК лекарственных средств и различных предметов медицинского назначения.

По вопросам распространения обращаться в редакцию.

Адрес редакции:

050059

Республика Казахстан
пр-т. Достык, 97Б, оф. 278
Тел: +7 (727) 327-72-45

E-mail: masters.trade@mail.ru

www.chil.kz

Рекомендуемая цена –
1000 тенге

Отпечатано в типографии:

«Print House Gerona»
г. Алматы
ул. Сатпаева, 30А/3

Содержание

ОСОБЫЙ РАКУРС

- 6 Роль фармаконадзора в безопасном применении медицинской продукции. *Р.С. Кузденбаева*

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

- 8 Терапевтические возможности L-орнитин-L-аспартата: выходя за рамки печеночной энцефалопатии. *Н.Б. Губергриц, Н.В. Беляева, Г.М. Лукашевич, В.С. Рахметова, П.Г. Фоменко*
- 16 Предупреждение и коррекция дисбактериоза кишечника, вызванного приемом антибиотиков. *Э.В. Супрун, К.Б. Курманова*

СЕМИНАР НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

- 24 Законы маркетинга: как посетитель делает выбор?
- 27 Когда сердце нуждается в защите
- 30 Правила общения первостольника и заведующей аптекой

СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТА

- 32 Оптимизация местного лечения тяжелых клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. *Е.Ю. Колосова*
- 38 Некоторые аспекты диагностики и ведения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, актуальные для врача общей практики. *Н.Д. Чухриенко, И.В. Василевская*

СЕЗОН

- 47 Такая вкусная и полезная весна
- 53 С кашлем справиться легко. *Н. Каргаполова*
- 56 «Главней всего погода в доме!»

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

- 61 Советы эксперта. Современное лечение ОРВИ и гриппа. *С.Х. Измайлова*
- 64 Медицинский представитель: полезное знакомство

АПТЕКА И АПТЕЧКА

- 68 Значение метабиотиков в коррекции дисбиоза кишечника. *Э.В. Супрун*
- 78 Его величество – чай
- 84 Элькар в практике педиатра
- 88 Иногда сигара – всего лишь сигара

СЕКРЕТЫ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

- 92 Дельфины – целители
- 96 Хондропротекция в терапии остеоартроза: эффективное и комплексное решение. *Э.В. Супрун*

ГОРОСКОП

- 104 Гороскоп весеннего обострения

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие во II Международном фармацевтическом форуме

Академия фармацевта

В программе:

1. Семинар:

- ✔ Национальное законодательство РК и гармонизация его с законодательством ЕАЭС в сфере обращения лекарственных средств
- ✔ Аптека на охране здоровья нации
- ✔ Результативное представление препарата покупателю
- ✔ Основы фармацевтического консультирования при отпуске антибактериальных препаратов
- ✔ Трудные покупатели и как с ними взаимодействовать
- ✔ Мерчендайзинг в аптеке
- ✔ Приёмы выяснения потребностей покупателя
- ✔ Консультативные продажи и как не стать продавцом из супермаркета

Участие - БЕСПЛАТНО!

2. Семинар для заведующих аптекой (участие платное)

- ✔ Управление персоналом аптеки
- ✔ Мотивация аптечного сотрудника

Основной формат форума: практические сессии

Предварительная регистрация.

Выслать документы на электронный адрес: rano.edu@mail.ru

Перечень документов для предварительной регистрации:

1. Копия удостоверения личности.
2. Копия диплома.
3. Копия свидетельства о браке (для тех, кто сменил фамилию).
4. Копия сертификата повышения квалификации.

Семинары ведут ведущие спикеры г. Москвы

СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ

(54 часа)

22 мая 2019 г.

г. Актобе, ЗКГМУ
ул. Мересьева, 68



24 мая 2019 г.

г. Усть-Каменогорск

ЦДК «Ертис-концерт» ул. Протозанова, 43



29 мая 2019 г.

г. Шымкент

отель RixosKhadishaShymkent
ул. Желтоксан, 17



31 мая 2019 г.

г. Алматы

«Best Western Plus Atakent Park Hotel»
ул. Тимирязева, 42



Предварительная регистрация обязательна

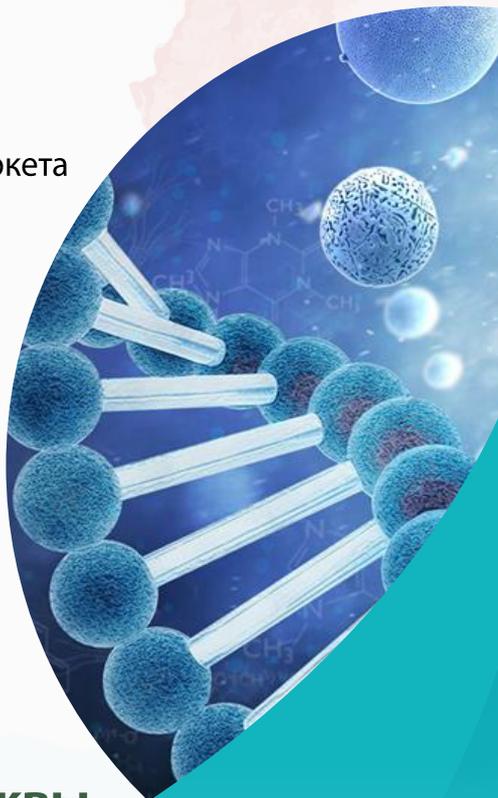
+7 (727) 327 72 45, +7 701 716 78 34,
+7 701 133 95 34, +7 777 211 77 88,
+7 777 345 1818



yusupova_gulzhanat@mail.ru
rano.edu@mail.ru



www.chil.kz



Роль фармаконадзора в безопасном применении медицинской продукции



Р.С. Кузденбаева – д.м.н., профессор, академик НАН РК

Одна из важнейших задач здравоохранения Казахстана направлена на предупреждение серьезных осложнений лекарственной терапии. В настоящее время у нас в стране зарегистрировано более 8 тыс. лекарственных средств (ЛС) и медицинских изделий (МИ). Государственная регистрация лекарственных средств и медицинских изделий у нас в стране осуществляется Национальным центром экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий (далее НЦЭЛС и МИ), где высококвалифицированные эксперты тщательно анализируют и изучают документы, поданные заявителем (производителем). При этом особое внимание обращается на эффективность и безопасность медицинской продукции.

В инструкции по медицинскому применению указываются все вопросы рационального (правильного) применения лекарственного препарата и медицинского изделия. Следовательно, пациенты перед применением препарата должны внимательно прочитать инструкцию особенно разделы, где описаны побочные эффекты, особые указания и противопоказания.

Внедрение в практическое здравоохранение новых инновационных, в том числе и биотехнологических лекарственных препаратов требует усиление контроля безопасности их применения. Необходимость глубокого анализа причин возникновения побочных реакций на лекарственный препарат, начиная с их разработки до внедрения

в медицинскую практику, привела к организации и развитию системы Фармакологического надзора. Фармакологический надзор – государственная система сбора, научной оценки информации о побочных действиях ЛС с целью принятия соответствующих регуляторных мер уполномоченными органами: внесение изменений и дополнений в инструкции по медицинскому применению препаратов, перевод лекарственных средств из безрецептурных в рецептурные. В ряде случаев принимаются решения о необходимости проведения дополнительных доклинических и клинических исследований, о приостановке действия регистрационного удостоверения и даже отзыве препарата с фармацевтического рынка.

В Казахстане система фармаконадзора развивается более 10 лет, в настоящее время ее деятельность координирует Центр фармаконадзора при НЦЭС и МИ. Разработана вся нормативная база для осуществления фармаконадзора, гармонизированная с международными требованиями. Казахстан является полноправным членом международного центра ВОЗ по мониторингу лекарственных средств. За период деятельности системы фармаконадзора в Казахстане достигнуты определенные успехи в информировании медицинских работников и населения о побочных реакциях на ЛС и МИ. Существенно изменились, расширились и углубились представления медицинских работников и населения о фармаконадзоре, о том, как, кому сообщать о побочных реакциях. Для совершенствования системы фармаконадзора и мониторинга побочного действия ЛС и МИ, углубления знаний в области фармакологии и клинической фармакологии медицинских работников под эгидой НЦЭС и МИ проводятся международные научные конференции и конгрессы. Ежегодно в рамках Конгресса «Человек и лекарство – Казахстан», которые проводятся в 14 городах страны, проходят семинары по фармаконадзору, фальсификации ЛС, контрафактной медицинской продукции, актуальным вопросам клинической фармакологии и другие. Сотрудники НЦЭС и МИ участвуют во многих мультидисциплинарных конференциях с докладами, презентациями по вопросам оценки факторов риска возникновения побочных реакций ЛС и МИ в период беременности и кормления грудью, новорожденности, пациентов пожилого и старческого возраста. На развитие нежелательных явлений большое влияние оказывают также генетические и этнические особенности пациентов, что привело к развитию персонализированной медицины. Играть важную роль и полипрагмазия (применение 5 и более ЛС), полиморбидность (наличие нескольких заболеваний), взаимодействие ЛС с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма.

Таким образом, только хорошо организованная система ФН и мониторинга побочного действия лекарственных средств с активным участием всех медицинских, фармацевтических работников, организаторов здравоохранения и населения может обеспечить раннее выявление риска, связанного с применением медикаментов и изделий медицинского назначения. Хорошо известно, что безопасное применение медицинской продукции – это важная медицинская, социальная и экономическая проблема национальной безопасности страны.



Терапевтические возможности L-орнитин-L-аспартата: выходя за рамки печеночной энцефалопатии

Н.Б. Губергриц¹, Н.В. Беляева¹,
Г.М. Лукашевич¹, В.С. Рахметова²,
П.Г. Фоменко¹

¹ Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк

² Медицинский университет Астана, г. Астана

Ключевые слова: L-орнитин-L-аспартат, свойства, гипераммониемия, гепатопротекция, анаболическое действие, вазодилатация, показания.

N.B. Gubergrits¹, N.V. Byelyayeva¹,
G.M. Lukashevich¹, V.S. Rachmetova²,
P.G. Fomenko¹

¹ Donetsk National Medical University, Donetsk, Ukraine

² Medical University Astana, Astana, Republic of Kazakhstan

Therapeutic capacities of L-ornithine-L-aspartate: exceeding the limits of hepatic encephalopathy

The article contains a literature review on the therapeutic capacities of L-ornithine-L-aspartate. Drug properties exceeding the limits of concepts about its efficacy upon hepatic encephalopathy are analyzed. Biochemical reactions, L-ornithine-L-aspartate metabolism, effects of amino acids which are the products of drug's biochemical transformations chain are discussed. Anabolic, vasodilating, hepatoprotective effects, ability to stimulate healing and regeneration are substantiated. Particular attention is paid to the effectiveness of L-ornithine-L-aspartate in various intoxications. The conclusion about the drug's multipotency is drawn.

Keywords: L-ornithine-L-aspartate, properties, hyperammonemia, hepatoprotection, anabolic action, vasodilation, indications.

В статье приведен обзор литературы, посвященной терапевтическим возможностям L-орнитин-L-аспартата. Проанализированы свойства препарата, выходящие за грань представлений о его эффективности при печеночной энцефалопатии. Обсуждаются биохимические реакции, метаболизм L-орнитин-L-аспартата, эффекты аминокислот, которые являются продуктами цепи биохимических превращений препарата. Обоснованы анаболический, вазодилатирующий, гепатопротекторный эффекты, способность стимулировать заживление, регенерацию. Особое внимание уделено эффективности L-орнитин-L-аспартата при различных интоксикациях. Сделан вывод о мультипотентности средства.

Первая и основная задача лечащего врача должна сводиться к знанию теории действия лекарственных веществ на больной организм.

И.А. Кассирский [9]

Широкому кругу врачей и исследователей хорошо известны гипоаммониемическое действие L-орнитин-L-аспартата и его эффективность в лечении печеночной энцефалопатии (ПЭ), подтвержденная надежной доказательной базой (уровень доказательности А) [19, 22, 28, 43].

L-орнитин-L-аспартат: механизм действия

L-орнитин-L-аспартат состоит из двух аминокислот: орнитина и аспартата. Эти аминокислоты имеют как общие пути метаболизма, так и специфические для каждой из них. Механизм действия препарата при ПЭ заключается в следующем. Орнитин является субстратом для цикла Кребса в перипортальных гепатоцитах. В этом цикле аммиак

включается в синтез мочевины – нетоксичного конечного продукта белкового метаболизма, который выделяется почками. При этом одна из амидных групп мочевины формируется из неорганического аммиака, а вторая приносится аспартатом. Кроме того, орнитин участвует в активации одного из ключевых ферментов, необходимых для орнитинового цикла, – карбамоилфосфатсинтетазы. В результате синтезируется карбамоилфосфат, который, в свою очередь, включается в синтез мочевины в орнитиновом цикле (рис. 1).

Из карбамоилфосфата под действием орнитинкарбамоилтрансферазы образуется аминокислота цитруллин, которая взаимодействует с аспартатом и трансформируется в полунезаме-

нимую аминокислоту аргинин, которая далее, в свою очередь, в присутствии аргиназы вновь образует орнитин, и орнитиновый цикл замыкается [1, 14]. Таким образом, орнитин оптимизирует основной путь детоксикации аммиака – синтез мочевины в орнитиновом цикле. С другой стороны, аспартат является субстратом для синтеза глутамина, то есть оптимизирует дополнительный механизм детоксикации аммиака (рис. 1) [10, 11, 25].

Аспартат также выполняет роль нейромедиатора в ЦНС и участвует в реакции переаминирования с глутамином, в результате чего повышает его концентрацию и трансформируется в аспарагин – аминокислоту, способную к ряду важных биохимических превращений. Как аспарагин, так и глутамин являются важными аминокислотами, участвующими в биосинтезе белка.

Аргинин участвует в ядерном и цитоплазматическом биосинтезе, через ряд биохимических превращений участвует в накоплении клеточной энергии. Таким образом, L-орнитин-L-аспартат необходим для восстановления нарушенных функций организма (после травмы, стресса, голодания, острого вирусного гепатита, панкреатической атаки и др.), для регенерации, роста тканей [23, 31, 34, 36, 38, 39].

Плейотропные свойства L-орнитин-L-аспартата

Теоретические и клинические основы применения L-орнитин-L-аспартата при ПЭ подробно освещены в литературе, поэтому мы хотели бы продемонстрировать врачам другие – плейотропные – свойства препарата.

Гепатопротекторное действие

Прежде всего, следует указать на выраженный гепатопротекторный эффект, который обеспечивается в основном антиоксидантными и антистрессовыми свойствами аспартата (рис. 2).

Результатом является снижение показателей цитолиза гепатоцитов, их токсического повреждения и холестаза (рис. 3). Важно, что L-орнитин-L-аспартат оказывает позитивное влияние при гепатитах различной этиологии, в т.ч. при неалкогольном

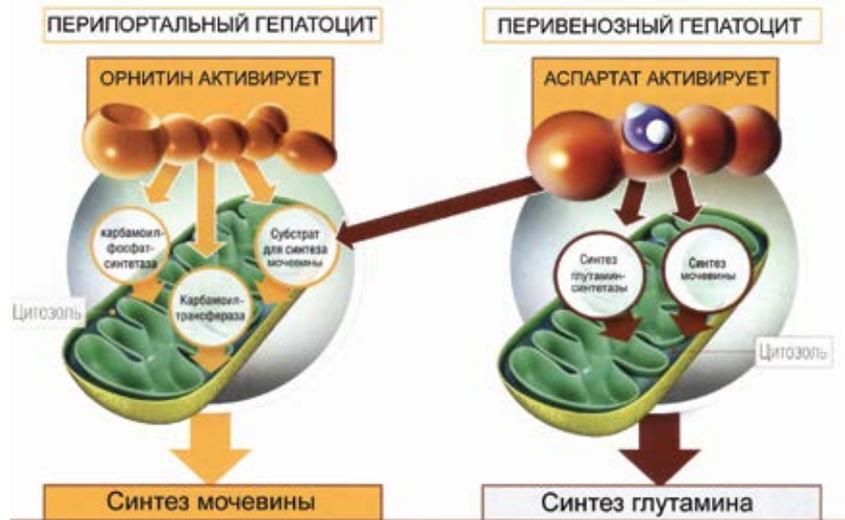


Рисунок 1. Влияние L-орнитин-L-аспартата на синтез мочевины и глутамина



Рисунок 2. Механизм гепатопротекторного эффекта аспартата (по А.Ш. Бышевскому, 1994 [1])

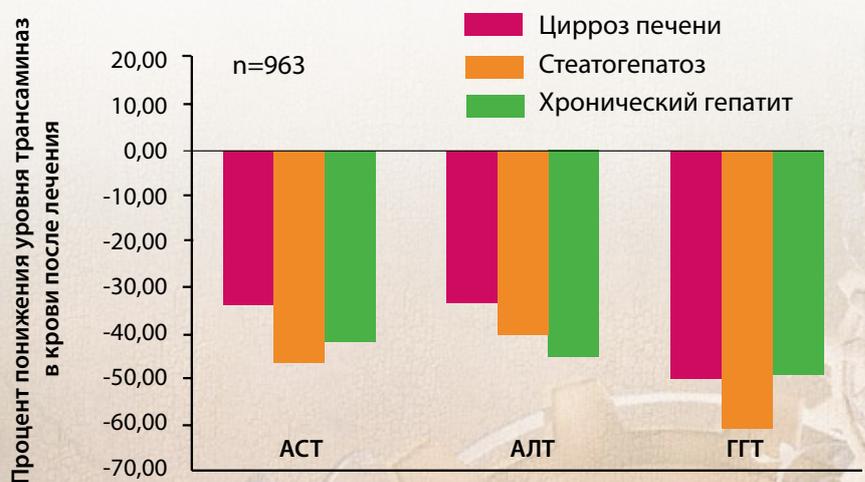


Рисунок 3. Динамика показателей трансаминаз и гамма-глутамилтранспептидазы под влиянием лечения L-орнитин-L-аспартатом (по K. Grüngreiff et al., 2001 [24])

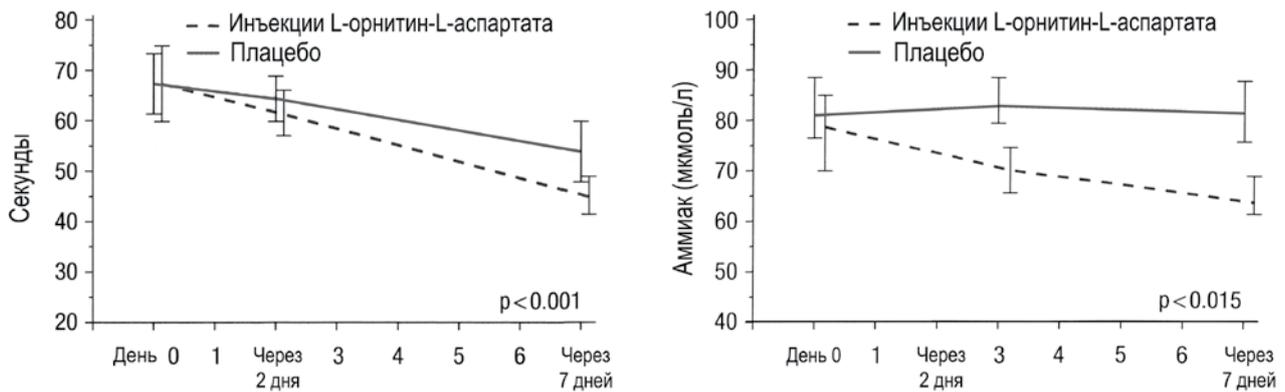


Рисунок 4. Уровень аммиака в крови после приема пищи на фоне лечения L-орнитин-L-аспартатом и плацебо (по С.С. Rees et al., 2000 [31])

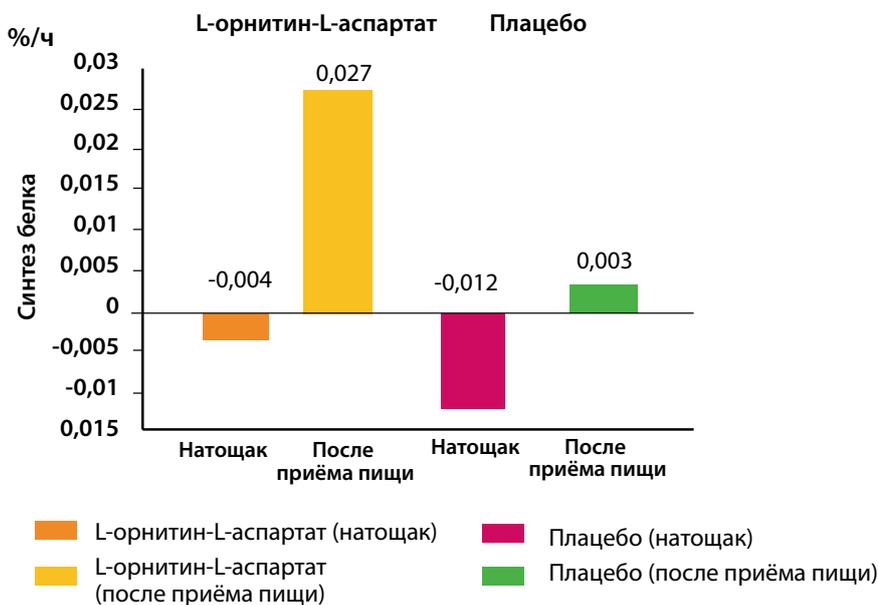


Рисунок 5. Влияние L-орнитин-L-аспартата на синтез белка в мышцах (по N. Reynolds et al., 1999 [32])



Рисунок 6. Увеличение синтеза нуклеиновых кислот под влиянием аспартата (по А.Ш. Бышевскому, 1994 [1])

стеатогепатите [42], при хроническом вирусном гепатите С [44].

Анаболическое действие

L-орнитин-L-аспартату присущ отчетливый анаболический эффект. В частности, орнитин повышает продукцию полиаминов – спермина и спермидина, способных регулировать биосинтез РНК, ДНК и белка, и увеличивать степень агрегации полисом, что в целом оказывает стимулирующий эффект на белоксинтетическую функцию печени. Орнитин участвует в биосинтезе глутамата, α-кетоглутарата и пролина, которые также играют существенную роль в биосинтезе белка. Аспартат, в свою очередь, под действием трансаминаз способен метаболизироваться в оксалоацетат, который вовлекается в цикл трикарбоновых кислот Кребса и, кроме того, подвергается последовательной трансформации в глюкозу, которая в виде гликогена способна депонироваться в печени (процесс глюконеогенеза) [1, 14].

Анаболическое действие L-орнитин-L-аспартата заключается и в том, что он не только способствует детоксикации аммиака, но и, повышая толерантность к пищевому белку, способствует его усвоению и уменьшению продукции аммиака. С.С. Rees et al. (2000) [33] показали, что после приема 20 г глутамина в пищу уровень аммиака в крови у больных циррозом печени (ЦП), получавших плацебо, повысился до 62 мкмоль/л, а у больных, получавших L-орнитин-L-аспартат, – только до 32 мкмоль/л (p < 0,05) (рис. 4). Причем, базальный уровень аммиака (до приема белка) у

пациентов обеих групп был практически одинаковым.

Подтверждением анаболического действия L-орнитин-L-аспартата является увеличение содержания белка в мышцах при лечении этим препаратом (рис. 5). В исследовании N. Reynolds et al. (1999) [34] было показано, что у 16 больных с ЦП при внутривенном введении 40 г L-орнитин-L-аспартата ежедневно в течение 7 дней достоверно повысился уровень синтеза белка в мышцах. У больных, получавших плацебо, достоверной динамики не наблюдалось.

Анаболический эффект L-орнитин-L-аспартата включает также увеличение синтеза нуклеиновых кислот под влиянием аспартата (рис. 6). Аспартат участвует в синтезе оротовой кислоты, оротата калия, которые обладают анаболическим, цитопротективным, дезинтоксикационным эффектами, стимулируют синтез пиримидинов, регенерацию, способствуют уменьшению стеатоза печени [1].

Таким образом, следует считать обоснованным назначение L-орнитин-L-аспартата не только при ПЭ, но и при любых катаболических процессах (снижении белоксинтетической функции печени, голодании, хронических инфекционных заболеваниях, онкологической патологии, при проведении химио- и лучевой терапии, ожогах и др.), трофологической недостаточности (синдроме мальабсорбции любой этиологии), различных интоксикациях, в т.ч. при отравлении грибами [37].

Эргогенное действие

Внедрение дополнительных субстратов из L-орнитин-L-аспартата в орнитиновый цикл приводит к росту биосинтеза макроэргических молекул, которые вырабатываются в сопряженном с L-орнитин-L-аспартатом цикле Кребса, что является основным источником энергии у человека (рис. 7).

В первую очередь это связано с фумаратом, а также с лимонной кислотой (удачно подобранное вещество-стабилизатор соли двух аминокислот в грануляте L-орнитин-L-аспартата,



Рисунок 7. Связь орнитинового цикла и цикла Кребса

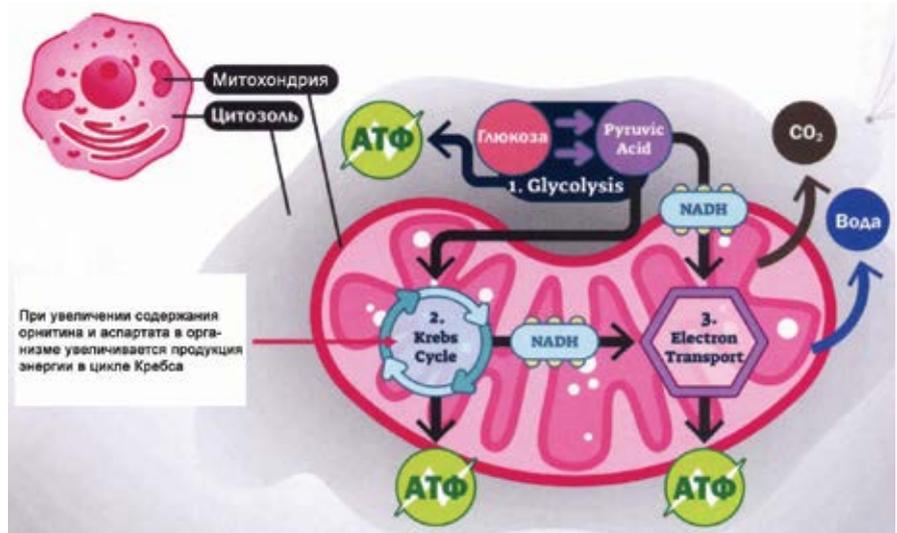


Рисунок 8. L-орнитин-L-аспартат восстанавливает энергию гепатоцитов, которая необходима для полноценного выполнения их функций (по F.A. Hommes et al., 1983 [26])

Примечания: NADH – никотинамидадениндинуклеотид, Glycolysis – гликолиз, Krebs cycle – цикл Кребса, Electron transport – транспорт электронов, Pyruvic acid – пировиноградная кислота.

который включается в цикл Кребса без дополнительных превращений и служит источником энергии). Сочетание этих двух факторов приводит к так называемому эргогенному эффекту – возрастанию энергетического потенциала организма вследствие усиления обменных процессов. Поэтому при увеличении содержания орнитина и аспартата в организме увеличивается продукция энергии в цикле Кребса. Аспартат приводит к уменьшению зависимости клеток от получения энергии в результате гликолиза и росту получения энергии из жирных кислот, проходящих через печень (рис. 8).

Кроме того, снижается образование молочной кислоты и потребность организма в кислороде за счет усиления анаэробного окисления [1, 14].

Иммуотропное действие

Одним из продуктов орнитинового цикла, который оптимизируется L-орнитин-L-аспартатом, является аргинин, обладающий целым рядом функций: участие в биосинтезе аминокислот и белков, в поддержании азотистого равновесия, в мобилизации жиров и образовании диглицеридов, в стимуляции секреции эндокринных желез, в том числе β-клеток поджелудочной железы, в продукции соматотропного гормона; аргинин оказывает иммуотропное влияние на вилочковую железу, является донатором NO, улучшает кровоток, в т.ч. в поджелудочной железе, печени, миокарде [6, 12, 13].

Вазодилатирующее действие

Вазодилатирующие свойства L-орнитин-L-аспартата обоснованы

вают его вероятную эффективность при портальной гипертензии, но этот аспект еще требует клинического подтверждения. Клинические наблюдения показали, что L-орнитин-L-аспартат обладает существенным вазоактивным эффектом и способен улучшать кровоток в сердечной мышце, печени, поджелудочной железе и, возможно, других органах, в головном мозге. Это открывает перспективы применения L-орнитин-L-аспартата при ИБС, нарушениях мозгового кровообращения и т.д. Показательны результаты исследования A.G. Evdokimova et al. (2011, 2016), которые обследовали 95 пациентов с ИБС и недостаточностью кровообращения. 32 пациента получали карведилол, L-орнитин-L-аспартат (10 г гранулята в день в течение двух недель и затем 5 г в день 4 месяца). Лечение в этой группе оказалось достоверно эффективнее (меньше выраженность клинических проявлений, выше качество жизни, лучше показатели гемодинамики), чем в группе карведилола без L-орнитин-L-аспартата и в группе адеметионина [20, 21].

Нейропротекторное действие

Доказано, что выраженная нейропротекторная эффективность L-орнитин-L-аспартата при ПЭ связана не только с гипоаммиемическим, но и с его нейромедиаторным и вазодилатирующим действием [14, 35]. Перспективные результаты лечения L-орнитин-L-аспартатом получены при генетически обусловленной неврологической патологии, ассоциированной с цистинурией [40].

L-орнитин-L-аспартат: результаты клинического применения

Лечение L-орнитин-L-аспартатом способствовало улучшению нутритивного статуса, появлению тенденции к увеличению уровня преальбумина в крови у больных ЦП, сопровождавшимся ПЭ и мальнутрицией [32].

L-орнитин-L-аспартат назначают спортсменам для увеличения выносливости. Эффективность препарата в спортивной медицине доказана

[17]. Изучается влияние аргинина и орнитина на уровень тестостерона в крови у атлетов, выполняющих упражнения на сопротивление [46]. Предполагается, что прием 2200 мг орнитина и 3000 мг аргинина на протяжении 3-х недель способен нормализовать содержание этого гормона.

L-орнитин-L-аспартат является важным патогенетическим средством лечения алкогольного поражения печени и поджелудочной железы [45]. При злоупотреблении алкоголем из организма усиленно выводится оротовая кислота. Это приводит к нарушению синтеза нуклеиновых кислот, белка, роста, регенерации, нарушению синтеза пиримидинов, памяти, эритропоэза, лейкопоэза, снижению резистентности к лучевой нагрузке. Эти процессы способен нивелировать аргинин [1]. В исследовании W. Hunold (1973) показана эффективность L-орнитин-L-аспартата в лечении алкогольной интоксикации и пищевых отравлений [27]. M. Maneesh et al. (2005) продемонстрировали в экспериментальном исследовании позитивные результаты лечения алкоголь-индуцированной гипопроотеинемии и гиперлипидемии L-орнитин-L-аспартатом [30].

Новые аспекты применения L-орнитин-L-аспартата открываются в связи с его способностью повышать продукцию инсулина и соматотропного гормона. Увеличение синтеза последнего способствует активации катаболизма липидов и усилению синтеза белка. Повышение уровня соматотропного гормона, аргинина и оксида азота в крови оказывает стимулирующее действие на функциональную активность поджелудочной железы, способствует увеличению количества β-клеток островков Лангерганса и продукции инсулина, что приводит к улучшению утилизации глюкозы и сопровождается анаболическим эффектом L-орнитин-L-аспартата на ряд органов и тканей [14].

Приведем еще несколько примеров использования плейотропных эффектов L-орнитин-L-аспартата в клинической практике.

В.В. Лаптев с соавт. (2010) обследовали 232 больных, причем у трети из

них имел место деструктивный панкреатит. При включении в терапию L-орнитин-L-аспартата отмечено уменьшение сроков госпитализации на 18,5%, улучшение нервно-психических показателей, уменьшение тяжести панкреатита [7].

Ю.С. Винник с соавт. (2011) также применяли L-орнитин-L-аспартат при лечении тяжелого острого алкогольного панкреатита. Внутривенные инфузии препарата использованы в комплексном лечении у 18 больных. При поступлении у всех больных наблюдались признаки гепатопатии разной степени тяжести. Включение L-орнитин-L-аспартата в схему интенсивной терапии способствовало раннему снижению выраженности цитолитического синдрома, восстановлению белково-энергетического метаболизма и сопровождалось антиоксидантным эффектом, что позволило сократить общую продолжительность лечения и длительность интенсивной терапии на 2,8 и 2,4 суток соответственно [2].

Препарат эффективен при алкогольной интоксикации, механической желтухе, ожоговой болезни, политравме, синдроме полиорганной недостаточности в хирургии, для поддержки при химио- и лучевой терапии в онкологии [2, 3, 15].

Н.Е. Гивировская (2009) обследовала 147 пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза, разделив их на две группы. Больным основной группы на фоне стандартной консервативной терапии и разрешения холестаза проводилась иммунокорректирующая терапия, а в качестве гепатопротектора назначали L-орнитин-L-аспартат внутривенно капельно в стандартной дозе, с 7-х суток препарат назначали в виде гранулята по 1 пакету (3 г) 3 раза в день. При изучении динамики АЛТ и АСТ у больных основной группы отмечалось быстрое уменьшение выраженности цитолитического синдрома, что свидетельствует о гепатопротективном действии препарата. На 10-е сут. разрешения холестаза показатели АЛТ в основной группе оставались выше верхней границы нормы на 17,8%, однако были досто-

верно ниже по сравнению с группой сравнения на 29,1% ($p=0,047$). Значение АСТ на 10-е сут. в основной группе превышало показатели нормы на 13,9%, но было ниже аналогичного показателя в группе сравнения на 31,4% ($p=0,042$). Также были выявлены преимущества основного варианта лечения в отношении уровня альбумина в крови, выраженности эндогенной интоксикации [3].

По данным исследования В.Б. Зингеренко (2007), включение L-орнитин-L-аспартата в дозе 40 г/сут. внутривенно капельно в схему полного парентерального питания у 48 больных с разлитым перитонитом с целью коррекции белкового обмена и азотистого баланса стабилизирует белок-синтетическую функцию печени и способствует созданию положительного азотистого баланса, оказывает анаболическое действие [5].

Препарат с успехом применяется в онкологии в качестве сопровождения химио- и лучевой терапии [29]. И.В. Мацешевская (2011) назначала L-орнитин-L-аспартат в качестве сопровождения химиотерапии при онкологических заболеваниях. Показано, что препарат способствует нормализации показателей креатинина, билирубина, трансаминаз в сыворотке крови. Применение L-орнитин-L-аспартата у больных с нарушением функции печени позволяет эффективно проводить химиотерапию согласно протоколам (с соблюдением доз и сроков введения). Кроме того, препарат участвует в процессах энергетического обмена, проходящих в митохондриях. За счет этого повышается энергетическое обеспечение ткани, улучшается общее состояние больных, уменьшаются проявления астенического и диспептического синдромов [8].

В.Ю. Жаринова и соавт. назначали внутривенные инфузии L-орнитина и L-аспартата геронтологическим больным, страдавшим ишемической болезнью сердца, анализируя при этом функциональное состояние печени, эндотелия, реологические свойства крови и маркеры эндотоксикоза у этих пациентов [4]. Оказалось, что уже на фоне первой

инфузии препарата происходило статистически значимое снижение уровня печеночных ферментов. Курс лечения L-орнитином L-аспартатом, состоявший из пяти инфузий, способствовал уменьшению концентрации фибриногена, общего холестерина и триглицеридов, падению активности эндогенной интоксикации, а также снижению спонтанного и индуцированного апоптоза мононуклеаров. Эндотелиопротекторный эффект L-орнитина L-аспартата сопровождался увеличением перфузионного кровотока органов и тканей, уменьшением вязкости крови. Основываясь на полученных данных, исследователи считают целесообразным включать данный препарат в схемы лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Привлечено внимание уделяется орнитину в комбустиологии. В 1999 г. L.A. Sponber высказал предположение, что L-орнитин- α -кетоглутарат, являясь прекурсором для аргинина и глутамин, усиливает синтез аргинина, пролина и полиаминов, которые необходимы для усиления метаболических процессов и восстановления целостности кожных покровов у ожоговых больных [18]. Несколько позже результаты проспективного рандомизированного двойного слепого исследования, проведенного под руководством С. Coudray-Lucas, подтвердили данное предположение [16]. Введение

L-орнитин- α -кетоглутарата в состав смеси для энтерального питания 47 тяжелых ожоговых больных (размер ожоговой поверхности составлял 25–95% площади поверхности тела) сопровождалось более быстрым выздоровлением по сравнению с контрольным препаратом. Эксперты Кокрановского сотрудничества в 2014 г. представили систематический обзор, посвященный изучению эффективности иммунонутритивной терапии в лечении ожогов. H.V. Tan et al. показали, что дополнительный прием глутамин позволяет уменьшить длительность стационарного лечения в среднем на 5,65 дней (95% ДИ от -8,09 до -3,22 дня) и снизить уровень летальности (обобщенное отношение рисков 0,25; 95% ДИ 0,08–0,78) [41]. Можно предположить, что введение аминокислот, предшественников глутамин, будет способствовать развитию подобного эффекта.

Таким образом, проанализировав данные литературы, результаты многочисленных исследований, можно уверенно говорить о мультипотентности L-орнитин-L-аспартата и целесообразности его назначения по широкому кругу показаний.

В заключение приводим высказывание французского терапевта Анри Юшара: «В зависимости от преобладающего механизма действия в одном лекарстве может быть несколько лекарств...» [9].

Список литературы

1. Бышевский А.Ш. Биохимия для врача / А.Ш. Бышевский, О.А. Терсенов. – Екатеринбург: Уральский рабочий, 1994. – 383 с.
2. Винник Ю.С., Миллер С.В., Теплякова О.В. [и др.] Эффективность применения L-орнитин-L-аспартата в комплексном лечении острого панкреатита алкогольной этиологии / Ю.С. Винник, С.В. Миллер, О.В. Теплякова [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – №2. – С. 70.
3. Гивировская Н.Е. Иммунокоррекция в хирургии механических желтух доброкачественного генеза: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук / Н.Е. Гивировская. – М., 2009. – 29 с.
4. Жаринова В.Ю., Игрунова К.Н., Бодрецкая Л.А. [и др.] Применение оригинального L-орнитин-L-аспартата у больных с комплексной сердечно-сосудистой патологией и сахарным диабетом 2-го типа / Жаринова В.Ю., Игрунова К.Н., Бодрецкая Л.А., Чижова В.П., Самоц И.А., Бутинец Ж.С. [и соавт.] // Международный эндокринологический журнал. – 2015. – №8 (72). – С. 33–41.
5. Зингеренко В.Б. Фармаконутриент орнитин в полном парентеральном питании больных перитонитом / В.Б. Зингеренко // Нов. анестезиол., реаниматол. – 2007. – №3. – Р. 22–27.
6. Ивашкин В.Т. Клиническое значение оксида азота и белков теплового шока / В.Т. Ивашкин, О.М. Драпкина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 88 с.
7. Лаптев В. Эффективность L-орнитин-L-аспартата (Гела-Мерц) в терапии острого панкреатита / В. Лаптев, А. Цкаев, Н. Гивировская // Врач. – 2010. – №9. – С. 69–72.
8. Мацешевская И.В. Опыт использования орнитокса (L-орнитин-L-аспартата) в практике отделения химиотерапии винницкого областного клинического онкологического диспансера для оптимизации проведения химиотерапии / И.В. Мацешевская // Клиническая онкология. – 2011. – №4. – С. 98–100.
9. Мудрые мысли о медицине и врачевании / сост. Я.С. Циммерман. – М.: Гэотар-Медиа, 2015. – 256 с.

10. Надинская М.Ю. Латентная печеночная энцефалопатия: Как помочь пациенту / М.Ю. Надинская // *Клин. перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии*. – 2001. – №1. – С. 10–16.
11. Надинская М.Ю. Печеночная энцефалопатия / М.Ю. Надинская // *Болезни печени и желчевыводящих путей* / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ООО «Издат. дом М-Вести», 2002. – С. 177–189.
12. Сняченко О.В. Оксид азота в терапевтической практике / О.В. Сняченко, Т.В. Звягина. – Донецк: Юго-Восток, Лтд, 2004. – 258 с.
13. Степанов Ю.М. Аргинин в медицинской практике: обзор литературы / Ю.М. Степанов, И.Н. Кононов, А.И. Журбина, А.Ю. Филиппова // *Сучасна гастроентерологія*. – 2005. – №4. – С. 121–127.
14. Ткач С.М. L-орнитин-L-аспартат как универсальный гепатопротектор-детоксикант с плейотропными эффектами / С.М. Ткач // *Здоров'я України*. – 2013. – №3. – С. 60–61.
15. Щербак И.Б. Коррекция функциональных нарушений печени при острой хирургической патологии / И.Б. Щербак // *Український медичний часопис*. – 2012. – №5. – С. 71–77.
16. Coudray-Lucas C., Le Bever H., Cynober L., De Bandt J.P. [et al.]. Ornithine alpha-ketoglutarate improves wound healing in severe burn patients: a prospective randomized double-blind trial versus isonitrogenous controls / Coudray-Lucas C., Le Bever H., Cynober L., De Bandt J.P., Carsin H. // *Crit Care Med*. – 2000. – N28 (6). – P. 1772–6.
17. Cutinelli L., Sorrentino L., Tramonti C., Salvatore F. [et al.]. Protection by ornithine-aspartate of the effects of physical exercise / Cutinelli L., Sorrentino L., Tramonti C., Salvatore F., Cedrangolo F. // *Arzneimittelforschung*. – 1970. – N20 (8). – P. 1064–7.
18. Cynober L.A. The use of alpha-ketoglutarate salts in clinical nutrition and metabolic care / Cynober L.A. // *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. – 1999. – N2 (1). – P. 33–7.
19. Delcker A., Jalan R., Schumacher M. L-ornithine-L-aspartate vs placebo in the treatment of hepatic encephalopathy: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials using individual data / A. Delcker, R. Jalan, M. Schumacher, G. Comes // *Hepatology*. – 2000. – Vol. 32, No4. – Pt. 2 of 2. – 310 A (Abstract 604).
20. Evdokimova A.G., Radzevich A.É., Tomova A.V., Evdokimov V.V. [et al.]. Optimization of treatment of patients with chronic cardiac insufficiency of the ischemic genesis and hobbnal liver / Evdokimova A.G., Radzevich A.É., Tomova A.V., Evdokimov V.V., Kovalenko E.V., Zhukolenko L.V. // *Antibiot Khimioter*. – 2011. – N56 (5–6). – P. 64–8.
21. Evdokimova A.G., Tomova A.V., Tereshchenko O.I., Zhukolenko L.V. [et al.]. Clinical efficacy of the receptor beta and alpha blockers – carvedilol and ornithine-aspartate in patients with chd and chf combined with alcoholic liver disease / Evdokimova A.G., Tomova A.V., Tereshchenko O.I., Zhukolenko L.V., Evdokimov V.V. // *Eksp Klin Gastroenterol*. – 2016. – N (6). – P. 42–7.
22. Goh E.T., Stokes C.S., Sidhu S.S. [et al.]. L-ornithine-L-aspartate for prevention and treatment of hepatic encephalopathy in people with cirrhosis / Goh E.T., Stokes C.S., Sidhu S.S., Vilstrup H., Gluud L.L., Morgan M.Y. // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2018. – 15; 5: CD012410.
23. Greenstein J.P., Winitz M., Gullino P. [et al.]. Studies on the metabolism of amino acids and related compounds *in vivo*. III. Prevention of ammonia toxicity by arginine and related compounds / J.P. Greenstein, M. Winitz, P. Gullino [et al.] // *Arch. Biochem.* – 1956. – Vol. 64. – P. 342–354.
24. Grüngreif K. Wirksamkeit von L-Ornithin-L-Aspartat-Granulat bei chronischen Lebererkrankungen. Ergebnisse einer Anwendungsbeobachtung bei 1167 Patienten / K. Grüngreif, J. Lambert-Baumann // *Med. Welt*. – 2001. – Vol. 52. – P. 219–226.
25. Häussinger D. Nitrogen metabolism in liver: structural and functional organization and physiological relevance / D. Häussinger // *Biochem. J*. – 1990. – Vol. 267. – P. 281–290.
26. Hommes F.A., Kitchings L., Eller A.G. The uptake of ornithine and lysine by rat liver mitochondria / Hommes F.A., Kitchings L., Eller A.G. // *Biochem Med*. – 1983. – №30 (3). – P. 313–21.
27. Hunold W. Clinical experiences in liver diseases (specially in patients with fatty liver due to alcoholism and food poisoning) under monotherapy with ornithine aspartate / W. Hunold // *Z. Allgemeinmed*. – 1973. – N49 (10). – P. 469–72.
28. Kircheis G., Nilius R., Held C. [et al.]. Therapeutic efficacy of L-ornithine-L-aspartate infusions in patients with cirrhosis and hepatic encephalopathy: results of a placebo-controlled, double-blind study / G. Kircheis, R. Nilius, C. Held [et al.] // *Hepatology*. – 1997. – Vol. 25, No6. – P. 1351–1360.
29. Kleef R., Scheller A. L-ornithine aspartate – a rationale for its use in combination with chemotherapy, radiation, and hyperthermia in oncology / Kleef R., Scheller A. // *Forsch Komplementarmed*. – 1999. – N6 (4). – P. 216.
30. Maneesh M., Jayalekshmi H. Effect of ascorbic acid, alpha-tocopherol, lecithin and L-ornithine-L-aspartate on ethanol induced hypoproteinemia and hyperlipidemia in rats / Maneesh M., Jayalekshmi H. // *Indian J. Physiol Pharmacol*. – 2005. – N49 (4). – P. 422–6.
31. Müting D. Controlled study of the effect of an orally administered ammonia-lowering amino acid (ornithine-aspartate) on liver and pancreas function in liver cirrhosis patients / D. Müting, J. Reikowski // *Therapiewoche*. – 1980. – Vol. 30. – P. 5990–5996.
32. Ndraha S., Hasan I., Simadibrata M. The effect of L-ornithine-L-aspartate and branch chain amino acids on encephalopathy and nutritional status in liver cirrhosis with malnutrition / Ndraha S., Hasan I., Simadibrata M. // *Acta Med Indones*. – 2011. – №43 (1). – P. 18–22.
33. Rees C.J., Oppong K., Mardinie H. Al. [et al.]. Effect of L-ornithine-L-aspartate on patients with and without TIPS undergoing glutamine challenge: a double blind, placebo controlled trial / C.J. Rees, K. Oppong, H.Al. Mardinie [et al.] // *Gut*. – 2000. – Vol. 47. – P. 571–574.
34. Reynolds N., Downie S., Smith K. [et al.]. Treatment with L-ornithine-L-aspartate (LOLA) infusion restores muscle protein synthesis responsiveness to feeding in patients with cirrhosis / N. Reynolds, S. Downie, K. Smith [et al.] // *J. Hepatol*. – 1999. – Vol. 30, Suppl. 1. – P. 105–108.
35. Romero G.M., Bautista J.D., Grande L., Ramos G. New concepts in the physiopathology of hepatic encephalopathy and therapeutic prospects / Romero Gómez M., Bautista J.D., Grande L., Ramos Guerrero R.M., Sánchez Muñoz D. // *Gastroenterol Hepatol*. – 2004. – N27, Suppl 1. V. – P. 40–8.
36. Salvatore F., Cimino F., D'Ayella-Caracciolo M., Cittadini D. Mechanism of the protection by L-ornithine-L-aspartate mixture and by L-arginine in ammonia intoxication / F. Salvatore, F. Cimino, M. D'Ayella-Caracciolo, D. Cittadini // *Arch. Biochem. Biophys*. – 1964. – Vol. 107. – P. 499–503.
37. Shilov V.V., Vasil'ev S.A., Kuznetsov O.A., Andrianov A.Iu. [et al.]. The use of remaxol in combined intensive therapy of acute mushroom poisoning / Shilov V.V., Vasil'ev S.A., Kuznetsov O.A., Andrianov A.Iu. [et al.] // *Klin Med (Mosk)*. – 2013. – №91 (9). – P. 68–70.
38. Shioya A., Kuraiski K., Kakimoto M., Tamama Y. Pharmacological study on L-ornithine-L-aspartate / A. Shioya, K. Kuraiski, M. Kakimoto, Y. Tamama // *Jap. J. Pharmacol*. – 1964. – Vol. 64. – P. 201–214.
39. Staedt U., Leweling H., Gladisch R. Effects of ornithine aspartate on plasma ammonia and plasma amino acids in patients with cirrhosis. A double-blind, randomized study using a fourfold crossover design / U. Staedt, H. Leweling, R. Gladisch // *J. Hepatol*. – 1993. – Vol. 19, No3. – P. 424–430.
40. Strauven T., Mardens Y., Clara R., Terheggen H. Intravenous loading with arginine-hydrochloride and ornithine-aspartate in siblings of two families, presenting a familial neurological syndrome associated with cystinuria / Strauven T., Mardens Y., Clara R., Terheggen H. // *Biomedicine*. – 1976. – N24 (3). – P. 191–9.
41. Tan H.B., Danilla S., Murray A. [et al.]. Immunonutrition as an adjuvant therapy for burns / Tan H.B., Danilla S., Murray A., Serra R., El Dib R., Henderson T.O., Wasiak J. // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2014. – №(12): CD007174. – Электронный документ. Режим доступа: doi: 10.1002/14651858.
42. Tian L.Y., Lu L.G., Tang C.W., Xie Y. [et al.]. Aspartate-ornithine granules in the treatment of nonalcoholic steatohepatitis: a multiple-dose parallel controlled clinical trial / Tian L.Y., Lu L.G., Tang C.W., Xie Y., Luo H.S. [et al.] // *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*. – 2013. – No21 (7). – P. 528–32.
43. Varakanahalli S., Sharma B.C., Srivastava S. [et al.]. Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy in cirrhosis of liver: a double-blind randomized controlled trial of L-ornithine-L-aspartate versus placebo / Varakanahalli S., Sharma B.C., Srivastava S., Sachdeva S., Dahale A.S. // *Eur J. Gastroenterol Hepatol*. – 2018. – No30 (8). – P. 951–958.
44. Yan S.S., Xu D.H., Zhang P.J., Yin J. [et al.]. Meta-analysis of the efficacy and safety of telaprevir combined with peginterferon alfa plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C / Yan S.S., Xu D.H., Zhang P.J., Yin J., Wang P., Wang X. // *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*. – 2013. – No21 (7). – P. 506–9.
45. Yan Z., Wang Y., Mao Q., Wang X. [et al.]. Effect of L-ornithine-L-aspartate granules in treating chronic liver disease in patients with high-level serum gamma-glutamyltransferase / Yan Z., Wang Y., Mao Q., Wang X., Zhang X., Wang Y. [et al.] // *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*. – 2014. – N22 (7). – P. 525–8.
46. Zajac A., Poprzecki S., Zebrowska A., Chalimoniuk M., Langfort J. Arginine and ornithine supplementation increases growth hormone and insulin-like growth factor-1 serum levels after heavy-resistance exercise in strength-trained athlete / Zajac A., Poprzecki S., Zebrowska A., Chalimoniuk M., Langfort J. // *J. Strength Cond Res*. – 2010. – N24 (4). – P. 1082–90.

ЛАРНАМИН

Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя
Комитета контроля медицинской и
фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
№РК-ЛС-5N№022202 от «10» 06 2016 г.

Торговое название

Ларнамин

Международное непатентованное название

Нет

Лекарственная форма

Концентрат для приготовления раствора для инфузий

Состав

1 мл препарата содержит активное вещество – L-орнитина-L-аспартат в пересчете на 100% вещество 500 мг; вспомогательное вещество: вода для инъекций

Описание

Прозрачный раствор от бесцветного до светло-желтого цвета

Фармакотерапевтическая группа

Препараты, применяющиеся при заболеваниях печени, липотропные вещества. Гепатотропные препараты.
Код АТХ А05В А.

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Период полувыведения и орнитина, и аспартата короткий – 0,3–0,4 часа. Незначительная часть аспартата выводится с мочой в неизменном виде.

Фармакодинамика

In vivo действие L-орнитина-L-аспартата обусловлено аминокислотами орнитином и аспартатом с помощью двух ключевых методов детоксикации аммиака: синтеза мочевины и синтеза глутамина. Синтез мочевины происходит в окологепатальных гепатоцитах, где орнитин выступает в качестве активатора двух ферментов: орнитина карбамоилтрансферазы и карбамоилфосфатсинтетазы, а также как субстрат для синтеза мочевины. Синтез глутамина происходит в околовенозных гепатоцитах. В частности, при патологических условиях аспартат и дикарбоксилат, включая продукты метаболизма орнитина, абсорбируются в клетках и используются там для связывания аммиака в форме глутамина.

Глутамат – это аминокислота, которая связывает аммиак как при физиологических, так и при патологических условиях. Полученная аминокислота – глутамин – является не только не токсичной формой для выведения аммиака, но и активирует важный цикл мочевины (внутриклеточный обмен глутамина). При физиологических условиях орнитин и аспартат не лимитируют синтез мочевины. Экспериментальные исследования на животных показали, что способность L-орнитина-L-аспартата снижать уровень аммиака обусловлена ускоренным синтезом глутамина. В отдельных клинических исследованиях было показано это улучшение в отношении разветвленной цепи аминокислот/ароматических аминокислот.

Показания к применению

– лечение сопутствующих заболеваний и осложнений, вызванных нарушением детоксикационной функции печени (например, при циррозе печени) с симптомами латентной или выраженной печеночной энцефалопатии, особенно нарушений сознания (прекома, кома)

Способ применения и дозы

Если не назначено иначе, можно применять до 4 ампул (40 мл) в сутки.

В случае прекомы или комы вводят до 8 ампул (80 мл) в течение 24 часов в зависимости от тяжести состояния.

Перед введением содержимое ампул добавляют к 500 мл инфузионного раствора, но не следует растворять более 6 ампул в 500 мл инфузионного раствора.

Максимальная скорость введения Ларнамина составляет 5 г/час (что соответствует содержанию 1 ампулы).

Курс лечения регламентируется клиническим состоянием больного.

Побочные действия

Желудочно-кишечные расстройства: тошнота, рвота.

Обычно эти симптомы являются кратковременными и не требуют обязательного прекращения лечения лекарственным средством. Они исчезают при уменьшении дозы или скорости введения препарата.

Возможны аллергические реакции.

Противопоказания

– гиперчувствительность к L-орнитину-L-аспартату
– тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина выше 3 мг/100 мл рассматривается как ориентировочная величина)

Лекарственные взаимодействия

Исследования по взаимодействию не проводились.

Данные отсутствуют.

Особые указания

При введении высоких доз препарата Ларнамин необходимо контролировать уровень мочевины в плазме крови и моче.

При существенном нарушении функции печени скорость инфузии необходимо отрегулировать в соответствии с индивидуальным состоянием больного, чтобы предупредить тошноту и рвоту.

Особые меры безопасности

Ларнамин, концентрат для раствора для инфузий, не следует вводить в артерию.

Несовместимость

Поскольку исследования на несовместимость не проводились, этот препарат не следует смешивать с другими лекарственными препаратами.

Ларнамин можно смешивать с обычными растворами для инфузий. Однако не следует растворять более 6 ампул в 500 мл инфузионного раствора.

Применения в период беременности или кормления грудью

Данные о применении L-орнитина-L-аспартата во время беременности отсутствуют, поэтому следует избегать его применения в этот период. Однако если лечение препаратом Ларнамин счи-

тается необходимым по жизненным показаниям, следует внимательно рассмотреть соотношение риск/польза.

Неизвестно, попадает ли L-орнитина-L-аспартат в грудное молоко. Поэтому следует избегать применения препарата в период кормления грудью.

Применение в педиатрии

Опыт применения детям ограничен, поэтому препарат не применяют в педиатрической практике.

Особенности влияния препарата на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с другими механизмами

Вследствие заболевания способность управлять автотранспортом или работать с другими механизмами может быть ухудшена во время лечения препаратом Ларнамин, поэтому следует избегать такого вида деятельности в период лечения.

Передозировка

До настоящего времени признаков интоксикации вследствие передозировки L-орнитина-L-аспартата не наблюдалось. В случае передозировки рекомендуется симптоматическое лечение.

Форма выпуска и упаковка

Концентрат для раствора для инфузий 500 мг/мл. По 10 мл в ампулы из темного стекла с кольцом излома или точкой излома.

На ампулы наклеивают этикетки-самоклейки.

По 5 или 10 ампул вместе с инструкцией для медицинского применения вкладывают в пачку с гофрированными вкладками из картона.

Или по 5 ампул вкладывают в контурную ячею-упаковку из пленки полимерной. По 1 или 2 контурные ячею-упаковки с ампулами вместе с инструкцией для медицинского применения на государственном и русском языках вкладывают в пачку из картона.

Условия хранения

Хранить при температуре не выше 25°C.

Хранить в недоступном для детей месте.

Срок хранения

2 года.

Не применять препарат после окончания срока годности, указанного на упаковке.

Условия отпуска из аптек

По рецепту

Производитель

ПАО «Фармак», Украина, 04080, г. Киев, ул. Фрунзе, 63.

Владелец регистрационного

удостоверения

ПАО «Фармак», Украина

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции (товара):

Республика Казахстан, г. Алматы, индекс 050012, ул. Амангельды 59 «А» Бизнес центр «Шартас», 9-й этаж.

Тел.: +7 (727) 367-64-63

Факс: +7 (727) 267-63-73

Электронный адрес: Djatlova88@mail.ru



Предупреждение и коррекция дисбактериоза кишечника, вызванного приемом антибиотиков

Э.В. Супрун¹ – д.м.н., профессор,
К.Б. Курманова² – д.м.н., профессор

¹ Кафедра общей фармации и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

² Кафедра инфекционных болезней с курсом дерматовенерологии, НАО «Казахский государственный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова» г. Алматы

Использованные сокращения: ААД – антибиотик-ассоциированная диарея, ДК – дисбактериоз/дисбиоз кишечника, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, ПМК – псевдомембранозный колит.

*Мудр тот, кто знает не многое, а нужное
Эсхил*

В жизни каждого человека существенную роль играют разнообразные микроорганизмы – бактерии, вирусы, грибы. Взаимоотношения макроорганизма человека и микроорганизмов формировались десятки и даже сотни миллионов лет и имеют как позитивные, так и негативные аспекты. Человек и другие млекопитающие эволюционировали совместно с триллионами микроорганизмов, и это привело к тому, что большое число последних приспособились к колонизации некоторых биотопов макроорганизма – микробы заселили различные участки нашего тела, включая кожу, полость рта, слизистые мочеполовой и дыхательной систем, отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Подчиняясь законам биологической целесообразности, млекопитающие, включая человека, образно говоря, заключили со многими из заселивших их микробов не только пакт о ненападении, но и договор о взаимопомощи на случай внешних угроз, в том числе исходящих от патогенных вирусов и бактерий.

В последние годы отмечается повсеместное возрождение интереса к кишечной микрофлоре (за рубежом принят термин – микробиота) и ее влиянию на здоровье и болезни человека. Появились новые факты, свидетельствующие о связи кишечного биоценоза с заболеваниями не только ЖКТ, но и сердечно-сосудистой системы, ожирением, сахарным диабетом, злокачественными новообразованиями, аллергическими и аутоиммунными болезнями. В целом, изучение влияния микрофлоры ЖКТ на здоровье человека и его болезни имеет давнюю историю.

Впервые гипотезу о совместном существовании различных видов бактерий в желудочно-кишечном тракте выдвинул в 1681 г. Антони Ван Левенгук после обнаружения микроорганизмов в фекалиях человека. В 1850 г. Луи Пастер развил концепцию о функциональной роли бактерий в ферментационном процессе. Однако основоположником учения о симбиотной микрофлоре и ее влиянии на организм человека по праву считается великий русский ученый, лауреат Нобелевской премии за 1908 год Илья Ильич Мечников. Еще в 1888 г., работая в Институте Луи Пастера, И.И. Мечников высказал предположение, что причиной возникновения многих болезней является совокупное действие на клетки и ткани макроорганизма разнообразных токсинов и других метаболитов, продуцируемых бактериями, во множестве обитающими в пищеварительном тракте и оказывающими на организм «аутоинтоксикационный эффект». В своих работах «Этюды оптимизма» и «Этюды о природе человека» И.И. Мечников писал о том, что многочисленные ассоциации микробов, населяющих кишечник человека, в значительной мере определяют его духовное и физическое здоровье. Также И.И. Мечников полагал, что введение в ЖКТ «здоровословных» бактерий способно модифицировать действие кишечной микрофлоры и противодействовать интоксикации. Практическим воплощением идей И.И. Мечникова стало применение ацидофильных

лактобацилл с терапевтическими целями, которое было начато в США в 1920–1922 годах.

Микрофлора человека очень разнообразна – соприкасающийся с внешней средой организм человека населен по разным данным от 500 до 5000 видов бактерий, не считая персистирующие вирусы, простейшие и грибы. При этом вся микрофлора кишечника подразделяется на главную или облигатную (обязательная), факультативную (сапрофитная и условно-патогенная) и транзиторную (случайная). В состав *облигатной* микрофлоры входят анаэробы (бифидобактерии, пропионобактерии, пептострептококки) и аэробы (лактобактерии, энтерококки и эшерихии). *Факультативная* микрофлора представлена сапрофитами (бактериоиды, пептококки, стафилококки, стрептококки, бациллы, дрожжевые грибы) и аэробными и анаэробными бациллами. К условно-патогенным энтеробактериям относятся представители семейства кишечных бактерий: клебсиеллы, протеи, цитробактеры, энтеробактеры и др.

Нормальная кишечная микрофлора выполняет ряд важных функций в организме человека. Ведущая роль нормальных кишечных бактерий сводится к защите организма от колонизации условно-патогенными и патогенными бактериями и предупреждению избыточного бактериального роста в кишке за счет выработки определенных ингибирующих рост патогенов субстанций. Такое бактериостатическое действие оказывают низкомолекулярные метаболиты сахаролитической микрофлоры – молочная кислота и короткоцепочечные жирные кислоты (пропионовая, масляная, валериановая, уксусная и др.). Кишечная микрофлора способна синтезировать витамины, в частности, витамины группы В, витамины К и С, никотиновую и фолиевую кислоты. Кроме того, молочная и уксусная кислоты, продуцируемые бактериями в результате метаболизма, способствуют усилению процессов всасывания в стенке кишечника ионов кальция, железа, витамина Д.

Кишечные бактерии участвуют в процессах пищеварения с участием широкого спектра бактериальных полисахаридаз, гликозидаз, протеаз и пептидаз. Нормальная микрофлора кишечника участвует в энтеро-гепатической циркуляции желчных кислот за счет способности бактерий в дистальных отделах подвздошной кишки деконъюгировать желчные кислоты, которые затем всасываются и таким образом осуществляется постоянный их кругооборот. Микрофлора разрушает пищеварительные ферменты, различные стеролы и стероиды, включая холестерин, деконъюгированные желчные кислоты, андрогены и эстрогены.

Бактерии, населяющие толстый кишечник, участвуют в реализации иммунологических защитных механизмов. Так, известно, что они стимулируют лимфоидный аппарат кишечника, препятствуют деградации секреторного IgA, стимулируют образование интерферона, образование иммуноглобулинов и иммунокомпетентных клеток и способствуют активации иммунных реакций, создавая иммунологическую резистентность. Являясь одной из мощнейших естественных защитных систем организма, нормальная микробиота кишечника также выполняет ряд других, не менее важных функций, таких как трофическая и энергетическая стимуляция перистальтики кишечника, участие в дифференцировке и регенерации тканей, детоксикация и выведение эндо- и экзогенных ядовитых соединений, разрушение мутагенов, активация действия лекарственных веществ, поддержание ионного гомеостаза, образование сигнальных молекул (нейротрансмиттеров) и др.

Качественное и/или количественное изменение состава кишечной микрофлоры называют дисбактериозом или дисбиозом кишечника (ДК). Частой причиной развития ДК являются заболевания органов пищеварения, особенно сопровождающиеся нарушениями переваривания и кишечного всасывания, при которых изменение состава внутренней среды в кишке меняет условия суще-

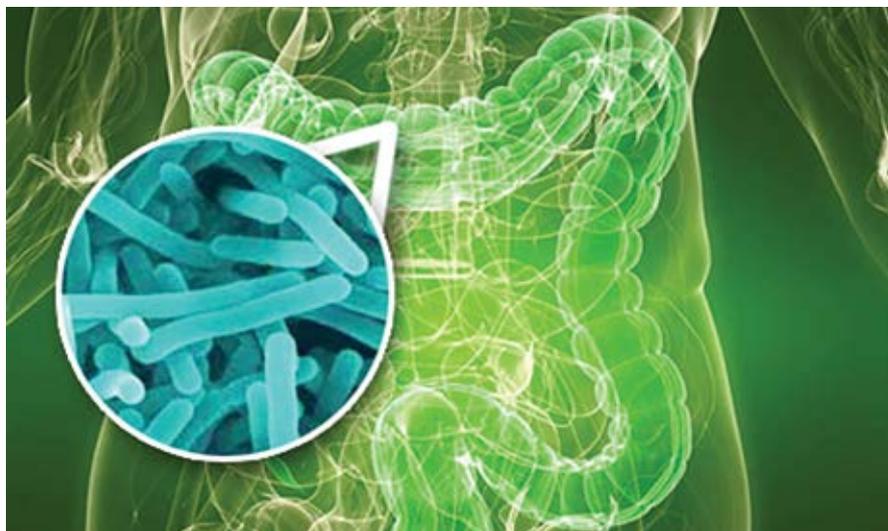
ствования микроорганизмов. Таким образом, ДК часто является патогенетическим «ложем» для формирования заболеваний внутренних органов, т.е. взаимоотношения между дисбиозом кишечника человека и его внутренними болезнями носят взаимопотенцирующий характер.

В современной медицинской литературе все чаще и чаще появляются данные о возможности негативного воздействия на организм человека различных лекарственных средств. Так, **антибактериальные препараты** являются этиотропным способом лечения бактериальных инфекций, то есть крайне важным. Основными целями назначения антимикробных препаратов при инфекционных заболеваниях являются уменьшение выраженности симптомов и общей продолжительности болезни, предупреждение тяжелых (жизнеугрожающих) осложнений и смерти больных, прерывание путей передачи возбудителя (элиминация патогена). Однако не вызывает сомнений, что даже после относительно короткого оправданного применения курса антибиотиков обязательно происходят изменения естественной нормальной микрофлоры организма человека.

Принимая во внимание большую частоту назначения антибактериальных препаратов, следует отметить, что особенно данная информация актуальна и значима в случаях их необоснованного и нерационального применения. К числу неблагоприятных последствий антибактериальной терапии относятся диспепсические и аллергические реакции, токсическое воздействие на органы и системы, формирование антибиотикоустойчивых штаммов патогенных микроорганизмов, а также постантибиотический дисбиоз. Стоит отметить, что медицинский прогресс и разработка новых мощных антибактериальных препаратов широкого спектра действия способствует не только расширению возможностей лечения инфекционных заболеваний, но и актуализации проблемы дисбиозов.

Известно, что антибиотики приводят к дисбалансу во внутренней

экологической системе человека, которая представлена в организме на коже, в дыхательных путях, мочеполовых органах, но главным образом – в различных отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), особенно в толстой кишке. В свою очередь, колебание динамического равновесия микробиоты видоизменяет устойчивые взаимоотношения микроорганизм-макроорганизм и, как следствие, не только нарушает функции органов, являющихся естественным резервуаром соответствующей микрофлоры, но и приводит к формированию болезни в организме хозяина. В настоящее время доказано, что нарушение микробиоты кишечника способству-



ет развитию гастроинтестинальных симптомов (абдоминального болевого синдрома, метеоризма, нарушений стула и др.), многих других патологических состояний организма и ослаблению иммунной системы.

В литературе такие патологические изменения получили название антибиотик-ассоциированных состояний, а нозологические формы – антибиотик-ассоциированных колитов или антибиотик-ассоциированной диареи (ААД). На сегодняшний день об ААД может идти речь, если на фоне или в течение 4 недель после приема антибиотиков имело место более трех эпизодов неоформленного стула более 2 дней подряд. В зарубежной литературе можно встретить такие синонимы ААД, как «антибиотикоассоциированный колит», «нозокомиальный колит».

В общей популяции населения появление симптомов ААД встречается у 5–30% лиц, получающих антибиотики. Последние проведенные в Дании эпидемиологические исследования подтвердили, что применение в раннем детстве антибиотиков является неблагоприятным прогностическим фактором развития некоторых воспалительных заболеваний кишечника. Анализ результатов 500 000 историй болезни показал, что у младенцев, которые получали антибиотики в первые годы жизни, в дальнейшем существенно возрастает заболеваемость болезнью Крона, причем этот риск увеличивается пропорцио-

нально количеству курсов антибиотикотерапии.

Данная ситуация способствовала появлению новой концепции способности антибиотика оказывать сопутствующий ущерб (collateral damage). Согласно современным представлениям, термин collateral damage используют для описания экологически нежелательных эффектов антимикробной терапии, например, селекции лекарственно-устойчивых микроорганизмов, колонизации условно-патогенной микробной флоры и развития инфекции, вызванной множественно-устойчивыми бактериями.

Таким образом, через дисбактериоз кишечника замыкается порочный круг, разорвать который необходимо как для успешного лечения основного заболевания – инфекци-

Таблица 1. Частота регистрации случаев антибиотик-ассоциированной диареи

Название антибиотика	Регистрация случаев, %
Линкомицин, клиндамицин	20–30
Амоксициллин + клавулановая кислота	10–25
Цефиксим	15–20
Ампициллин	5–10
Цефтриаксон, цефаперазон	2–5
Макролиды (эритромицин, кларитромицин) + тетрациклины	2–5
Фторхинолоны	1–2
Триметоприм	<1

онного процесса, так и для ликвидации его последствий. Кроме того, доказано наличие связи дисбактериоза кишечника с последующим развитием заболеваний сердечно-сосудистой системы, ожирения, сахарного диабета, злокачественных новообразований, аллергических и аутоиммунных болезней и др.

Регистрация частоты развития ААД в зависимости от приема того или иного «злостного» антибиотика представлена в табл. 1.

По механизму развития, клиническим признакам и тяжести процесса можно выделить две основные формы ААД, которые имеют различный патогенез:

- 1) идиопатическая;
- 2) псевдомембранозный колит, обусловленный *Clostridium difficile* (*Cl. difficile*).

Патогенез идиопатической ААД:

- 1) Гиперкинетическая диарея развивается при применении антибиотиков, содержащих клавулановую кислоту (способствует усилению перистальтики), а также макролидов (раздражают мотилиновые рецепторы, что, в свою очередь, приводит к сокращению антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки);
- 2) Гиперосмолярная диарея наблюдается в результате неполного всасывания цефалоспоринов, что способствует развитию синдрома мальабсорбции;

- 3) Токсическая диарея возникает в ответ на прямое токсическое действие тетрациклинов на слизистую желудочно-кишечного тракта;
- 4) Секреторная диарея развивается в результате усиления секреции в толстом кишечнике вследствие нарушения деконъюгации желчных кислот за счет повышенного выделения хлоридов и воды;
- 5) Дисбиотические процессы, которые возникают вследствие приема антибиотиков, ведущие к изменению количественного и качественного состава нормальной кишечной микрофлоры.

Как правило, клинически данный вариант ААД протекает с умеренным послаблением стула, наличие патологических примесей в кале, лихорадки, лейкоцитоза не характерно. Развитие осложнений для идиопатической ААД не характерно.

Патогенез псевдомембранозного колита (ПМК)

Псевдомембранозный колит – более тяжелая форма ААД, ассоциированная с бактерией *Clostridium difficile*, т.е. «трудной». *Cl. difficile* является облигатно-анаэробной грамположительной спорообразующей бактерией с природной резистентностью к большинству антибиотиков, токсинообразующие штаммы которой являются основным возбудителем госпитальных колитов, в

том числе и наиболее тяжелого ПМК с высокой летальностью (до 15–30% случаев). Возбудитель не погибает под воздействием антисептиков, содержащих спирт, и подвергается уничтожению хлоргексидином. Споры при низких значениях pH выживают, а вегетирующие формы *Cl. difficile* погибают при pH=1,0–3,5 желудочного сока. Бессимптомное носительство *Cl. difficile* составляет около 3–5% среди взрослого населения, однако при антибиотикотерапии (пенициллины, цефалоспорины, клиндамицин, макролиды) частота носительства увеличивается до 15–40%.

Роль антибиотиков в патогенезе ПМК сводится к подавлению нормальной микрофлоры кишечника, в частности к резкому снижению количества нетоксигенных клостридий, и к созданию условий для размножения *Cl. difficile* и для перехода их в токсинообразующие формы. *Cl. difficile* продуцирует несколько токсинов, не инвазируя слизистую оболочку кишечника. Токсин А (энтеротоксин) инициирует повреждение колоноцитов и вызывает диарею, обладает просекреторным и провоспалительным действием, способен активировать провоспалительные клетки, высвобождая медиаторы воспаления и субстанцию Р. Токсин В (цитотоксин) оказывает повреждающее действие на колоноциты и мезенхимальные клетки. Провоспалительное и дезагрегирующее действие токсинов А и В приводит к значительному повышению проницаемости слизистой оболочки кишечника.

В отличие от идиопатической ААД риск развития ПМК не зависит ни от дозы антибиотика, ни от кратности, ни от способа введения препарата. Клиническая картина ПМК характеризуется наличием интенсивных, схваткообразных болей в животе (до развития диареи или на фоне развития пареза кишечника наблюдается клиническая картина «острого живота»), жидкого стула до 20–25 раз в сутки с патологическими примесями крови, слизи, фебрильной лихорадкой. Кроме того, у

пациента прогрессируют признаки интоксикации, в случае выраженного диарейного синдрома на первый план выходят проявления, связанные с дегидратацией организма и нарушением водно-электролитного баланса. В ряде случаев ПМК осложняется развитием кишечного кровотечения, токсического мегаколона, перфорации толстой кишки, сепсиса, электролитных нарушений, дегидратации, шока. Возможны серьезные осложнения ПМК в виде обезвоживания, кишечного кровотечения, перитонита, сепсиса. Редко встречаются молниеносные формы ПМК, напоминающие холеру, летальность при отсутствии лечения которых составляет 15–30%.

Лечение ААД

Признаки ААД исчезают после прекращения приема «виновного» антибиотика, поэтому основные мероприятия больше направлены не на терапию, а на профилактику диареи. Тем не менее в отдельных случаях необходимо медикаментозное вмешательство.

При развитии дисбиотических процессов восстановление микробной экологии кишки может осуществляться применением биологических бактериальных препаратов на основе микроорганизмов – представителей нормальной микрофлоры человека, так называемые про- и пребиотики.

Пробиотики – препараты, содержащие живые бактерии – представители нормальной кишечной микрофлоры человека.

Пребиотики, в отличие от пробиотиков, живых бактерий не содержат, но при этом обладают свойствами благоприятно влиять на состояние микробиоценоза, улучшая жизнедеятельность полезных бактерий и создавая для них максимально комфортные условия. Комбинированные препараты, в состав которых входят бактериальные препараты и пребиотические стимуляторы роста, обозначают как «синбиотики».

С практических позиций важной является оценка состава пробиотического препарата. Принято подразделение на три типа пробио-

логических продуктов: одноштаммовые, содержащие один штамм; мультиштаммовые, в состав которых входят несколько штаммов одного вида микроорганизмов; мультивидовые (многовидовые), состоящие из штаммов различных видов, принадлежащих к одному или, что более предпочтительно, к разным семействам бактерий. В 2004 г. группа исследователей из Нидерландов под руководством Н.М. Timmerman, исследуя эффекты одноштаммовых, мультиштаммовых и многовидовых препаратов, доказала, что мультивидовые пробиотики обладают явным преимуществом.

Однако использование только пре-, про- и синбиотиков в большинстве случаев не приводит к полноценному восстановлению нормального состава микрофлоры. Доказано частое развитие сопряженных расстройств в виде дисбиоза кишечника и нарушений витаминно-минерального обмена, которые осложняются при неблагоприятных особенностях питания пациентов – при отсутствии поступления в организм адекватного количества витаминов и микроэлементов, что связано с такими факторами, как дефицит пищевых волокон и других пребиотических составляющих пищи, потреблении пищи, содержащей антибактериальные компоненты, несбалансированное по составу нутриентов, витаминов, микроэлементов питание, нерегулярное питание, резкая смена рациона или режима питания и многое другое.

Ситуация усугубляется тем, что развитие дисбиоза кишечника, витаминной и/или макроэлементной недостаточности, особенно у пациентов на фоне применения антибиотиков, практически не встречается изолированно. Следовательно, необходим комплексный подход к лечению ААД у пациентов с сочетанными изменениями микробиотического статуса, витаминного и макроэлементного баланса.

Проблема связи иммунного и витаминно-минерального статуса заслуживает особого внимания. Известно, что витамины, многие из

которых являются коферментами или их фрагментами, могут влиять на функции различных систем организма, включая иммунную. Отдельные витамины группы В являются косвенными участниками иммунологических реакций. Витамин В₁₂ обладает иммуностимулирующим действием: повышая неспецифическую сопротивляемость бактериальным инфекциям, он усиливает бактерицидную активность сыворотки крови, увеличивая продукцию нормальных и иммунных антител, а также фагоцитарную активность лейкоцитов. Рибофлавин (В₂) требуется для генерации и аккумуляции энергии, необходимой для иммунологических реакций. Пантотеновая кислота обеспечивает сохранность кожи и слизистых оболочек, что немаловажно для системы местного иммунитета.

Доказано, что после приема мультивитаминных и минеральных добавок было отмечено улучшение показателей клеточного иммунитета, а также снижение частоты возникновения и степени тяжести инфекционных заболеваний. Более того, клинические исследования отдельных витаминов и микроэлементов, в частности витамина В₆, выявили его общеукрепляющие свойства. Однако для более эффективного повышения активности собственных механизмов противоинфекционной защиты и лечения ААД кроме баланса витаминов и минералов необходимо также учитывать состояние микрофлоры кишечника.

Таким образом, микробная флора ЖКТ является специфическим трофическим гомеостазом, который обеспечивает как усвоение необходимых для жизнедеятельности макроорганизма веществ (питательные вещества, витамины, макро- и микроэлементы и т.д.), так и синтез некоторых из них, а также принимает участие в регуляции ряда функций организма. Также доказано, что имеется четкая взаимосвязь между состоянием здоровья человека, развитием его болезней и состоянием кишечной (симбиотной) микрофлоры. При этом побочные действия системной антибактериальной тера-

пии в виде развития дисбиотических нарушений являются классическими и неотвратимыми – антибиотики прямо подавляют жизнедеятельность кишечных микроорганизмов и значительно изменяют состав микрофлоры ЖКТ. В свою очередь нарушения кишечной микрофлоры существенно изменяют состав внутренней среды кишки, что нарушает пищеварительные процессы, оказывает повреждающее действие на кишечную стенку и усугубляет уже имеющуюся мальабсорбцию. Таким образом, вторично нарушается участие микрофлоры в обмене витаминов и микроэлементов, и это усугубляет

Комбинированный синбиотический препарат Ферталь® был разработан итальянской компанией ESI s.p.a и представляет собой эффективную комбинацию 5 штаммов натуральной микрофлоры – *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus bulgaricus* и активных пребиотических компонентов: концентрированного экстракта Алоэ Вера и витаминов группы В. В одном флаконе или капсуле содержится не менее 2 миллиардов колониеобразующих единиц (КОЕ) живых высушенных бактерий. Благодаря специальной технологии

Алоэ Вера обеспечивает контроль роста кишечной микрофлоры, ограничивает нежелательное воздействие вредных бактерий и дрожжевых грибов в толстом кишечнике. Содержащиеся в Алоэ Вера пребиотические компоненты – галактоманнаны, глюкоза, манноза, галактоза, аминокислоты, фитостерины, витамины – стимулируют и активизируют метаболизм живых молочнокислых бактерий, и тем самым способствуют улучшению их выживаемости в кишечнике.

Витамины группы В обеспечивают улучшение метаболизма и необходимы для правильного роста молочнокислых бактерий. Кроме того, отдельные витамины группы В являются косвенными участниками иммунологических реакций. Витамин В₁₂ обладает иммунотропным действием: повышая неспецифическую сопротивляемость бактериальным инфекциям, он усиливает бактерицидную активность сыворотки крови, увеличивая продукцию нормальных и иммунных антител, а также фагоцитарную активность лейкоцитов. Рибофлавин (В₂) требуется для генерации и аккумуляции энергии, необходимой для иммунологических реакций. Пантотеновая кислота обеспечивает сохранность кожи и слизистых оболочек, что немаловажно для системы местного иммунитета.

Выпускается Ферталь® в виде флаконов и капсул. При острых состояниях рекомендуется начать с приема препарата Ферталь® во флаконах. Принимать препарат в течение 1 недели с последующим переходом на капсулы. Применять до уменьшения симптомов и еще 3 дня после их исчезновения. Сведения о побочных эффектах или о передозировке БАДа отсутствуют, ограничения на период беременности и лактации не существует.

Показания к применению комбинированного синбиотика Ферталь®: профилактика и коррекция дисбактериоза, вызванного приемом антибиотиков, перенесенной острой кишечной инфекцией, несбалансированным питанием и другими



как дисбиотические сдвиги в кишечнике, так и проблемы витаминно-минеральной обеспеченности. Следовательно, необходим комплексный подход к лечению таких пациентов с сочетанными изменениями микробиотического статуса и витаминного и макроэлементного баланса.

Адекватную помощь в данной ситуации при лечении ААД может оказать комбинированный синбиотический препарат Ферталь®, в состав которого входит пробиотический компонент и комплекс витаминов и микроэлементов, что расширяет круг показаний для их использования и делает его препаратом не только лечения, но и профилактики нарушений микробиоценоза кишечника, гиповитаминозов и дефицита микроэлементов.

Производства Ферталь® содержит гастроустойчивые живые высушенные бактерии, что обеспечивает их поступление в кишечник без разрушения в желудке и, соответственно, быстрое восстановление кишечной микрофлоры.

Входящие в состав препарата Ферталь® лакто- и бифидобактерии восстанавливают естественное микробное равновесие в кишечнике, регулируют работу желудочно-кишечного тракта, нормализуют синтез витамина Е и К, поддерживают естественную защиту организма от вирусов и бактерий, создают благоприятные условия для роста и размножения «полезных» микроорганизмов, от работы которых зависит 70% иммунной защиты.

причинами; дисфункцией пищеварения, нарушением всасывания пищи; хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Особенность препарата Ферталь® в том, что все полезные бактерии защищены от воздействия кислого желудочного сока и не погибают в желудке, как это происходит при применении обычных незащищенных пробиотиков, благодаря специальной технологии производства. Поэтому режим дозирования Ферталь® очень прост и удобен – всего 1 флакон или капсула в день. При применении других незащищенных пробиотиков приходится пить препарат несколько раз в день, из-за того, что большая часть бактерий в их составе погибает в желудке и для того, чтобы поддержать оптимальную концентрацию полезных бактерий в кишечнике, приходится повторно пить препарат в течение дня. И то, большая часть полезных бактерий, опять-таки погибнет в кислой среде желудка, а до кишечника дойдут только те, кто «выжил».

Еще одной особенностью препарата Ферталь® является то, что свежие бактерии хранятся прямо под крышкой флакона и попадают в питательную среду только в момент открывания флакона. В питательной среде фруктоолигосахаридов они сразу активируются, а попадая в кишечник, быстро и эффективно налаживают работу кишечника. Именно поэтому Ферталь® рекомендуется включать в комплексное лечение диареи с первых дней заболевания.

Способ применения и рекомендованная суточная доза: в отличие от многих пробиотиков, Ферталь® принимается всего 1 раз в день. При необходимости доза может быть увеличена до 2 флаконов или капсул в день. Препарат рекомендуется принимать после еды, капсулы запивать достаточным количеством жидкости. В случае применения Ферталь® на фоне антибактериальной терапии препарат следует применять через 2 часа после приема антибиотиков. Общая продолжи-

тельность курса лечения в среднем составляет 15–21 день. При профилактическом назначении препарата Ферталь® достаточно его приема по 1 флакону в течение 6 дней. Длительность применения зависит от причины возникновения дисбактериоза и индивидуальных особенностей организма и может составлять от 1–2 недель до 1–2 месяцев.

Таким образом, комбинированный синбиотический препарат Ферталь® оказывает многоуровневые эффекты – восстанавливает естественное микробное равновесие в кишечнике и воздействует на патогенную и условно-патогенную микрофлору (за счет синтеза биологически активных веществ и путем активации иммунного ответа), способствуют нормализации процессов пищеварения (за счет нормализации синтеза витамина E

и K), поддерживает естественную защиту организма от вирусов и бактерий (за счет создания благоприятных условий для роста и размножения «полезных» микроорганизмов и стимулирования специфического и неспецифического звеньев иммунной системы). Комбинированный синбиотический препарат Ферталь® удобен в применении, имеет хороший профиль безопасности и подтвержденную высокую эффективность в клинической практике.

Комбинированный синбиотический препарат Ферталь® позволит не только избавиться от неприятностей – дисбиотических нарушений при дисбактериозе кишечника, вызванном приемом антибиотиков, но и укрепит иммунную противoinфекционную защиту организма.

Список литературы

1. Anderson A.D., McNaught C.E., Jain P.K., MacFie J. Randomized clinical trial of symbiotic therapy in elective surgical patients // *Gut*. – 2004. – Vol. 53. – P. 241–245.
2. Biagi E., Candela M., Fairweather-Taight S., Franceschi C., Brigidi P. Ageing of human metaorganism: the microbial counterpart // *Age*. – 2012. – Vol. 34. – P. 247–267.
3. De Vrese M., Schrezenmeier J. Probiotics, prebiotics, and synbiotics // *Adv. Biochem. Eng. Biotechnol.* – 2008. – Vol. 111. – P. 1–66.
4. Dong H., Rowland I., Yaqoob P. Comparative effects of six probiotic strains on immune function *in vitro*. *Br. J. Nutr.* – 2012. – Vol. 108 (3). – P. 459–470.
5. Gionotti L., Morelli L., Galbiati F. et al. A randomized double-blind trial on perioperative administration of probiotics in colorectal cancer patients // *World J. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 16 (2). – P. 67–175.
6. Ichinohe T., Pang I.K., Kumamoto Y. et al. Microbiota regulates immune defense against respiratory tract influenza A virus infection // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2011. – Vol. 108 (13). – P. 5354–5359.
7. Servin A.L. Antagonistic activities of lactobacilli and bifidobacteria against microbial pathogens // *FEMS Microbiol. Rev.* – 2004. – Vol. 28 (4). – P. 405–440.
8. Бельмер С.В., Малкоч А.В. Кишечная микрофлора и значение пребиотиков для ее функционирования // *Лечащий врач*. – 2006; 4: 60–65.
9. Бондаренко В.М., Грачева Н.М. Дисбиотические состояния и лечебные мероприятия при них. *Вестн. Рос. АМН*. – 2005; 12.1: 24–29.
10. Гранитов В.М., Хорошилова И.А. Классификация кишечного дисбактериоза. *Успехи современного естествознания*. – 2002; 3: 6–10.
11. Гребнев А.Л., Мягкова Л.П. Кишечный дисбактериоз. *Руководство по гастроэнтерологии*. – М.: Медицина, 1996. – Т. 3. – С. 324–432.
12. Ершова И.Б. Особенности кишечного микробиоценоза при вирусных гепатитах и возможности его коррекции // *Актуальная инфектология*. – 2014; 2 (3): 6–10.
13. Запруднов А.М., Мазанкова Л.Н. Микробная флора кишечника и пробиотики. *Методическое пособие*. – М., 2001. – 32 с.
14. Ким А.А. «Ферталь» в комплексном лечении дисбактериоза кишечника у инфекционных больных // *Медицина и экология*. – 2010; 3: 131–133.
15. Конакбаева Р.Д., Ларюшина Е.М., Литвинов А.И. Клинико-эндоскопическое обоснование применения симбиотика «Ферталь» у больных хроническими диффузными заболеваниями печени // *Медицина и экология*. – 2010; 4: 161–163.
16. Мечников И.И. Этюды о природе человека. – М.: изд-во Академии Наук СССР, 1961.
17. Мырзабекова Г.Т. Структура заболеваемости и применение пробиотиков в комплексной терапии хронической *H. pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологии // *Медицина и экология*. – 2010; 3: 150–153.

Ферталь®

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА



1 РАЗ В ДЕНЬ



ДЕТЯМ С РОЖДЕНИЯ
И ВЗРОСЛЫМ



ФЛАКОНЫ
для быстрого эффекта



КАПСУЛЫ
для продолжительного приема

Комбинированное синбиотическое средство содержит: 5 видов натуральной микрофлоры: *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus bulgaricus* в количестве не менее 2-х миллиардов колониеобразующих единиц (КОЕ) живых высушенных бактерий.

Область применения: предупреждение и коррекция дисбактериоза; кишечника, вызванного приемом антибиотиков, перенесенной острой кишечной инфекцией, несбалансированным питанием и др.; для улучшения физиологических функций органов пищеварения; предупреждение обострений хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Способ применения и рекомендованная суточная доза: Раствор для внутреннего приема во флаконах рекомендуются взрослым и детям с рождения и старше, по 1 флакону 1 раз в день. Капсулы рекомендуются взрослым и детям в возрасте от 6 лет и старше, по 1 капсуле в день. Длительность применения зависит от причины возникновения дисбактериоза и индивидуальных особенностей организма и может составлять от 1-2 недель до 1-2 месяцев. При острых состояниях рекомендуется начать с приема препарата

во флаконах. Принимать раствор в течение 1 недели с последующим переходом на капсулы. При необходимости доза может быть увеличена до 2-х флаконов или капсул в день.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту, который входит в состав продукта.

Особые указания: Содержит фруктозу. Не рекомендуется запивать Ферталь® горячими напитками. Не принимать одновременно с алкоголем. **Беременность и лактация:** Данный продукт не запрещается применять во время беременности и кормления грудью.

Условия хранения и срок годности: Хранить в сухом, недоступном для детей месте при температуре не выше 25°C. Срок годности 2 года. Не применять после завершения срока годности.

Производитель: ESI s.p.a., Италия.

Свидетельство о государственной регистрации:

№KZ.16.01.78.003.E.000047.02.18 от 05.02.2018г.

№KZ.16.01.78.003.E.000051.02.18 от 05.02.2018г.

№KZ.16.01.78.003.E.000053.02.18 от 05.02.2018г.



Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции: Представительство «Сэлфар ЛТД» в Республике Казахстан. г. Алматы, Аль-Фараби 5, Нурлы Тау 1а, оф 301. Тел/факс: +7 (727) 311 16 28



Законы маркетинга: как посетитель делает выбор?

Если посетитель аптеки точно знает, какое лекарственное средство ему нужно, в каком количестве и какой дозировке, то к нему методы, описанные в статье, будут неприменимы. Мы будем говорить о тех покупателях, которые зашли приобрести лекарство из определенной группы (к примеру, антигистаминное средство) или намерены спросить у фармацевта рекомендацию, уточнив симптомы. То, какое именно средство возьмет покупатель, на 90% зависит от первоисточника.

Осознанный выбор

Ряд приемов поможет фармацевту вести «прицельную» работу с покупателем. Обратите внимание на первую фразу, с которой он к вам обращается. Начинает разговор: «Вижу, у вас есть средство...»? Перед вами визуал. Такому покупателю смело можно вручать брошюру или рекламный проспект, показывать броскую упаковку или необычный дизайн таблетки. Посетитель говорит, что «слышал о новом средстве...»?

Это скорее всего аудиал – человек, который воспринимает информацию на слух. С такими посетителями нужно говорить, говорить и еще раз говорить. В разговоре клиента мелькают слова «я чувствовал», «это действующее средство», «удобное применение» и т.п.? Перед вами кинестик, которому важны комфорт и удобство.

Покупатель, приходящий в аптеку, подобен молодой девушке в автомастерской: он целиком полагается на рекомендацию фармацевта, а большинство названий веществ ни о чем ему не говорят. Свою лепту в выбор потребителя вносит реклама: если человек изо дня в день видит по телевидению рекламу конкретного средства, он скорее всего его и купит. В последнем случае фармацевт может «посоревноваться» с рекламой, предложив клиенту аналог и аргументированно убедив его приобрести другой препарат. В любом случае посетитель аптеки рассматривает провизора как профессионала и хочет получить от него рекомендацию. Что в таком случае может сделать первостольник?

- Спросите, пользовался ли покупатель каким-то средством ранее. Это вовсе не значит, что он купит именно его, но вам даст представление о покупательской способности клиента. Далее вы можете предложить клиенту аналог, описав его достоинства.
- Не предлагайте клиенту слишком большое количество аналогов: как бы парадоксально это ни звучало, но слишком большой выбор снижает вероятность совершения покупки. К примеру, если у вас в ассортименте имеется 8 препаратов с одинаковым действующим веществом, не стоит предлагать их все. Назовите 2, максимум – 3 средства, сделайте паузу в несколько секунд, чтобы посетитель сам принял решение.
- Подавляющее большинство покупателей предпочитают продукт из средней ценовой ка-

тегории. Объяснение простое: про слишком дешевый продукт клиент может подумать, что он недолжного качества, на дорогой ему может не хватить средств, а вот на покупку «среднего» продукта он решится с наибольшей вероятностью. Отсюда вытекает прием, который может использовать провизор: предложить клиенту три наименования лекарственных средств из разных ценовых категорий. Скорее всего покупатель выберет «золотую середину».

- Если посетитель с готовностью делает свой выбор, можно попробовать предложить ему сопутствующие или смежные товары. Например, покупателю электрической

фармацевтику нельзя сравнивать с продажей техники, но в ряде случаев законы маркетинга можно применить в любой сфере.

- Если вы видите, что посетитель готов совершить покупку, но не может решиться, поможет фраза: «Это средство хорошо берут» или «Это лекарство пользуется популярностью». У подавляющего числа покупателей срабатывает «эффект солидарности»: если он точно знает, что много людей уже купили это средство, он скорее всего тоже совершит покупку.

«Услышь меня»

В маркетинге с успехом применяется метод «зеркала», когда первостольник «отзеркаливает»



зубной щетки можно порекомендовать отбеливающую зубную пасту: как правило, рядом с витриной щеток и паст находится плакат с бело-зубой моделью, и у покупателя в подсознании созреет прямая связь между его приобретением и возможностью получить голливудскую улыбку. Подобным же образом действуют продавцы бытовой техники, которые не упустят шанса порекомендовать купить к новой плите бережное моющее средство или безопасную жидкость для утюга. Разумеется,

манеру общения покупателя. Человек говорит размеренно, степенно, делает четкие паузы между фразами? Попробуйте говорить так же. С громким покупателем чуть повысьте тембр голоса. Стеснительному и явно волнующемуся человеку ни в коем случае не стоит отвечать четко и резко. Так вы делаете общение максимально комфортным для потребителя: он подсознательно чувствует, что вы его понимаете, и вероятность покупки возрастает.

Известный маркетолог Авель Равелла считает, что ключевой навык любого человека, имеющего дело с продажами, – умение слушать поку-

пателя, а уж последний сам расскажет о том, что ему нужно. Ненавязчивое непринужденное общение позволит достаточно просто выявить истинную потребность человека. Другой вопрос, что у фармацевта далеко не всегда есть возможность уделять время неспешной беседе. Иногда посетитель не может очертить жесткие рамки своих предпочтений. Сравните, к примеру, следующее: в магазине одежды покупатель может попросить туфли 38-го размера, из замши рыжего цвета, без каблука. Выбор сузится до нескольких позиций. Если же в аптеке посетитель попросит дать ему обезболивающее средство, сразу определиться будет не так-то просто. Задача фармацевта – понять, какое средство пациент купит с наибольшей вероятностью, и «подтолкнуть» покупателя именно к этому решению. Можно назвать это иллюзией выбора, однако, если первостольник не будет задействовать этот прием, в подавляющем большинстве случаев посетитель и вовсе уйдет без покупки.

Шаблон первый

Мы имеем дело с «**покупателем-аристократом**». Это вовсе не значит, что он действительно таковым является, но он, несомненно, считает себя особой голубых кровей. Такие персоны обычно смотрят на окружающих свысока, говорят спокойным, но чуть нервным (как бы странно это ни звучало) тоном и скорее всего уйдут, если увидят в аптеке очередь. Таким покупателям рекомендуется предлагать самые лучшие средства, новинки, дорогостоящие препараты. Как правило, такие клиенты не стоят за ценой, им гораздо важнее качество продукта. Или то, как вы им этот продукт презентуете. Порой одна-единственная фраза решает исход сделки. Шикарно одетая покупательница может не решаться купить дорогой крем, но достаточно сказать, что в его производстве использовалась лаванда исключительно с полей Прованса, как ее выбор будет определен окончательно. Таким клиентам важна эксклюзивность. «Штуч-

не совершит покупку вовсе. Лучшим действием будет напрямик спросить, сколько денег покупатель готов потратить на то или иное средство. Далее советуете средство из названной ценовой категории. Почти наверняка покупатель спросит, какие средства есть еще. Вы можете назвать более дорогое средство и пояснить, какие у него достоинства по сравнению с первым. Не настаивайте на более дорогом средстве; бережливые покупатели – как раз те люди, с которыми метод «иллюзии выбора» не работает. Они непременно должны принять решение самостоятельно. Однако вы можете перечислять достоинства более дорогого средства. «Полагаю, вы всегда выбираете лучшее», «...вы правы, переплачивать ни к чему» – фразы-помощники при общении с экономным посетителем.

Шаблон третий

Наконец, **среднестатистический покупатель**. Это наиболее многочисленная группа, о них мы уже упоминали. Это люди, на которых сильное влияние оказывают реклама, а также выбор большинства. Работа с данной группой покупателей требует наименьших затрат энергии, однако надо помнить, что именно эта группа – источник львиной части дохода аптеки. Именно поэтому умение слушать, готовность подсказать, провести консультацию, пояснить непонятные медицинские термины – ваши помощники в данном случае.

Первостольник может успешно «бороться» с закрытостью покупателя. Человек скрестил руки на груди, говорит сквозь зубы, и вам сложно у него что-либо разузнать? Попробуйте вести себя с точностью до наоборот: держите ненавязчивый зрительный контакт. Руки держите свободно и даже расслабленно. Ни в коем случае не копируйте его «защитный» жест, не скрещивайте руки. Дружелюбно улыбайтесь, общайтесь легко и непринужденно. Такими нехитрыми способами можно «открыть» самого зажатого покупателя.

Светлана Богатикова



Встречают по одежке

Любой человек хочет почувствовать себя особенным. Да, это работает не только в модном бутике, но и в аптеке тоже. Как при большом потоке посетителей провизору найти индивидуальный подход к каждому покупателю? Возможно ли это в принципе? Возможно. Никто не говорит о применении метода «психологического портрета» к каждому покупателю. Есть ряд шаблонов, которые вы с успехом можете применять, если научитесь им пользоваться.

ный товар», «ограниченная партия», «изобретатель никому не продает патент» – ваши вспомогательные фразы на случай визита «покупателя-аристократа».

Шаблон второй

Бережливый покупатель. Речь о людях, которые могут позволить себе купить дорогостоящее средство, но в силу своей экономности не делают этого. С такими покупателями следует общаться максимально осторожно, иначе есть вероятность, что он

Когда сердце нуждается в защите



«Сердечный аспирин» – так на языке посетителей аптеки звучит название ацетилсалициловой кислоты (АСК) в кардиологических дозах. Таких препаратов в аптеках – множество. Давайте поможем покупателям выбрать наиболее оптимальное средство.

Наталья Каргаполова,
бизнес-тренер

Постоянный прием АСК достоверно увеличивает продолжительность жизни пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями, помогает избежать рисков возникновения инфарктов и инсультов.

За счет чего такой эффект? Всем известно, что причиной развития острого инфаркта или инсульта, является тромбоз сосудов сердца и головы.

АСК действует на циклооксигеназу, ключевой компонент активации тромбоцитов. Поэтому АСК замедляет тромбообразование, снижает способность тромбоцитов соединяться друг с другом. Действие одной дозы АСК длится до 10 дней – именно столько длится жизненный цикл тромбоцитов. Но процесс кроветворения идет постоянно, и новые клетки крови появляются каждый день, поэтому

принимать препарат нужно ежедневно, чтобы избежать образования тромбов.

Значение ацетилсалициловой кислоты (АСК), как эффективного и доступного антиагрегантного средства, является общепризнанным. Несмотря на появление других дезагрегантов, АСК остается препаратом, наиболее часто и широко используемым для профилактики сердечно-сосудистых событий и смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью, а также для предотвращения тромбоэмболических осложнений у лиц с пороками сердца, искусственными клапанами, мерцательной аритмией, поражениями аорты и ее крупных ветвей, рецидивирующими тромбоэмболиями легочной артерии.

Одним из факторов, чаще всего ограничивающих использование АСК, являются ее побочные эффекты, и в первую очередь – воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Следует лишь отметить, что по данным многоцентровых контролируемых исследований, тяжелые поражения верхних отделов ЖКТ при приеме АСК встречаются относительно редко. В большинстве случаев причиной отмены АСК служат так называемые «малые» диспепсические явления – дискомфорт в эпигастрии, тошнота, рвота, изжога.

Соответственно, усилия фармакологов были направлены на создание препаратов АСК, в минимальной степени воздействующих на ЖКТ.

Первыми такими средствами стали препараты, покрытые кишеч-

норастворимой оболочкой, устойчивой к воздействию желудочного сока. Благодаря такому покрытию АСК всасывается в тонком кишечнике, а не в желудке (соответственно не раздражает слизистую последнего). Вместе с тем кишечнорастворимая оболочка существенно замедляет всасывание АСК и снижает его биодоступность. Было установлено, что АСК с кишечнорастворимым покрытием в дозах менее 100 мг/сут. может оказывать менее выраженный антиагрегантный эффект, особенно у лиц с избыточной массой тела, по сравнению с обычными препаратами. Поэтому для эффективного действия, требуется большая доза. Однако более высокие дозировки АСК не обеспечивают лучшую профилактику, но повышают риск осложнений и побочных эффектов со стороны ЖКТ.

Поэтому, на сегодняшний день созданы современные лекарственные формы ацетилсалициловой кислоты, предлагающие новые способы защиты желудочно-кишечного тракта.

Одним из наиболее эффективных и часто назначаемых препаратов является Кардиомагнил (Takeda) – комбинированный препарат ацетилсалициловой кислоты (в наиболее эффективных и безопасных дозах – 75 и 150 мг) с не-всасывающимся антацидом – гидроокисью магния.

Гидроокись магния (антацид) – наиболее часто используется при лечении заболеваний желудка, в том числе и язвенной болезни. Его положительный эффект связан с адсорбцией соляной кислоты, кроме того он снижает протеолитическую активность желудочного сока, обладает обволакивающими свойствами, связывает желчные кислоты и лизолецитин, оказывающие негативное воздействие на слизистую желудка.

В экспериментальных и клинических условиях антациды способны предотвращать возникновение повреждений слизистой оболочки желудка. Установлено, что цитопротективный эффект антаци-

дов связан с повышением уровня простагландинов в стенке желудка (так как снижение простагландинов в стенке желудка является основным механизмом язвообразования при применении ацетилсалициловой кислоты), усилением секреции бикарбонатов и увеличением гликопротеинов желудочной слизи.

Комбинация ацетилсалициловой кислоты с гидроокисью магния (Кардиомагнил) позволяет значительно снизить частоту диспепсии и повысить приверженность пациентов к лечению.

Гидроокись магния, входящая в состав Кардиомагнила, является наиболее быстродействующим антацидом. Это наиболее важный момент, поскольку ацетилсалициловая кислота быстро всасывается из желудка: значимые концентрации в плазме крови достигаются уже через 15–20 минут. При этом результаты ряда исследований доказали, что гидроокись магния не оказывает влияния на всасываемость ацетилсалициловой кислоты. Поэтому биодоступность гораздо выше, чем у кишечнорастворимых форм, что позволяет принимать АСК в минимально эффективных дозах 75 мг/сут. Эффективность Кардиомагнила 75 мг клинически доказана высоко достоверным исследованием SAPAT2, которое показало снижение сердечно-сосудистой смертности почти на 40%.

Поэтому при выборе препарата для лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, с точки зрения эффективности и безопасности, в настоящее время предпочтение отдается современным лекарственным формам ацетилсалициловой кислоты, и в первую

очередь, комбинации ацетилсалициловой кислоты с гидроокисью магния (Кардиомагнил).

Экономные посетители часто желают приобрести «бюджетный обычный аспирин», чтобы делить таблетку и принимать ее по частям для кардиопрофилактики. Делать этого ни в коем случае нельзя! Во-первых, из-за негативного влияния АСК на ЖКТ, во-вторых, из-за того, что пациент не всегда сможет отделить нужное количество препарата. Кроме того, не в каждой таблетке действующее вещество распределено равномерно, качество и количество вспомогательных веществ тоже разное. Все это влияет на эффективность и безопасность лечения.

Рекомендуйте клиентам Кардиомагнил – современное лекарственное средство, с отличной переносимостью АСК и снижающее частоту диспепсических проявлений со стороны ЖКТ.

Помимо этого, препарат Кардиомагнил (*TAKEDA), обладает отличным соотношением цена/эффективность.

Кардиомагнил выпускается в таблетках, содержащих 75 и 150 мг АСК и 15,2 мг и 30,39 мг гидроксида магния соответственно. В упаковке – 30 или 100 таблеток.

Упаковка в 100 таблеток более выгодна по цене. Кроме того, ее приобретение позволит клиенту минимум 3 месяца не нарушать график лечения, избавит от необходимости покупать препарат каждый месяц.

Таким образом Кардиомагнил – это надежная помощь, проверенная временем.

Кардиомагнил – дарит вам время!

Список литературы

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Кардиомагнил.
2. Баркаган З.С., Котовщикова Е.Ф. Сравнительный анализ основных и побочных эффектов различных форм ацетилсалициловой кислоты. – «Клиническая фармакология и терапия». – 2004.
3. Яковенко Э.П. и др. Влияние препаратов ацетилсалициловой кислоты на морфофункциональное состояние слизистой оболочки желудка у кардиологических пациентов пожилого возраста. – «Сердце: журнал для практикующих врачей». – Том 12, №3 (71). – 2013.

КАРДИОМАГНИЛ

ацетилсалициловая кислота 75 мг

Дарим Вам время



СОКРАЩЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

Торговое название. Кардиомагнил. **Международное непатентованное название.** Ацетилсалициловая кислота. **Лекарственная форма.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 75 мг. **Показания к применению:** таблетки 75 мг - острая и хроническая ишемическая болезнь сердца; первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, таких как тромбоз и острый коронарный синдром у людей старше 50 лет с одним или более из следующих признаков, которые могут быть факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, ожирение (ИМТ > 30) и семейный анамнез инфаркта миокарда в возрасте до 55 лет; профилактика повторного инфаркта миокарда и тромбоза кровеносных сосудов. **Способ применения и дозы:** при приеме внутрь таблетки можно жевать или суспензировать в воде для обеспечения быстрого поглощения. **Таблетки 75 мг.** Острая и хроническая ишемическая болезнь сердца. 150 мг как начальная доза, а затем 75 мг ежедневно. Острый инфаркт миокарда/нестабильная стенокардия. 150-450 мг как можно скорее после появления первых симптомов. **Профилактика повторных тромбозов.** 150 мг как начальная доза, а затем 75 мг ежедневно. **Пациенты старше 50 лет.** Первичная профилактика, при наличии особого риска развития сердечно-сосудистых болезней: 75 мг ежедневно. **Побочные действия:** удлиненное время кровотечения, ингибирование агрегации тромбоцитов, изжога, кислотный рефлюкс, боль в животе, геморрагический диатез, головная боль, бронхоспастический эффект у пациентов с астмой, эритема и эрозии в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, тошнота, диспепсия, рвота, диарея, бессонница. **Противопоказания:** гиперчувствительность к салицилатам, к нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП) или к любому из вспомогательных веществ, геморрагический диатез, язвенная болезнь в активной стадии, тяжелые нарушения функции почек, тяжелые нарушения функции печени, тяжелые нарушения сердечной функции, дети в возрасте до 16 лет, превышение дозы более 100 мг в день в III триместре у беременных женщин. **Особые указания:** Беременность и лактация: Низкие дозы (до 100 мг/сут). Клинические исследования показывают, что дозировки до 100 мг/сут являются безопасными для использования в акушерстве, требующего специального наблюдения. Высокие дозы (более 100 мг/сут): Первый и второй триместр: Ингибиторы синтеза простагландинов можно применять, только если есть строгие показания, и доза должна быть как можно низкой, а срок лечения как можно более коротким. Третий триместр: АСК свыше дозы более 100 мг в день противопоказано в III триместре у беременных женщин. Из-за отсутствия опыта применения во время лактации, перед назначением АСК в период грудного вскармливания следует оценить потенциальную пользу терапии препаратом относительно потенциального риска для детей грудного возраста. **Условия отпуска из аптек.** Без рецепта.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

В целях контроля безопасности и качества препаратов компании «Тakeda» необходимо сообщить любую информацию о нежелательной реакции и претензии по качеству продукта по адресу: ТОО «Тakeda Казахстан», г. Алматы, ул. Шашкина, 44. Тел.: +7(727)2444004. Факс: +7(727)2444005. Электронная почта: DBO-KZ@takeda.com



ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Ацетилсалициловая кислота предупреждает риск развития инфаркта, инсульта и тромбоза
- Магния гидроксид, входящий в состав препарата, защищает слизистую оболочку желудка, нейтрализует соляную кислоту, устраняя неблагоприятное воздействие ацетилсалициловой кислоты



PK-ЛС-5-№020820 от 19.09.2014 г. до 19.09.2019 г.

Правила общения первостольника и заведующей аптекой

Мало кто считает общение с руководителем приятным времяпровождением. Однако делать это приходится всем без исключения. Что и как говорить, как строить фразы, можно ли спорить и отстаивать свою точку зрения: вопросов так много, и ответы на них часто противоречивы. Давайте рассмотрим все аспекты общения провизора с заведующим аптеки.

Устанавливаем правила

Многим из нас знакомо чувство «газирочки в животе», когда предстоит визит к начальнику. Даже если вы знаете, что хорошо и ровно выполняете свою работу, зачастую во время общения с начальником вас не покидает ощущение, что вы сдаёте экзамен. И вы замечаете, что вдруг то краснеете, то бледнеете, то не можете подобрать нужных слов. А то и вовсе не можете ответить на простой вопрос.

Запомните одну важную вещь: начальник не ставит себе цель унижить или в чём-то уличить своего подчиненного. Его задача – выполнять свою работу, принимать

управленческие решения, если того требует ситуация, а главное – обеспечивать бесперебойную и прибыльную работу аптеки. Не стоит пытаться создать дружеские отношения между вами и начальником: наличие дистанции – одно из основных условий успешного менеджмента. У вас могут быть теплые и простые отношения, но не приятельские.

Простые слова

Для многих актуален вопрос: как правильно общаться с руководителем? Какие слова подобрать? Правил здесь, как и в любом другом виде общения, масса, и зачастую они противоречат друг другу. Давайте попробуем разложить все по полочкам.

Будьте естественны: если с посетителями аптеки вы строги и держитесь отчужденно, не стоит при начальнике надевать маску приветствия и добродушия. Будьте собой. В конце концов, вы не обязаны любить всех людей вокруг; если вы общаетесь с покупателями вежливо и тактично, этого достаточно. Руководитель не станет требовать от вас голливудской улыбки.

Не используйте в общении с руководителем «слова-паразиты». Конечно, сделать это гораздо сложнее, чем посоветовать. «Ну-у», «э-э-э», «так сказать», «значит» появляются в нашей речи незаметно и не спешат покидать насиженные места. Боритесь с этим. Помните, что злоупотребление словами-паразитами выдает вашу неуверенность в себе. Представьте, что на месте каждого вашего «э-э-э» или «ну-у» стоит самое остренькое нецензурное слово, какое вы только знаете. Приятно ли слушать такую речь? «Э-э-э» и «ну-у» ничем не лучше.

Не перебивайте начальника во время общения. Вообще это относится к общению с любым человеком, но в отношении руководителя – это аксиома. Выслушайте его до конца, даже если вас незаслуженно в чём-то обвиняют. Вы можете быть уверенным в своей правоте, знать тысячу способов оправданий и иметь много что сказать – все это может подождать. Разве вы перестанете быть правым через минуту-две, когда заведующий закончит свою речь? Конечно, нет. Вот и подождите, пожалуйста, эту минуту.

Осторожно, конфликт!

Фармацевту хватает конфликтных ситуаций в работе: он не понаслышке знает о проблемных клиентах, которые будто черпают энергию, выводя работника аптеки из себя. Тем неприятнее ситуация, если вдруг к конфликту с посетителями добавляется конфликт с руководителем. Претензия может исходить как от начальника, так и от самого перво-стольника.

Наиболее частые причины конфликта следующие:

- новый график работы (количество рабочих часов в смене или очередность смен);
- заработная плата (не увеличили в обещанный срок или ввели систему наказаний);
- кадровые перестановки внутри аптеки («На его месте должен был быть я!»);
- критика заведующего (по поводу недостаточной эффективности работы, частых конфликтов с посетителями).

Какой бы ни была причина спора, зачастую она приводит к выплеску негативной энергии, агрессии, озлобленности. Задача обеих сторон – приложить максимум усилий к погашению конфликта.

Что тут можно предпринять?

1 Спокойно изложить претензии, подкрепляя их аргументами. Ключевые фразы – «спокойно» и «подкрепляя аргументами». Первое – залог продуктивного общения. Реплика: «Вы должны повысить мне зарплату, потому что везде получают больше» звучит как минимум по-детски. Если вы уверены в том, что достойны большей зарплаты, проведите анализ рынка. Выясните среднюю по городу зарплату специалиста с вашим опытом. Учтите дату последнего повышения заработной платы, уровень инфляции, а также доходность вашей аптеки. Подтвержденная такими фактами просьба о повышении зарплаты почти наверняка будет рассмотрена положительно.

2 Не переходите на личности при выяснении проблемной ситуации. Если заведующий аптекой говорит вам о вашем промахе, не стоит говорить, что так делают все сотрудники аптеки, а кое-кто еще и похуже! Отвечайте только за свои слова и поступки.

3 Не бойтесь вести диалог с руководителем. Редко, когда вам совершенно нечего сказать. Главное – не говорите сгоряча. Если есть такая возможность, заранее продумайте свою речь. Избегайте резких слов. В будущем вы наверняка пожалеете об этом.

4 Развивайте коммуникацию. Вовлеките руководителя в решение проблемы: «Давайте вместе подумаем, как лучше поступить в такой ситуации» или «А что вы думаете по данному вопросу?» – ваши фразы-помощники.

5 Найдите компромисс. Помните, что руководитель отвечает перед более высокими структурами за работу аптеки в целом. Никого «наверху» не будет интересовать ваш внутренний конфликт, а вот если действия начальника приведут к потере прибыльности, его точно не похвалят. Поэтому постарайтесь найти компромиссные решения конфликта и вместе вернуть работу аптеки на налаженные рельсы.

6 Не копите обиду. Даже если вас незаслуженно в чем-то обвинили, а затем правда выяснилась, не держите зла и обиды на руководителя. Его могли неверно информировать, он мог не знать всех фактов, наконец, мог превратно понять ситуацию. Ваша задача – спокойно и четко все пояснить.

7 Не ждите долго. Лучше сразу открыто и четко выяснить все спорные моменты, чтобы в дальнейшем проблема не стала разрастаться подобно снежному кому. Всегда лучше провести профилактику, чем потом «лечить болезнь».

Позиция заведующего

Давайте посмотрим на тему с другой стороны: с точки зрения заведующего аптекой. Заведующий

заклучен в рамки должностной инструкции. Согласно последней, заведующий должен организовывать работу коллектива по осуществлению своевременного и качественного обеспечения населения лекарственными препаратами, а также контролировать выполнение работниками приказов и распоряжений.

Далеко не всегда (скажем прямо – крайне редко) упомянутые приказы и распоряжения вступают в действие по инициативе самого заведующего. И так же не всегда (снова – крайне редко) приказы вызывают восторг провизоров. Однако обеспечить их выполнение – прямая обязанность заведующего. Всегда ли достаточно констатировать факт выхода нового распоряжения и быть уверенным, что оно будет воплощено? Конечно, нет. В случае недовольства обязывающим документом фармацевты будут старательно избегать его выполнения. Не из вредности или желания поступить наоборот, а просто потому, что они – люди, а людям не свойственно покорно выполнять то, что им не нравится.

Что делать заведующему в данном случае? Согласиться с подчиненными, что приказ неудачный, выполнять его не следует, и кто вообще их составляет, эти приказы? Вряд ли так получится. В реальности заведующий должен любыми способами обеспечить бесперебойную работу аптеки, а также выполнение персоналом всех приказов и распоряжений. Что остается? Правильно: проявить в определенной мере авторитарные черты и выполнить свои должностные обязанности.

В конце концов, согласитесь, что руководитель, на короткой ноге стоящий со своими подчиненными, – явление вовсе не частое. Да, такого человека не боятся, но и уважать со временем будут все меньше и меньше. Поэтому стоит принять простую вещь: если заведующий говорит вам, как и что надо делать, он всего лишь выполняет свои должностные обязанности и показывает свой профессионализм и компетентность.

Светлана Богатикова

Оптимизация местного лечения тяжелых клинических форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта

Е.Ю. Колосова – аспирант кафедры стоматологии Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, г. Украина

Ключевые слова: красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, лечение, глюкокортикоиды.

E.Yu. Kolosova

Optimization of the local treatment of severe clinical forms of lichen ruber planus oral cavity

Purpose: to study the clinical efficacy of combination drug therapy using a spray on the basis of corticosteroid in patients with exudative – giperemic, erosive and ulcerative forms of lichen ruber planus.

Methods. Conducted a comprehensive clinical evaluation of 23 patients with severe clinical forms of lichen ruber planus.

Results. We prove the therapeutic efficacy of topical use of corticosteroid in treatment of exudative – giperemic, erosive and ulcerative forms of lichen ruber planus oral cavity, which can reduce treatment time, prevents the recurrence of the disease, improve the quality of life of patients.

Conclusions. The proposed method of treatment of exudative – giperemic, erosive and ulcerative forms of lichen ruber planus oral cavity is effective and can be recommended in clinical practice.

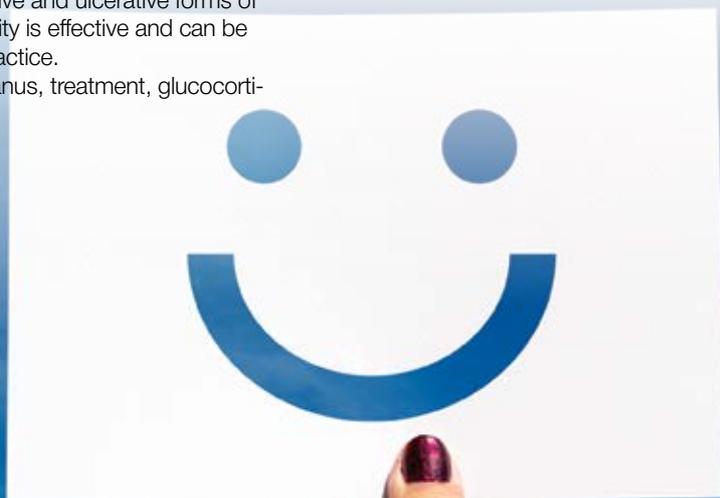
Keywords: lichen ruber planus, treatment, glucocorticoids.

Цель: изучить клиническую эффективность комбинированной лекарственной терапии с использованием спрея на основе кортикостероида у больных экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формами красного плоского лишая.

Пациенты и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 23 пациентов с тяжело протекающими формами красного плоского лишая.

Результаты. В работе доказана терапевтическая эффективность местного использования глюкокортикоида в комплексном лечении экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, что позволяет сократить сроки лечения, предупреждает рецидивы заболевания, улучшает качество жизни больных.

Выводы. Предложенная методика лечения экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта является эффективной и может быть рекомендована в клиническую практику.



Введение

Среди многообразия патологии слизистой оболочки полости рта красный плоский лишай относится к числу самых распространенных заболеваний [1–3]. Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся высыпанием ороговевших папул на коже и слизистых оболочках, в том числе полости рта. Патогенетическими факторами заболевания являются: аутоиммунные нарушения в организме, психосоматические заболевания, эндокринная патология и другие [4, 6, 7]. Определенную роль в развитии кератоза играют местные факторы (травматические воздействия, гальванические токи и прочее).

Красный плоский лишай относят к факультативным предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта. Малигнизация тяжело протекающих форм заболевания (экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная) отмечается менее чем в 6% случаев. Однако уже одно это требует постоянного динамического наблюдения за данной категорией больных, совершенствования методик лечения, изыскания оптимальных комбинаций лекарственных средств в комплексной терапии заболевания. Особого внимания заслуживают тяжело протекающие формы КПЛ – экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, которые доставляют больным невыносимые страдания в связи с выраженным воспалительным процессом и болевым синдромом. Больные не могут нормально питаться, затруднено общение, нарушено психоэмоциональное состояние. Болевой синдром включает в себя местную реакцию на повреждение и ответную вегетативную реакцию организма. Боль связана с активацией периферических болевых рецепторов вследствие локаль-

ного повреждения, вызванного травмой с воспалением и отеком тканей. Современная анальгетическая терапия предусматривает подавление локальной реакции организма на повреждение с использованием препаратов, блокирующих синтез медиаторов боли и воспаления. Таковыми являются кортикостероидные препараты, которые оказывают противовоспалительное (торможение перекисного окисления липидов, стабилизация лизосомальных мембран, снижение энергообеспечения воспалительного процесса, торможение



агрегации нейтрофилов, торможение пролиферативной фазы воспаления), десенсибилизирующее и антиаллергическое действие.

Цель работы: изучить клиническую эффективность комбинированной лекарственной терапии с использованием спрея «Ангиноваг» на основе кортикостероида гидрокортизона у больных экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной формами КПЛ полости рта.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 23 пациента с КПЛ (20 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 22 до

65 лет. Давность заболевания составляла от четырех месяцев до двух лет. У 18 больных КПЛ выявлена сопутствующая патология – неврозы, хроническая патология ЖКТ (холецистит, гастрит, колит), генерализованный пародонтит. В группу наблюдения были включены больные с тяжелыми клиническими проявлениями КПЛ, у всех было значительно нарушено качество жизни.

У 12 пациентов диагностирована экссудативно-гиперемическая форма заболевания. У них наблюдалась ярко выраженная обширная гиперемия слизистой

оболочки щек. На фоне воспаления определялись отдельные папулы белесоватого цвета и слившиеся – в виде неярко выраженного рисунка «папоротника» или сетчатого рисунка.

Эрозивно-язвенную форму наблюдали у 11 больных. Она характеризовалась интенсивной гиперемией слизистой щек, распространяющейся на область переходной складки верхней и нижней челюсти. На этом фоне определялись различной величины эрозивные и язвенные поверхности, покрытые фибриновым налетом, резко болезненные. Очаги поражения были на спинке языка. По периферии эрозий

или язв обнаруживали белесоватые типичные папулы.

Всем пациентам проводилось комплексное лечение. Назначали: глицин по 1 табл. 2–3 р./день (поскольку превалировал неврогенный фактор), витамины группы В (В₁, В₆, никотиновая кислота), концентрат витамина А, антигистаминные препараты. Проводилось лечение у смежных специалистов.

Местное лечение предполагало устранение раздражающих факторов (сошлифовывание острых краев зубов, исключение разноименных металлов в полости рта, рациональное протезирование), санацию полости рта.

Для обработки очагов поражения использовали спрей «Ангиноваг», в состав которого входит гидрокортизона ацетат, лидокаина гидрохлорид, эноксолон, тиротри-

цин, масло ананасовое и другие ингредиенты. Вещества противовоспалительного, анальгетического, антибактериального и антисептического действия, входящие в состав данного препарата, обеспечивают комплексную патогенетическую терапию воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Перед обработкой спреем больным рекомендовали антисептические полоскание рта, затем тампоном удаляли некротический налет с поверхности эрозий и язв, после чего в течение двух суток больной производил по 1–2 впрыскивания спрея «Ангиноваг» каждые 3 часа, далее – по 1 впрыскиванию каждые 6 часов. Курс лечения составлял 5–7 суток. Также назначались аппликации кератопластиков на пораженные участки (3–4 раза в сутки).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты лечения 19 больных КПЛ слизистой оболочки полости рта прослеживали в катамнезе от трех месяцев до одного года. Эффективность лечения оценивали на основании анамнестических данных и клинических показателей – устранения симптомов заболевания, времени наступления и длительности ремиссий, нормализации общего статуса.

Повторному наблюдению подверглось 10 больных экссудативно-гиперемической формой КПЛ. Терапевтический эффект начал проявляться на 2–3-й день лечения. Основной положительный эффект, на который указывали пациенты, – это снижение интенсивности боли, что отмечалось

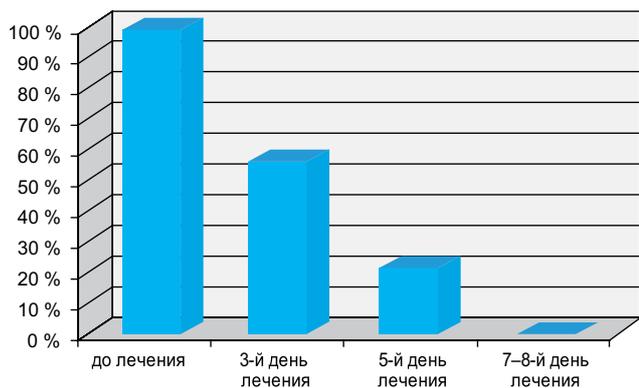


Рисунок 1. Динамика болевого синдрома у больных с экссудативно-гиперемической формой КПЛ на фоне проводимого лечения

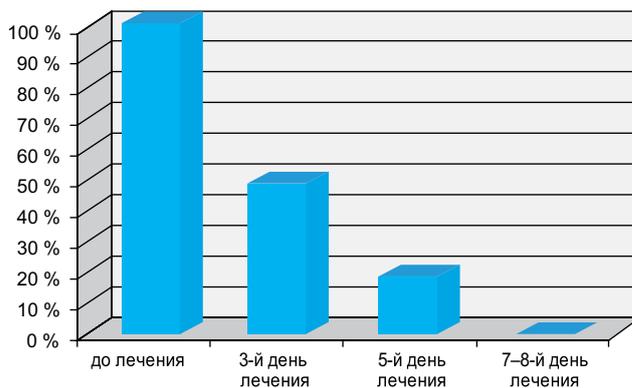


Рисунок 2. Динамика воспалительной реакции у больных с экссудативно-гиперемической формой КПЛ на фоне проводимого лечения

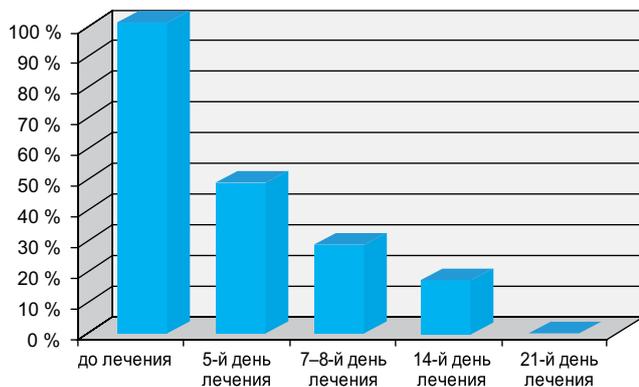


Рисунок 3. Динамика болевого синдрома у больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ на фоне проводимого лечения

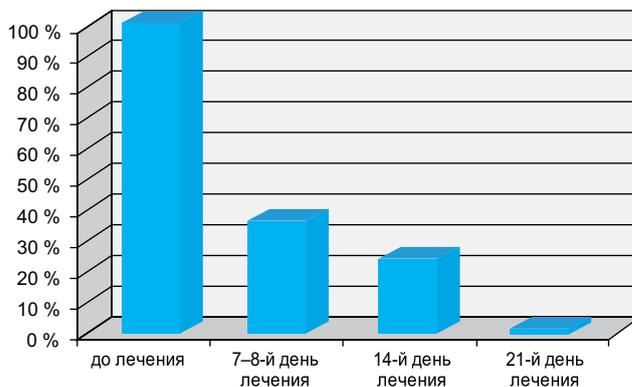


Рисунок 4. Динамика воспалительной реакции у больных с эрозивно-язвенной формой КПЛ на фоне проводимого лечения



Ангиноваг®

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя
Комитета контроля медицинской и
фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
№896 от 21.11.2012 г.

Торговое название

Ангиноваг

Международное непатентованное название

Нет

Лекарственная форма

Спрей для местного применения

Состав

100 мл препарата содержат

активные вещества:

деквалина гидрохлорид 0,1 г, тиротрицин
0,4 г, (β-глицерилэфирная кислота 0,06 г,
гидрокортизона ацетат 0,06 г, лидокаина
гидрохлорид 0,1 г,

вспомогательные вещества: пропилен-
гликоль, масло ананасовое, натрия саха-
ринат, этанол 96%.

Описание

Прозрачный, бесцветный или светло-
желтый раствор с характерным вкусом и
запахом ананаса.

Фармакотерапевтическая группа

Препараты для лечения заболеваний ре-
спираторной системы. Препараты для
лечения заболеваний горла.

Код АТХ R02A

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Препарат предназначен для ингаляци-
онного применения и образует терапев-
тическую концентрацию, главным обра-
зом, в очаге воспаления.

Фармакодинамика

Ангиноваг объединяет в своем соста-
ве вещества противовоспалительного,
анальгетического, антибактериального,
антисептического и противовирусно-
го действия. Объединение указанных
фармакологических свойств обеспечи-
вает комплексную патогенетическую
терапию воспалительных заболеваний
верхних дыхательных путей и слизистой
оболочки ротовой полости. Препарат
представлен в форме спрея с клапаном
для распыления, благодаря чему удобен
для применения при лечении инфекций
ротоглотки.

Показания к применению

- местное лечение при инфекционно-
воспалительных заболеваниях по-
лости рта и верхних дыхательных пу-
тей: тонзиллит, фарингит, ларингит,
афтозный и язвенный стоматиты,
глоссит.

Способ применения и дозы

Взрослым и детям старше 13 лет

Перед применением прополоскать рот
и глотку, удалить налет с пораженных
участков.

Ударная доза по 1–2 впрыскивания каж-
дые 2–3 часа, поддерживающая – по 1
впрыскиванию каждые 6 часов. Курс
лечения определяется врачом индивиду-
ально, обычно составляет 5–7 суток.

Для правильного применения рекомен-
дуется поместить флакон в вертикаль-
ном положении, чтобы пероральный
аппликатор был направлен на зону по-
ражения, но не полностью вводите в ро-
товую полость. Нажмите верхнюю часть
колпачка сверху вниз. Не снимайте пе-
роральный аппликатор с флакона после
установки и применения.

Побочные действия

- аллергические реакции на компо-
ненты препарата
- ощущение жжения, сухость
- легкое онемение

Противопоказания

- повышенная индивидуальная чув-
ствительность к любому из компо-
нентов препарата
- детский возраст до 13 лет

Лекарственные взаимодействия

Не рекомендуется одновременное при-
менение с новокаином, седативными
препаратами.

Особые указания

Ангиноваг содержит 89,385% этанола в
конечном объеме. Каждое впрыскивание
содержит приблизительно 0,075 г этанола,
который может являться причиной риска
применение в педиатрии до 13 лет, бере-
менных женщин и пациентов с заболева-
ниями печени, алкоголизмом, эпилепсией,
повреждениями головного мозга, поэтому
применять с осторожностью. Следует со-
блюдать осторожность при назначении
больным с сахарным диабетом, так как
препарат содержит сахаринат натрия.

Беременность и период лактации

Применение препарата в период бере-
менности и лактации не противопоказа-

но, но целесообразность приема уста-
навливает врач в зависимости от пре-
имущества пользы над потенциальным
риском от применения. Не превышать
рекомендованные дозы.

Особенности влияния на способность управлять автотранспортом или другими потенциально опасными механизмами

Учитывая содержания 0,075 г этанола не-
обходимо соблюдать осторожность при
управлении автотранспортом или другими
потенциально опасными механизмами.

Передозировка

Случаи передозировки не зарегистриро-
ваны.

Форма выпуска и упаковка

По 20 мл препарата помещают во фла-
коны белого цвета из полиэтилена высо-
кой плотности, укуренные полипропи-
леновой крышкой.

По 1 флакону вместе с насадкой и ин-
струкцией по медицинскому применению
на государственном и русском языках
помещают в картонную пачку.

Условия хранения

Хранить при температуре не выше 30°C.
Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

4 года. Не применять по истечении срока
годности.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Наименование и страна органи- зации-производителя

Феррер Интернациональ С.А.,
Гран Виа де Карлос III, 94 08028 Барсе-
лона, Испания.

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения

Лаборатории Новаг С.А. Испания

Наименование и страна органи- зации-упаковщика

Феррер Интернациональ С.А., Испания

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казах- стан претензии потребителей по качеству продукции (товара):

Представительства «Медиал Ди энд
Пи Лтд» по Центральной Азии в РК
050050 г. Алматы
Тел.: +7 (727) 295-48-82/83
Факс: +7 (727) 295-48-81

уже с первых дней лечения, болевой синдром полностью исчезал к 7–8-м суткам лечения (рис. 1). Постепенно уменьшалась распространенность очагов воспаления, через 7–8 дней исчезла гиперемия и отечность слизистой оболочки щек, сократилось число узелковых элементов (рис. 2). Значительное уменьшение количества папул отмечалось у 78% больных, уменьшение – у 12% пациентов.

Через 2–3 месяца нормализовалась симптоматика общего характера: исчезли головные боли, раздражительность, нормализовался сон, улучшилось качество жизни. Рецидива заболевания не отмечено.

Результаты лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ слизистой оболочки полости рта наблюдались у 9 больных. У этой категории больных медленнее исчезали неприятные субъективные ощущения, постепенно снижался болевой синдром, к концу 2–3 недели боли полностью прекращались (рис. 3). Через 7–8 дней снизилась интенсивность эритемы, уменьшился отек слизистой оболочки щек и протяженность очагов поражения (рис. 4). К концу 2–3-й недели нормализовался цвет слизистой, значительно сократилась численность папул, произошла эпителизация эрозий и язв. Лишь у одного пациента к концу лечения добились частичной эпителизации очагов поражения. У этого пациента была диагностирована тяжелая соматическая патология.

Добиться полного исчезновения элементов поражения обычно не удавалось, однако новые высыпания не появлялись. Эта категория больных тяжелее поддавалась лечению. Изредка отмечались рецидивы заболевания, связанные, в основном, с обострением соматической патологии или временным прекращением лечения. В то же время у лиц, неотягощенных внутренней патологией, отмечены позитивные стабильные результаты лечения.

Благоприятный клинический эффект получили 65% больных. В отдаленные сроки лечения (че-



рез год) у больных с позитивным клиническим результатом рецидива заболевания не наблюдалось.

Выводы

Включение в комплекс лечебных мероприятий больных КПЛ слизистой оболочки полости рта спрея «Ангиноваг» способствует прекращению болей, исчезновению эритемы и отека, быстрому разрешению или уменьшению количества узел-

ковых высыпаний и препятствует появлению новых, способствует эпителизации эрозивно-язвенных участков, ускоряет сроки наступления ремиссий, предупреждает рецидивы, подтверждает значительную эффективность комплексной терапии. Это дает основание рекомендовать препарат в комплексной терапии больных с тяжело протекающими клиническими формами данного заболевания.

Список литературы

1. Ласкарис Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта. Руководство для врачей / Ласкарис Дж. – М.: Мед. информ. аг., 2006. – С. 178–180.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей / под ред. Казариновой. – Н. Новгород: Изд. НГМА, 2004. – 264 с.
3. Петрова Л.В. Клиника, патогенез и лечение красного плоского лишая слизистой полости рта: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.В. Петрова. – М., 2002.
4. Питерская Н.В. Лечение красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с применением препарата «Тыквеол» в сочетании с излучением гелий-неонового лазера / Н.В. Питерская, С.В. Шилина // Материалы конф., посвященной 75-летию Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград: ООО «Бланк», 2010. – Т. 67. – 248 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: [учебн. пособ.] / Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В. [и др.]. – М.: Медпресс-информ, 2006. – 201 с.
6. Чистякова И.А. Красный плоский лишай / И.А. Чистякова // Consilium Medicum: Дерматология. – М., 2006.
7. Цимбалюк Р.Ю. Клініка, діагностика та лікування червоного плескатоного лишая слизової оболонки порожнини рота: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Ю. Цимбалюк. – К., 2006. – 16 с.
8. Шумский А.В. Красный плоский лишай полости рта: [монография] / А.В. Шумский, Л.Л. Трунина. – Самара: ООО «Офорт», Самарский мед. ин-т, «Реавиз», 2004. – 162 с.

Впервые опубликовано в журнале «Современная стоматология», №4, 2013 г., стр. 64–66.

Аптеки Казахстана



Важно **Полезно** **Интересно**
Профессионально **Весело**
Вкусно **Познавательно**

ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ*

Журнал содержит информацию о последних достижениях отечественной и зарубежной фармацевтической науки, новости медицины и фармации, практические рекомендации провизору, фармацевтические обзоры.

Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и информации РК.
Свидетельство №14457-Ж от 11.07.2014 г.

Подписной индекс: 74538

Подписка на сайте: www.chil.kz Контактный телефон + 7 727 327-72-45

Некоторые аспекты диагностики и ведения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, актуальные для врача общей практики

Н.Д. Чухриенко, И.В. Василевская
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия
 МЗ Украины», г. Днепр

В статье представлены современные данные по этиологии и патогенезу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Рассматриваются клинические особенности как эзофагеальных, так и экстраэзофагеальных проявлений болезни. Приведены анкеты для выявления признаков ГЭРБ на первичном уровне. Изложены вопросы классификации, маршрута пациента и лечения ГЭРБ в соответствии с клиническими рекомендациями.

Несмотря на достижения современной гастроэнтерологии, проблемы профилактики, диагностики и ведения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) по-прежнему привлекают внимание врачей общей практики-семейной медицины (ОП-СМ), поскольку пациенты с кислотозависимыми заболеваниями составляют значительную часть больных у практикующих врачей первичного уровня, а дифференциальный диагноз этих состо-

яний и верификация диагноза ГЭРБ с последующим прописыванием маршрута пациента – частая задача врача общей практики [2].

Значение ГЭРБ определяется не только ее растущей распространенностью, но и более тяжелым течением: увеличением числа осложненных форм (язвы, стриктуры пищевода), развитием пищевода Баррета как предракового состояния, внепищеводных проявлений заболевания [3].

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагеальные и экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ, анкеты для выявления признаков ГЭРБ, врач общей практики.

N.D. Chukhriyenko, I.V. Vasylevska

Some aspects of diagnosis and management of GERD actual for the general practitioner

Modern data on an etiology, pathogenesis of a gastroesophageal reflux disease (GERD) are presented in article. There are overviewed the clinical features of both esophageal and ekstraesophageal manifestations of the disease. Questionnaires for identification of GERD signs are given on primary level. Questions of classification, route of the patient and treatment of GERD are stated according to the clinical recommendations.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, esophageal and ekstraesophageal manifestations of GERD, Questionnaires for identification of GERD, general practitioner.



Кроме того, внепищеводные патологические влияния гастро-эзофагеального рефлюкса (ГЭР) ухудшают течение или даже могут являться этиологическим фактором заболеваний других органов, расположенных в непосредственной анатомической близости от пищевода (заболевания полости рта, верхних дыхательных путей, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких) или связанных с ним общей вегетативной иннервацией (ИБС) [1, 4, 6, 7, 10].

Особое место среди внепищеводных проявлений ГЭРБ занимает кардиальный синдром, поскольку дифференциальный диагноз между коронарогенной и эзофагогенной болью в груди продолжает представлять определенную практическую трудность [8, 9]. Пищеводная боль в груди является вторым по частоте после изжоги, а в 10–15% случаев – единственным симптомом ГЭРБ [5].

Значительная часть населения имеет латентные и малосимптомные формы на протяжении многих лет, что ухудшает качество жизни.

ГЭРБ – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка сопровождается появлением беспокоящих пациента симптомов и/или развитием осложнений.

Частым клиническим признаком ГЭРБ является изжога – чувство жжения за грудиной и/или «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, сопровождается ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникает натощак или после употребления твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или табакокурения.

В настоящее время сложилось четкое представление о патогене-

Таблица 1. Порядок и объем медицинских компетенций по обеспечению маршрута пациента врачом ОП-СМ при ГЭРБ

Наименование заболевания/ синдрома, класс по МКБ-10	Диагностика/ Предварительная диагностика *	Самостоятельное лечение	Направление к специалисту для дообследования и/или коррекция лечения с последующим самостоятельным ведением пациента	Направление для лечения к специалисту (отсутствие эффекта при лечении и/или течение заболевания атипичное, осложненное; высокая активность процесса; необходимость в хирургическом лечении)	Оказание неотложной помощи	Организация срочной госпитализации	Диспансеризация самостоятельная или со специалистом	Участие в реабилитационных мероприятиях	Обеспечение профилактических мероприятий
Эзофагит	+	*	+						+
ГЭРБ	+	*	+	-	-	-	+	-	+
Язвенная болезнь желудка	+	+	+				+	+	+
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	+	+	+				+	+	+
Гастрит и дуоденит	+	+	+				+	+	+

Анкета 1

		I. ИЗЖОГА		
A	1	сильная (мучительная)	+6	
	2	умеренная	+4	
	3	слабая	+2	
B	1	ежедневная	+6	
	2	периодическая	+4	
	3	редкая (несколько раз в месяц)	+2	
		II. ОТРЫЖКА		
A	1	сильная	+6	
	2	умеренная	+3	
	3	слабая	+1	
B	1	ежедневная	+3	
	2	периодическая	+1	
	3	изредка (несколько раз в месяц)	0	
B	1	воздухом	-3	
	2	пищей	+4	
	3	кислотой	+3	
		III. БОЛЬ		
A	1	сильная	+4	
	2	умеренная	+2	
	3	слабая	+1	
B	1	в области сердца	+2	
	2	за грудиной	+6	
	3	в подложечной области	+2	
	4	при прохождении пищи по пищеводу	+4	
	5	чувство «комка» при глотании	+1	
	6	боль в других отделах живота	-3	
		ВСЕГО БАЛЛОВ		

Примечание. Сумма баллов более 12 свидетельствует о наличии ЖГР, менее 6 баллов – о его отсутствии, от 6 до 12 – трактуется как признак «не хватает информации для выявления рефлюкса».

зе ГЭРБ как о комплексе патологических факторов.

1) Нарушение функции анти-рефлюксного барьера:

- снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере (НПС);
- увеличение числа случаев спонтанного его расслабления.

2) Ухудшение клиренса пищевода:

- химического – как результата уменьшения продукции слизи и бикарбонатов слизи;
- механического – вследствие снижения перистальтической активности и тонуса грудного отдела пищевода).

3) Воздействие агрессивных свойств рефлюктата:

- желудочный сок (особенно при гиперсекреции соляной кислоты);
- щелочные жидкости – желчь, панкреатический сок при присоединении дуоденогастрального рефлюкса (ДГР).

4) Снижение тканевой резистентности пищевода:

- нарушение его функциональной, структурной целостности, кровоснабжения.

Порядок и объем медицинских компетенций по обеспечению маршрута пациента врачом ОП-СМ при ГЭРБ регламентирован Приказом МЗ Украины №646 от 05.10.2011 г. (табл. 1).

Установление диагноза для врача общей практики, работающего в условиях семейной амбулатории с регламентированным табелем оснащения (Приказ МЗ Украины №1150 от 27.12.2013 г.), должно начинаться с особенно тщательной оценки клинических проявлений, характерных для ГЭРБ, представленных не только эзофагеальными, но и экстраэзофагеальными симптомами.

Предварительная диагностика на первичном уровне должна начинаться с оценки базиса клинической картины эзофагеальных симптомов, достаточно хорошо знакомых врачам-интернистам: изжоги, отрыжки кислым, пищей или

горьким, боли в эпигастральной области или за грудиной, гиперсаливации, икоты, ощущения комка за грудиной, возможной дисфагии, а также с оценки эндоскопической картины в соответствии с Лос-Анджелесской (1998 г.) классификацией эзофагитов, основанной на четких критериях, характеризующих изменения слизистой оболочки (СО) пищевода (анкета 1).

Она предусматривает лишь количественное определение протяженности эзофагита независимо от наличия других изменений в СО.

Степень А – воспалительные изменения в СО ограничены в пределах складки, до 5 мм.

Степень В – изменения в СО более 5 мм, распространяющиеся на 2 складки.

Степень С – изменения в СО распространяются на несколько складок, но не циркулярные.

Степень Д – обширные воспалительные изменения в СО, распространяющиеся более чем на 75% окружности.

Классификация не учитывает осложнений эзофагитов, таких как язвы пищевода, стриктуры, метаплазия эпителия (пищевод Баррета).

Монреальский консенсус (2006), опираясь на принципы доказательной медицины, классифицировал различные проявления ГЭРБ [10] следующим образом:

Пищеводные синдромы

Симптоматические синдромы:

- типичный рефлюксный синдром;
- синдром боли в грудной клетке, связанной с рефлюксом.

Синдромы с повреждением пищевода:

- рефлюкс-эзофагит;
- стриктуры вследствие рефлюкса;
- пищевод Баррета;
- аденокарцинома пищевода.

Внепищеводные синдромы

Доказанные ассоциации:

- синдром кашля, ассоциированного с рефлюксом;

- синдром рефлюкс-ларингита;
- синдром рефлюкс-астмы;
- синдром зубных рефлюкс-эрозий.

Предполагаемые ассоциации:

- фарингит;
- синусит;
- идиопатический легочный фиброз;
- рецидивирующее воспаление среднего уха.

Для упрощения предварительной диагностики ГЭРБ на первичном приеме нами предложена анкета по ориентировочному отбору больных с желудочно-пищеводным рефлюксом (ЖПР).

При наличии жалоб ставится «+», при отсутствии – «-».

Диагностические затруднения в работе врача ОП-СМ обычно возникают при доминировании экстраэзофагеальных симптомов:

- кардиальных (кардиалгии, рефлекторная стенокардия, аритмии);
- легочных (хронический кашель, приступы бронхиальной астмы, рецидивирующие пневмонии);
- отоларингеальных (ларингит, хроническая осиплость голоса, фарингит, язвы, гранулемы голосовых связок, стеноз гортани в подсвязочной области, хронический ринит, ларингеальный круп с резким нарушением дыхания, отиты);
- неврастенических (фрагментирование сна вследствие эпизодов рефлюкса в ночное время);
- стоматологических (кариес зубов, пародонтоз, афтозный стоматит).

Основными задачами врача ОП-СМ в диагностике ГЭРБ согласно Унифицированному клиническому протоколу первичной и вторичной помощи (Приказ МЗ Украины №943 от 31 октября 2013 г.) являются:

1. Установление кислотно-зависимого заболевания.

2. Дифференциальная диагностика (исключить ИБС, острый коронарный синдром).

Чрезвычайно важно, чтобы каждый ЦПМСП независимо от формы собственности, каждый врач первичного звена имел локальный протокол ведения пациента с ГЭРБ.

С целью диагностики должны быть проведены: тест с альгинатами; тест с ингибиторами протонной помпы (ИПП-тест); анализ кала на скрытую кровь; ЭКГ; ФЭГДС; осуществлена консультация гастроэнтеролога (Унифицированный клинический протокол первичной и вторичной помощи. Приказ МЗ Украины №943 от 31 октября 2013 г.).

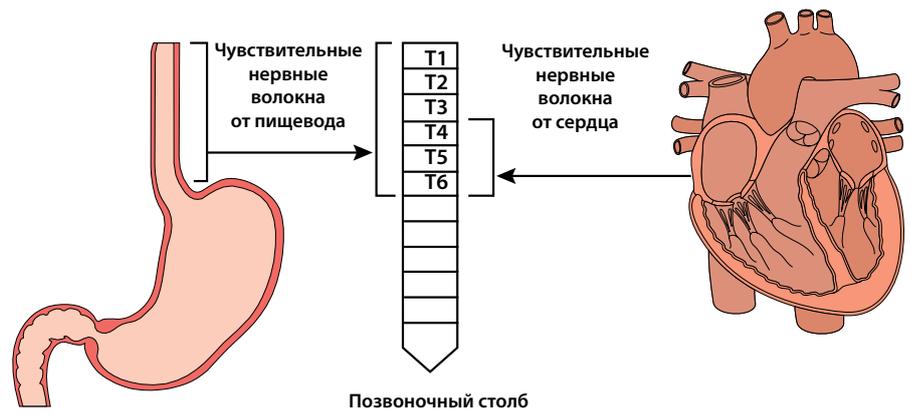


Рисунок 1. Проекция чувствительности пищевода и сердца относительно грудных позвонков

Анкета 2

КАШЕЛЬ	
ночной	4
лежа	3
ночной	4
ОДЫШКА	
появляется во время сна	2
усиливается лежа	0
появляется после еды	1
УДУШЬЕ	
во время сна	
возникает часто лежа	
возникает после еды	
ВСЕГО БАЛЛОВ	
более 12	микроаспирация имеется
при 8–12 баллах	необходимо учитывать результаты анкеты по ориентировочному отбору больных с ГЭР
менее 8 баллов	микроаспирация отсутствует

Кардиальный синдром

Кардиалгии: в 20–60% случаев причиной боли в области грудной клетки является ГЭР, вызывающий спазм венечных артерий, что может обуславливать приступ рефлекторной стенокардии (в англоязычной литературе этот симптом называется «non-cardiac chest pain»).

Аритмии: экстрасистолии; синусовая брадикардия; неполная блокада ножек пучка Гисса.

Для кардиальных синдромов при ГЭРБ характерно: возникновение во время еды, при прохождении пищи по пищеводу, сочетание боли с дисфагией, изжогой, отрыжкой, при наклоне туловища вперед, облегчение после приема антацидов, переходе из горизонтального в вертикальное положение.

Боль в области грудной клетки связана с особенностями сенсорной иннервации сердца и пищевода относительно позвоночного столба (рис. 1).

Помимо ИБС при боли за грудной следует исключить заболевания легких и скелетных мышц (миозит).

Поражение дыхательных путей при ГЭРБ

Выделяют два важных механизма:

1. Нарушение защиты при непосредственной аспирации желудочного содержимого.

Рефлюксат, соприкасаясь с поверхностью бронхов, стимулирует кашлевой рефлекс, повреждает слизистую оболочку при бронхоспазме;

жидкий рефлюксат попадает в дыхательные пути.

Как результат формируются хронический бронхит (ХБ), ателектазы, рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма (БА), пневмония, возможно развитие синдрома Мендельсона (повторные пневмонии, возникающие вследствие аспирации желудочного содержимого, как гиперэргическая реакция на аспирацию в дыхательные пути кислого желудочного содержимого при рвоте, коматозном состоянии больного, наркозе, угнетении гортанно-глоточных рефлексов любой этиологии; способствующими факторами являются алкогольное опьянение, парез мышц глотки, гортани и пищеварительного тракта – ПТ).

2. Реакция на рефлюкс без аспирации.

- Раздражение рефлекторной дуги, включающей желудочный сенсорный и отводящий пути, стимуляция которых приводит к бронхоспазму.
- У некоторых больных, имеющих БА неаллергического генеза, при мониторинге pH диагностируют ГЭР.

Как результат: кашель (кашель и бронхоспазм защищает легкие от аспирации); БА, течение которой зависит от синхронного терапевтического воздействия на ГЭР.

Индикация признаков для проведения диагностики заболеваний бронхолегочной системы, ассоциированных с рефлюксом: рефрактер-

ная к лечению астма, в том числе «ночная астма»; хроническое интерстициальное легочное заболевание неустановленного генеза; ХБ; повторные пневмонии; хронический кашель (21%); повторяющиеся ларингиты; дисфония.

Нами разработана еще одна анкета для ориентировочного выявления легочной микроаспирации (ЛМА) (анкета 2).

Развитие хронического ларингита при рефлюксе связано с воспалением СО голосовых связок в результате попадания желудочного содержимого.

Симптомы рефлюксного ларингита включают: утреннюю охриплость; продолжительную головную разминку; наличие кашля, чрезмерной мокроты; частое прочищение горла; сухость во рту; обложенный язык; хронический кашель.

Лечение ГЭРБ

В настоящее время рассматриваются две стратегии медикаментозного лечения.

Стратегия I – возрастающая терапия

1-й этап – изменение образа жизни и соблюдение диеты. Применение антацидов или альгинатов;

2-й этап – прием блокаторов H_2 -рецепторов гистамина и/или прокинетиков;

3-й этап – прием ИПП.

Стратегия II – поэтапно снижающаяся терапия

1-й этап – лечение ИПП до достижения клинического эффекта;

2-й этап – поддерживающая терапия ИПП.

Терапия по требованию – прием альгинатов или антацидов для купирования симптомов.

Поэтапно снижающаяся терапия рекомендуется прежде всего больным с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, что сокращает сроки заживления.

В работе семейного врача важным является установление партнерских отношений с пациентом в плане ответственности за выполнение программы лечения, включающей не только медикаментозную те-

рапию, но и диетические, режимные мероприятия, позволяющие существенно улучшить качество жизни.

Лечение ГЭРБ осуществляется в соответствии с Унифицированным клиническим протоколом первичной и вторичной помощи (Приказ МЗ Украины №943 от 31 октября 2013 г.):

1. Лечение пациентов с неосложненной ГЭРБ ступень А – осуществлять с использованием немедикаментозных методов и средств:

- доказана наибольшая эффективность ИПП на протяжении 4–8 недель.

При эрозивном рефлюкс-эзофагите – 8 недель (при отсутствии эффекта направить к гастроэнтерологу):

- Назначение стимуляторов перистальтики при наличии нарушенной моторики на 1–2 мес.
- Поддерживающая терапия.
- Назначение альгинатов.
- Назначение антацидов.
- Назначение H_2 -рецепторов гистамина на ночь при «ночных приступах».

Альгинаты (гавискон) – суспензия, включающая кальция карбонат, который реагирует с кислотой в просвете желудка, в результате формируется невсасывающийся альгинатный гелевый барьер за счет углекислого газа.

Кислотный карман (англ. *acid pocket*; является резервуаром кислого рефлюксата, формируется примерно через 15 мин. после еды и сохраняется около 2 ч.) – это область в полости желудка, образующаяся после приема пищи с относительно высокой кислотностью (и меньшим рН). Так называемый альгинатный плот плавает на поверхности содержимого желудка и механически препятствует возникновению симптомов ГЭРБ. Причиной неэффективности могут быть нерефлюксные механизмы формирования изжоги.

Неоднородность желудочного содержимого с более низкими значениями рН в верхнем слое по сравнению с уровнем кислотности в теле желудка может быть причиной

более длительных кислых ГЭР в период после приема пищи.

У пациентов с ГЭРБ кислотный карман регистрируют чаще, а длина его больше по сравнению со здоровыми.

Антацидные средства повышают рН, вступая в реакцию нейтрализации с HCl. В настоящее время существует большое количество данных препаратов. Продолжительность ощелачивающего эффекта препарата зависит от времени пребывания в желудке:

- при приеме натошак – небольшая;
- при приеме после еды – увеличивается (пища, находящаяся в желудке, удлиняет эффект).

Продолжительность действия данных препаратов не зависит от дозы.

Антацидным препаратам, содержащим алюминий, свойственно: гастроцитопротекторное действие, связанное с увеличением синтеза простагландинов, улучшение микроциркуляции, усиление секреции защитной слизи, увеличение митотической активности в клетках СО. Сравнительная характеристика комбинированных антацидных препаратов представлена в табл. 2.

Можно назначать вместе с циметидином, кетопрофеном, дизопирамидом, преднизолоном, амоксициллином.

Особенностью побочных эффектов антацидных препаратов на основе гидроокиси алюминия можно отметить: диспепсические расстройства (запоры, диарея), нарушение всасывания ряда лекарственных препаратов (препараты железа), увеличение уровня магния и алюминия в сыворотке крови (при использовании больших доз антацидов и нарушении выделительной функции почек), понижение уровня фосфатов и кальция сыворотки и повышение экскреции кальция с мочой. Но препараты, содержащие фосфат алюминия, не влияют на обмен кальция и фосфора.

Лекарственное средство фосфалюгель связывает соляную кислоту в желудке – фактор агрессии

Таблица 2. Сравнительная характеристика комбинированных антацидных препаратов

Препарат	Состав	Фармакологические эффекты							Особенности
		антацидный	адсорбирующий	обволакивающий	вяжущий	цитопротекторный	антипепсический	пепсинсвязывающий	
Альмагель	Алюминия гидроксид, магния гидроксид	+	+	+	-	+	-	+	Можно назначать больным сахарным диабетом, так как не содержит сахара
Альмагель-А	Алюминия гидроксид, магния гидроксид, сорбитол, бензокаин	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию фуросемида, тетрациклина, дигоксина, изониазида, индометацина, ранитидина. Имеет местноанестезирующий эффект, так как содержит анестезин
Альфогель	Алюминия фосфат	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию фуросемида, тетрациклина, дигоксина, изониазида, индометацина, ранитидина
Гастал	Алюминия гидроксид, магния гидроксид, магния карбонат	+	+	+	-	+/-	-	+	Уменьшает абсорбцию тетрациклинов, пропранолола, изониазида, препаратов железа. Усиливает эффект сульфадиазина, леводопы, аспирина, налидиксовой кислоты
Гастерин	Коллоидный фосфат алюминия, пектин	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию фуросемида, тетрациклина, дигоксина, изониазида, индометацина, ранитидина. Подавляюще действует на <i>Helicobacter pylori</i> и связывает токсичные продукты их жизнедеятельности
Гелусил-лак	Магний-алюминий-силикат гидрат, обезжиренное молоко	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию тетрациклинов, пропранолола, изониазида, препаратов железа. Снижает активность аллопуринола. Во время лечения не рекомендуется прием пищи, богатой протеинами
Маалокс	Алюминия гидроксид, магния гидроксид	+	+	+	-	+	-	+	Уменьшает абсорбцию тетрациклинов, пропранолола, изониазида, препаратов железа. Снижает активность аллопуринола. Во время лечения не рекомендуется прием пищи, богатой протеинами
Ренни	Кальция карбонат, магния карбонат	+	+	+	-	-	-	-	Уменьшает абсорбцию индометацина, салицилатов, H ₂ -блокаторов гистамина, β-адреноблокаторов, амиазина, фенитоина, тетрациклинов, фосфорсодержащих препаратов
Риволокс	Алюминия фосфат, пектин, агар-агар с корректирующим веществом	+	+	+	-	+	-	+	Снижает всасывание антибиотиков
Фосфалюгель		+	+	+	-	+	-	+	Можно назначать больным сахарным диабетом, так как не содержит сахара. Можно назначать вместе с циметидином, кетопрофеном, дизопирамидом, преднизолоном, амоксициллином

при ГЭРБ, уменьшает повышенную кислотность желудочного сока, обладает свойством обволакивать СО желудка, защищая ее от агрессивного воздействия пищеварительного сока.

Кислотно-пептическая атака ослабляет межклеточные простран-

ства и ведет к повышению проницания кислоты, а это в свою очередь приводит к клеточным разрывам и изменению СО желудка.

В качестве адекватного антацидного препарата врачам, курирующим всю семью, можно предложить препарат фосфалюгель, который

подходит и взрослым, и детям, беременным, а также в случаях алкогольных эксцессов или других отравлений (табл. 2, 3). Исходя из этого, приводим ряд его фармакокинетических особенностей.

Действующее вещество фосфалюгеля – гель из фосфата алюми-

ния. Фосфат алюминия является компонентом многих антацидных препаратов (альмагель, маалокс и др.), но только в фосфалюгеле он растворен не в воде, а в геле, что позволяет добиться большей эффективности лекарственного средства. В качестве вспомогательных компонентов фосфалюгель содержит следующие вещества: сорбитол 70%; агар-агар 800; пектин; дигидрат сульфата кальция; сорбат калия; апельсиновый ароматизатор; очищенная, бидистиллированная, деионизированная вода.

Антацидный эффект фосфалюгеля состоит в связывании соляной кислоты желудочного сока с ее нейтрализацией за счет образования соли – хлорида алюминия, что позволяет снизить кислотность желудочного сока до нормальных показателей (рН от 3,5 до 5) в течение 10 мин. после приема геля внутрь.

После достижения нормальной кислотности желудочного сока реакция нейтрализации замедляется, а оставшееся количество действующего вещества расходуется на поддержание нормальной кислотности в течение длительного времени за

счет буферных свойств фосфата алюминия.

Нормализация рН желудочного сока приводит к уменьшению активности пищеварительного фермента пепсина.

Обволакивающее действие фосфалюгеля заключается в способности коллоидных частиц фосфата алюминия адсорбироваться на СО пищевода, желудка и кишечника, создавая на ней особый мукоидный слой, который защищает СО от агрессивного воздействия: соляной кислоты, пепсина, токсических веществ, поступающих в организм извне или вырабатывающихся в результате метаболизма.

Сорбирующее действие фосфалюгеля позволяет связывать различные патогенные микроорганизмы (бактерии, вирусы), вредные вещества, находящиеся в просвете кишечника, газы (также являющиеся продуктами процессов гниения и брожения в кишечнике) и выводить их наружу.

Применение фосфалюгеля при беременности

У беременных часто бывают изжога, запоры, поносы, рвота, тошно-

та, отрыжка и метеоризм, связанные с особенностями функционирования организма (эстрогеномия, прогестероногеномия, повышение внутрибрюшного давления).

Препарат можно принимать в течение всей беременности, поскольку он не вымывает кальций и не влияет на обмен других минералов и витаминов (в отличие от альмагеля и маалокса).

Фосфалюгель также назначают беременным для устранения токсикоза.

Алкоголь – провокатор ГЭРБ

Фосфалюгель купирует раздражающее действие алкоголя на СО ПТ, быстро нормализует состояние при отравлениях алкогольными напитками.

При изжоге, боли в желудке и других неприятных симптомах, связанных с употреблением алкоголя, фосфалюгель следует принимать в больших дозах – по 2–3 пакетика через каждые 2–3 ч. до окончания текущих суток.

На следующий день применения препарата не требуется.

Однако необходимо утром опорожнить кишечник; если не полу-

Таблица 3. Показания для применения фосфалюгеля

Взрослые	Дети
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
Симптоматические язвы желудка и кишечника различного происхождения (например, развившиеся на фоне приема аспирина, индометацина или вследствие стресса и т.д.)	ЖГР
Эрозия СО органов ПТ (желудок, кишечник, пищевод)	Эзофагит
Обострение гастрита с нормальной или повышенной кислотностью	Гастриты

Таблица 4. Доза и способ приема фосфалюгеля

Вид заболевания	Доза и частота приема	Способ приема
Диафрагмальная грыжа	По 1 пакетик 20 г 3 раза в день	Принимать сразу после еды, а вечером – дополнительный пакетик непосредственно перед сном
ЖГР (гастроэзофагеальный)	По 1 пакетик 20 г 3 раза в день	Принимать сразу после еды, а вечером дополнительный пакетик непосредственно перед сном
Гастрит	По 1 пакетик 20 г 2–3 раза в день	Выпивать Фосфалюгель перед каждым приемом пищи
Нарушения пищеварения (изжога, тяжесть в желудке и т.д.)	По 1 пакетик 16 г 2–3 раза в день	Выпивать перед каждым приемом пищи
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	По 1–2 пакетика 20 г 2–3 раза в сутки	Принимать препарат спустя 1–2 ч. после еды или немедленно при возникновении боли
Функциональные нарушения работы толстого кишечника (понос, газообразование и т.д.)	По 1 пакетик 16 г 2 раза в сутки	Принимать натощак утром и вечером перед сном

Де-Нол® и Фосфалюгель ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРИТА - ИХ ЦЕЛЬ!



PK-PC-5H010006 от 06.03.2017, №N007147, Бескорно.

Состав. Одна таблетка содержит активное вещество: висмута трикалия дигидрат 304,6 мг, в пересчете на висмута оксид Bi_2O_3 , 120 мг; вспомогательные вещества: крахмал кукурузный, повидон К30, калия полиакрилат, макрогол 6000, магния стеарат; состав оболочки: опадри OY-S-7366 (гипромеллоза 5 мПа·с, макрогол 6000)

Показания к применению: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; хронический гастрит и гастродуоденит в фазе обострения, в том числе ассоциированный с *Helicobacter pylori*.

Способ применения и дозы. Внутрь. Взрослым Де-Нол® назначают по 1 таблетке 4 раза в сутки за 30 минут до приема пищи и на ночь или по 2 таблетки 2 раза в сутки за 30 мин до приема пищи. Максимальная разовая доза 240 мг, максимальная суточная 480 мг. Таблетки следует принимать за 30 мин до еды и запивать небольшим количеством воды. Продолжительность курса лечения 4-8 недель. В течение следующих 8-ми недель не следует применять препараты, содержащие висмут. Для эрадикации *Helicobacter pylori* целесообразно применение Де-Нол® в комбинации с другими антибактериальными средствами, обладающими антихеликобактерной активностью и ингибиторами протонной помпы, так называемая квадротерапия.

Побочные действия. Очень часто (1/10): окрашивание кала в темный цвет вследствие образования сульфида висмута, однако его можно легко отличить от мела.

Противопоказания: повышенная чувствительность к любому компоненту препарата; тяжелое нарушение функции почек; беременность и период лактации.

Лекарственные взаимодействия. В течение получаса после приема Де-Нол® не рекомендуется применение других лекарственных средств, а также прием пищи и жидкости, в частности, антацидов, молока, фруктов и фруктовых соков. Это связано с тем, что они при одновременном приеме могут оказывать влияние на эффективность Де-Нол®. Де-Нол уменьшает всасывание тетрациклина.

Особые указания. Длительный прием соединений висмута в высоких дозах не рекомендуется, поскольку были случаи развития обратимой энцефалопатии. Риск развития обратимой энцефалопатии, является минимальным, при условии применения препарата Де-Нол в рекомендованных дозах. Не рекомендуется применять препарат в комбинации с другими висмутсодержащими лекарственными средствами. При применении Де-Нол возможно окрашивание кала в темный цвет вследствие образования сульфида висмута. Иногда отмечается потемнение языка. Не рекомендуется детям до 18 лет. Не рекомендуется во время терапии прием алкоголя. *Особенности влияния на способность управлять транспортным средством и потенциально опасными механизмами.* Не влияет.

Передозировка. Симптомы: диспепсия, сыпь, воспаление слизистых оболочек рта, характерное потемнение в виде голубых линий на деснах, нарушение функции почек.

Условия отпуска из аптек. Без рецепта

Наименование и страна организации-производителя: Астеллас Фарма Юроп Б.В., Силвиусге 62, 2333 ВЕ, Лейден, Нидерланды

Наименование и страна организации-упаковщика: Астеллас Фарма Юроп Б.В., Силвиусге 62, 2333 ВЕ, Лейден, Нидерланды

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения: Астеллас Фарма Юроп Б.В., Силвиусге 62, 2333 ВЕ, Лейден, Нидерланды

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции (товара), ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства:

Представительство «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» в РК 050059, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Аль-Фараби 15, БЦ «Нурлы Тау», корпус 4В, офис №20
Телефон/факс +7 727 311 13 90 Pharmacovigilance.KZ@astellas.com



PK-PC-5H005808 от 22.01.2018, №N013038, Бескорно.

Состав. Один пакетик (саше или стик) 16 г содержит активное вещество – алюминия фосфата геля 20% - 10.40 г (соответствует 2.08 г алюминия фосфата), вспомогательные вещества: кальция сульфата дигидрат, лектин, агар-агар 800, ароматизатор альпийский, калия сорбат, сорбитола раствор 70%, вода очищенная по технологии.

Показания к применению. Симптоматическое лечение заболеваний пищеварительного тракта, сопровождающееся повышенной кислотностью желудка или пищевода.

Способ применения и дозы. Внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раза в сутки перед приемом пищи или при возникновении боли.

Побочные действия. Редко: запоры (в основном у больных пожилого возраста, лежащих больных); аллергические реакции (отек Квинке, крапивница).

Противопоказания: гиперчувствительность к фосфату алюминия или к одному из вспомогательных веществ; выраженные нарушения функции почек; детский возраст до 12 лет.

Лекарственные взаимодействия. Все антацидные средства, взаимодействующие с другими лекарственными средствами, принимают перорально. Наблюдается снижение желудочного всасывания лекарственных средств, принимаемых одновременно, например: фуросемид, буметанид, флюороквинолон. С целью соблюдения мер предосторожности необходимо принимать антациды отдельно от других лекарственных средств (например, через 2 часа).

Особые указания. В настоящем лекарственном средстве содержится сорбитол. Его применение не рекомендовано пациентам с непереносимостью фруктозы. Вследствие содержания сорбитола настоящее лекарственное средство может иметь эффект легкого слабительного средства. Беременность и лактация. Не рекомендуется в связи с отсутствием данных.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством и потенциально опасными механизмами. Не влияет.

Передозировка. Симптомы: угнетение моторики желудочно-кишечного тракта (запоры, непроходимость кишечника). Лечение: назначение слабительных препаратов, симптоматическая терапия.

Условия отпуска из аптек. Без рецепта

Наименование и страна организации-производителя: Фармагис, Франция, Зона Актив, Ист. №1, 60190 Эстрес-Сан-Дени

Наименование и страна организации-упаковщика: Фармагис, Франция

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения: Астеллас Фарма Юроп Б.В., Силвиусге 62, 2333 ВЕ, Лейден, Нидерланды

Наименование, адрес и контактные данные организации на территории Республики Казахстан, принимающей претензии (предложения) по качеству лекарственных средств от потребителей и ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства:

Представительство «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» в РК 050059, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Аль-Фараби 15, БЦ «Нурлы Тау», корпус 4В, офис №19-4В-10

Телефон/факс +7 727 311 13 90 Pharmacovigilance.KZ@astellas.com

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ



чается сделать это естественным путем, то следует поставить клизму.

При отравлении алкоголем или похмельном синдроме препарат необходимо принять в количестве 3 пакетиков за один раз.

По прошествии 3–4 ч. следует опорожнить кишечник и принять еще 1 пакетик фосфалюгеля.

Противопоказания к применению фосфалюгеля

Абсолютными противопоказаниями является наличие следующих состояний: выраженная почечная недостаточность; низкая концентрация фосфора в крови (гипофосфатемия); болезнь Альцгеймера; наличие аллергии, повышенной чувствительности или индивидуальной непереносимости компонентов лекарственного средства.

Относительными противопоказаниями является следующее: кормление грудью; цирроз печени; нарушения функции почек средней и легкой степени тяжести; выраженная сердечная недостаточность; пожилой возраст (старше 65 лет).

При наличии относительных противопоказаний фосфалюгель применять можно, но с соблюдением осторожности и с тщательным контролем состояния пациента.

Побочные эффекты фосфалюгеля

В редких случаях побочными эффектами являются тошнота, рвота, изменения вкуса, запоры.

При этом запоры в основном развиваются у пожилых людей или лежачих больных.

Взаимодействие фосфалюгеля с другими лекарственными средствами уменьшает всасывание таких препаратов, как: фуросемид, тетрацилин, дигоксин, изониазид, индометацин, ранитидин.

Профилактика ГЭРБ

Для профилактики ГЭРБ необходимо:

- снизить вес (избыточная масса тела повышает внутрибрюшное давление, способствуя рефлюксу);
- исключить переизбыток (последний прием пищи должен

быть не позднее чем за 3–4 ч. до сна);

- исключить ношение корсетов, бандажей и тугих поясов (повышают внутрибрюшное давление);
- ограничить поднятие тяжестей более 8–10 кг обеими руками;
- исключить физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса;
- ограничить работы, сопряженные с наклоном туловища вперед;
- отказаться от отдыха лежа в течение 3 ч. после еды;
- поднять головной конец кровати на 15 см (эта простая мера помогает уменьшить ночной рефлюкс);
- отказаться от медикаментов, индуцирующих возникно-

вление ГЭРБ (антихолинергические средства, трициклические антидепрессанты, седативные препараты, транквилизаторы, антагонисты кальция, β -блокаторы, лекарственные средства, содержащие L-дофамин, наркотики, простагландины, прогестерон, теофиллин, цитрамон, папаверин).

Рекомендуется:

- рацион с повышенным содержанием белка (белковая пища повышает тонус нижнего пищевого сфинктера);
- прекратить табакокурение, поскольку воздействие никотина нарушает местный синтез простагландинов и приводит к снижению естественных защитных свойств СО пищевода, аэрофагии, усиливает регургитацию кислоты.

Список литературы

1. Будневский А.В., Бурлачук В.Т., Ольшова И.О., Толмачев Е.В. Возможности контроля над бронхиальной астмой: роль малых дыхательных путей // Пульмонология. – 2011. – №2. – С. 101–102.
2. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: СП ЗАО «Интерфарма-Киев», 2000.
3. Калинин А.В. Кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медикаментозная коррекция секреторных расстройств. Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002; 2: 16–22.
4. Овсянников Е.С., Семенкова Г.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина хронического кашля // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 6, №10. – С. 722.
5. Пасечников В.Д., Слинько Е.Н., Ковалева Н.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с атипичными клиническими проявлениями // Гедеон Рихтер в СНГ. – 2000. – №3. – С. 36–40.
6. Провоторов В.М., Будневский А.В., Семенкова Г.Г., Семенина Н.М., Гречушкина И.В., Малыш Е.Ю. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у курящих пациентов молодого возраста // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 61, №6.1. – С. 198–203.
7. Провоторов В.М., Дружинина Е.Л., Ромашов Б.Б. Исследование влияния скорости внутривенной инфузии АТФ на ишемический порог у больных с ИБС при чрепиеводной стимуляции предсердий // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010. – Т. 9, №2. – С. 332–335.
8. Провоторов В.М., Шаповалова М.М. Дифференциальная диагностика болей и жжения за грудиной: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь или стенокардия? // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – №1. – С. 89–93.
9. Провоторов В.М., Шаповалова М.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ишемическая болезнь сердца: замкнутый патологический круг (клиническое наблюдение) // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2006. – Т. 5, №4. – С. 807–811.
10. Семенкова Г.Г., Провоторов В.М., Овсянников Е.С. Исследование кашля, вызванного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, с применением методов туссографии и спектральной туссофонобарографии // Пульмонология. – 2006. – №6. – С. 56–61.
11. Vakil N., Zanten S., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. // Amer. J. Gastroenterol. – 2006. – №88. – P. 1900–1920.

Такая вкусная и полезная весна



*Весну я не люблю –
Весной я болен.*

А.С. Пушкин

Сходство с великим русским поэтом и, тем самым, как бы причастность к его гению – единственное достоинство состояния организма, которое называется «весенней усталостью».

Согласно статистике, до 93% людей подвержено этому недугу. Основные его признаки – снижение работоспособности, повышенная утомляемость, общий упадок сил, хандра, сонливость, подавленность, неустойчивость настроения, раздражительность. Усталым наше тело бывает не только внутри, но и снаружи. Я имею в виду кожу, ногти и волосы. Они также требуют внимания и заботы. Поэтому, увы, совсем нет времени хандрить, раздражаться и тем более болеть, потому что нужно заняться восстановлением своего любимого тела и подготовить его к самому яркому сезону – к лету!

Легенда о весне

Позволю себе немного отойти от темы и поделиться интересной легендой. Праздник прихода весны люди ждали и отмечали еще до христианства. Существует очень древняя легенда о приходе весны. Когда-то, давным-давно, Солнце превратилось в юную деву неземной красоты и спустилось на Землю. Но когда оно веселилось на свежей зеленой траве, злобный Змий украл девушку-солнце и лишил ее свободы навеки. С этого дня не стало радости на свете – птицы не пели, дети не веселились, цветы не цвели. Лишь один смелый и отважный юноша решил спасти деву-солнце. Дольше года искал он темницу и замок Змия. Вызвав злодея на смертный бой, дрался герой несколько дней и ночей. Змий пал в бою, солнце обрело свободу. И росли тогда цветы,

и пели птицы, и дети играли на зеленой траве. Но храбрый юноша умер от ран, не увидев весну. Там куда капала кровь, появлялись белоснежные цветы – подснежники... Праздник этот отмечают жители Молдавии, Белоруссии, Болгарии и Румынии. В языческом календаре в этот день отмечают День Марены – богини зимы. В этот день провожают зиму и встречают теплые дни и весеннее солнце. По народным приметам солнечный день означал ранний приход весны, а метельный полдень – холодную неделю.

Меняем режим и настрой

Первое условие – соблюдение нового распорядка жизни. Старайтесь ложиться, вставать, есть в одно и то же время. Дело в том, что весенние перепады температуры, давления, увели-

чение продолжительности светового дня вызывают сбой наших биологических часов. Следование стабильному режиму дня, помогает организму лучше адаптироваться к этим изменениям.

Закаляйтесь и двигайтесь. Как бы ни было лень, не пропускайте тренировок в фитнес-клубе, либо делайте ежедневно зарядку, танцуйте под любимую музыку, совершайте пешие прогулки. Доказано, что спортивные нагрузки вырабатывают в человеческом организме гормоны радости, а именно этого вам сейчас крайне не хватает.

Проводите на свежем воздухе ежедневно не менее двух-трех часов, лучше – в светлое время суток, чтобы ликвидировать образовавшийся за зиму дефицит ультрафиолета.

Старайтесь полноценно питаться, увеличьте в своем рационе количество свежих овощей, зелени, фруктов



и сухофруктов. Обязательно принимайте витамины. И не вздумайте худеть весной, так как похудение – это дополнительный стресс для организма, а он вам ни к чему. Сделать к лету стройную фигуру вам помогут упражнения, а вот в летний сезон можно немного разгрузить свой организм употребляя больше свежих фруктов и ягод. Не забывайте пить достаточное количество чистой воды.

Не экономьте на сне. Более того, весной рекомендуется спать на час дольше, чем обычно.

Пережить этот период помогут природные адаптогены – экстракты элеутерококка, женьшеня, родиолы розовой, эхинацеи. Принимать их

надо минут за 15–20 до еды три раза в день.

Наконец, самое главное – стремитесь сохранять оптимистичный взгляд на жизнь. И чаще улыбайтесь!

Возможно, празднование первого дня весны может превратиться в вечерние требования организма скушать жареный кусок мяса с картошкой, залить все майонезом и запить сладким чаем с кусочком пирожного... Хотите весну – вооружитесь бутылкой кефира (можно даже 3,5%). Как вы уже догадались, мы начинаем рассказ о питании.

Что готовить весной?

Специфика весеннего меню состоит в том, что с его помощью мы должны восстановить организм после зимы и подготовить его к летней активности.

Первая проблема – авитаминоз. Натуральные витамины можно

включать в меню в виде свежей зелени, молодой моркови, огурцов и редиса. В первые весенние дни, когда овощей еще нет на прилавках, достаточно запастись зелеными салатами (и есть их, конечно же), пить нужное вам количество чистой воды. Что касается воды, то именно она (а не зеленый чай) лучше всего выводит из организма токсины, замещая «грязную» жидкость. Не стоит бояться отечности. Отеки как раз возникают из-за «грязной» воды – кофе, избытка чая, соков с консервантами и тому подобных напитков. Пить много воды не стоит после шести вечера.

Вторая проблема – вялость организма. Она решается, опять же, легкой зарядкой по утрам и смелой зимнего рациона на весенний.

Уменьшите количество порций на четверть объема, отдавайте предпочтение легким продуктам и блюдам, приготовленным варкой или на пару. Кстати, запеченные овощи также очень полезны. Весенними завтраками могут быть оладьи и блинчики с зеленью или фруктами. Несладкие маффины можно разнообразить и кусочком копченой курятины или бекона. Бутерброды с маслом можно заменить хлебцами с листиком салата и кусочком вареного мяса. Ведь это очень вкусно, но по калорийности и нагрузке на желудок в два раза легче. Второй завтрак весной – любой фрукт, вареное яйцо, кусочек твердого сыра или пара ложек творога. Кстати, не забывайте пить молоко. Если у вас от молока вздутие живота – это от неправильного его употребления, и нужно научиться его готовить к употреблению. Весеннее меню на обед, пожалуй, самое вкусное. Это овощные гарниры с мясом и рыбой, это блюда из круп, это рыба, это первые блюда с первой зеленью (и морепродуктами – очень вкусно). Главное – не забудьте пофантазировать. За полчаса из вашего стандартного рецепта можно «создать» шедевр. Стоит всего лишь заглянуть в холодильник и хорошенько подумать. А минута творчества еще и заставит включиться мозг, если он, как и мы, не проснулся после зимних холодов. На ужин весной можно подать молодой горошек с печеным мясом, глазированной морковью, рыбу в папильотке или на пару, легкие муссы и суфле с травами и зеленью.



Весенние рецепты

ЗАВТРАКИ!

Сэндвич с огурцом

Вкусные, ароматные сэндвичи с огурцами по-английски – прекрасный вариант и для завтрака, и для пикника, и для тех, кто отправляется в дальний путь на поезде. Чтобы приготовить сэндвичи с огурцами по-английски, необходимы следующие ингредиенты (на 3 порции):

- 2 ст. л. размягченного сливочного масла
- 1 веточка мяты
- 6 кусков злакового хлеба
- соль по вкусу
- 1 салатный огурец
- 2 ст. л. сливочного сыра.

Сэндвичи с огурцами по-английски готовятся следующим образом:

1. Мяту вымойте, обсушите, разберите на листики и мелко нарежьте. Хорошо перемешайте со сливочным маслом и сыром. Получившейся смесью смажьте куски хлеба.

2. Вымытый огурец нарежьте очень тонкими кружками, разложите на три куска хлеба, слегка посолите и накройте оставшимся хлебом.

3. Срежьте с сэндвичей корки и разрежьте каждый пополам по диагонали.

Шпинат с орехами и изюмом

О пользе шпината известно всем, но шпинат с изюмом и орешками – это двойная польза, к тому же это очень вкусно. Великолепный энергетический завтрак! Пропорции произвольные. Если вы берете стандартную упаковку свежего шпината весом около 300 г, то достаточно по горсти изюма и орехов. Чтобы приготовить шпинат с изюмом и орешками, необходимы следующие ингредиенты:

- шпинат – около 300 г
- изюм – горсть
- кедровые орешки – горсть
- оливковое масло – 1 ст. л.
- соль – по вкусу.

Шпинат с изюмом и орешками готовится следующим образом:

1. Обжарьте изюм и орехи на сухой сковороде, отставьте в сторону.



2. На разогретом масле пассируйте шпинат до мягкости, добавьте изюм и орехи, потушите 2–3 минуты, посолите.

Омлет по-французски

Знаменитый французский луковый суп известен во всем мире. Но оказывается, что омлет по-французски тоже готовится с луком и получается исключительно вкусным. В отличие от этого лукового омлета, легкий французский омлет готовится без молока и лука, а получается не менее вкусным. К омлетам на завтрак прекрасно подходят горячие бутерброды с их обилием вкусов. Так, горячие бутерброды в духовке сделают завтрак насыщеннее и приготовятся в те минуты, пока вы будете готовить омлет. Количество порций: 3. Калорийность: средне-

калорийный. Калорий в одной порции: 390 ккал. Чтобы приготовить омлет по-французски, понадобятся следующие ингредиенты:

- 6 яиц
- 110 г швейцарского сыра
- 1 ст. ложка оливкового масла
- 2 головки красного сладкого лука
- 1/4 чашки нарезанного лука-шалота
- 2 ч. ложки сахара
- 1 пучок зеленого лука
- 2 ч. ложки дижонской горчицы
- 1/2 ч. ложки сушеного тимьяна
- 1/4 ч. ложки соли
- 1/2 ч. ложки молотого белого перца.

Омлет по-французски готовится следующим образом:

1. Нашинковать красный сладкий лук и лук-шалот и обжарить луковую смесь на оливковом масле при средней температуре в течение 15 мин. Посыпать сахаром и периодически помешивать, пока лук не станет золотистым.

2. Обжаренный лук переложить в тарелку, а в той же сковороде слегка притушить нарезанный зеленый лук вместе с горчицей и сушеным тимьяном.

3. Взбить яйца со 100 мл воды, посолить, поперчить белым молотым перцем и добавить часть тертого сыра.

4. Смазать сковороду или форму для запекания маслом, вылить яичную смесь и запекать 15 мин. в духовке, предварительно разогретой до 180°C.

5. Перед подачей на стол посыпать омлет поджаренной луковой смесью и оставшимся тертым сыром.

ОБЕД!

Зеленый борщ

Зеленый борщ и настоящий «красный» борщ, что самое интересное, имеют один к другому такое же отношение, что и яблоко к устрице. Однако у нас, чисто исторически, его называют «зеленым» (распространенное название и «зеленые щи»), а по своей сути это обычный мясной суп, но приготовленный со щавелем. То есть, своим названием данное блюдо обязано именно щавелю, который и придает ему характерный зеленый цвет. Нужно отметить, это исключительно полезное и вкусное блюдо! Зеленый борщ можно варить круглогодично (для этого щавель можно заморозить, законсервировать). Но весной приготовление такого блюда – это целый ритуал, практически, дань приходу весны. Необходимые ингредиенты для приготовления борща:

- мясо или курица – 300–400 г
- щавель – 1 пучок
- морковь – 1 шт.
- лук – 1 шт.
- картофель – 2–3 шт.
- куриные яйца – 2–3 шт.
- сливочное масло – 50 г
- зелень (петрушка, зеленый лук, сельдерей) – по вкусу специи (соль, перец, лавровый лист).

Способ приготовления борща с щавелем:

1. Начинаем с того, что сварим бульон (с мяса, курицы). Теперь добавляем туда коренья (корни петрушки и сельдерея), специи, лавровый лист. После этого закладываем в кастрюлю крупно порезанный репчатый лук и морковь. Варим бульон около часа.

2. В это время необходимо сварить яйца (вкрутую). После варки сразу их охладить под проточной холодной водой и очистить. Очищаем картофель и нарезаем на средние кубики.

3. Когда бульон сварился, начинаем вылавливать из него лавровый лист и корни. Оставляем только морковь и лук. Мясо также достаем, удаляем косточки и измельчаем. Теперь бросаем нашу картошку вместе с мясом в бульон (если нужно, солим его и перчим).

4. Моем тщательно щавель под проточной водой и затем отрываем от черешков листики. Нарезаем мелко листики щавеля и петрушку. Яйца режем на средние кубики (только не натирайте их на терке, а то у вас в итоге получится яичная каша, а не борщ).

5. Когда картошка будет практически готова, бросаем в бульон нарезанный щавель. Варим его не более 3–4 минут на среднем огне (не больше 5–6 минут!). После этого добавляем нарезанную свежую зелень и яйца (продолжаем варить еще 1–2 минуты). Теперь важнейший и обязательный момент – в кастрюлю добавляем кусочек сливочного масла. Поверьте, это придаст вашему зеленому борщу неповторимый вкус! Кипятим еще буквально минуту и тут же выключаем. Даем борщу настояться (минут 10–15). При подаче разливаем наш ароматный зеленый борщ по тарелкам, а сверху выкладываем ложку (а то и две) сметаны! Подаем со свежим хлебом! Всем приятного аппетита!



Судак по-польски

Как нельзя кстати на весеннем столе будет блюдо из рыбы. Для этого мы возьмем судака. Необходимые ингредиенты для приготовления:

- филе судака 1–2 шт.
- сливки, растительное масло, мука, соль, перец.

Способ приготовления судака по-польски:

1. Филе судака вымыть, обсушить, нарезать на кусочки. Посолить, поперчить.

2. Обжарить филе на растительном масле. Вынуть рыбу шумовкой и выложить на салфетку.

3. Слить масло в миску, добавить сливки и приготовить густой соус.

4. Выложить рыбу в стеклянную посуду для выпечки, залить соусом. Запечь в горячей духовке около 15 минут. Подавать с отварным рисом и рубленой зелени.

Оригинальный картофель

Картофель «Айдахо» – очень простой, вкусный и оригинальный способ приготовления любимого овоща. Данное блюдо пришло к нам из далекой Америки, где айдахо – это не название сорта картофеля, а просто название способа его приготовления. Рецепт же картофеля «Айдахо» совершенно несложен. А главной его особенностью является то, что картофель даже не нужно чистить! Традиционно его просто хорошо моют, разрезают на 6–8 частей и готовят. Однако для приготовления картофеля по этому рецепту желательно





подобрать и подходящий его сорт. Просто идеально, если вы найдете сорт «Айдахо Рассет». Но в случае, если же вам все-таки не удастся его раздобыть, тогда стоит помнить о том, что выбранный картофель должен непременно быть рассыпчатым и желателно с толстой шкуркой. Старайтесь выбирать ровные и крупные картофелины.

Чтобы приготовить картофель «Айдахо», вам понадобятся:

- картофель (молодой, среднего размера) – 9 шт.
- оливковое масло – 1/3 ст.
- зелень (укроп, петрушка) – 1 пучок
- зеленый лук – 1/3 пучка
- чеснок – 2–3 зубчика
- соус (перечный острый) – 1/2 ч. л., соль.

Как приготовить картофель «Айдахо»:

1. Для начала необходимо хорошо промыть молодой картофель (очищать не надо!). Затем нарезаем его на 8 долек (разрезаем сначала на половинки, а после на четвертинки и т.д.).

2. Выкладываем картофель в кастрюлю, заливаем его холодной водой и добавляем немного соли. Закрываем крышкой и доводим до кипения. Варим в кипящей воде около двух минут (уже с открытой крышкой).

3. Сливаем воду, выложив в сито картофель, и даем ему таким образом немного остыть.

4. Смешиваем оливковое масло вместе с мелко порезанной зеленью, чесноком, выдавленным через чесночницу, а также острым перечным соусом. Затем тщательно смазываем картофельные дольки получившейся смесью.

5. Теперь же укладываем картофель на противень либо в форму и запекаем его до полной готовности (около 20–25 минут).

Подавать картофель «Айдахо» можно как гарнир, а можно как отдельное блюдо, украсив его свежими овощами и зеленью!

НА УЖИН!

Салат «Капрезе»

Этот салат поистине можно назвать самым популярным в Италии. Цветовая гамма ингредиентов блюда будто символизирует государственный флаг солнечной страны. Красный – сочные помидоры, белый – нежная моцарелла, зеленый – яркая зелень базилика. На кулинарных страницах можно найти далеко не один вариант приготовления этого чудесного угощения. Сегодня мы предлагаем вам побаловать себя и гостей восхитительным салатиком «Капрезе».

Чтобы приготовить салат «Капрезе», вам понадобятся:

- помидоры черри – 8–10 шт.
- моцарелла – 200 г
- базилик зеленый – 1 пучок
- масло оливковое – 70 мл
- перец черный молотый, соль.

Как приготовить салат «Капрезе»:

1. Помидоры черри вымыть, обсушить и разрезать на половинки.

2. С моцареллы слить жидкость. Нарезать сыр кружками. Если для приготовления салата используются маленькие шарики моцареллы, их резать не нужно.

3. Базилик промыть под проточной водой и обсушить.

4. Чередую, выложить на блюдо помидоры, моцареллу и листики базилика.

5. Приправить салат небольшим количеством соли и черным молотым перцем (лучше – свежемолотым).

6. Готовый салат полить сверху оливковым маслом. Не перемешивать. Замечательным дополнением к салату «Капрезе» является яркий, ароматный соус Песто.

Чтобы приготовить соус Песто, вам понадобятся:

- базилик – 1/2 пучка
- петрушка – 1/2 пучка
- пармезан (или любой другой сыр твердых сортов) – 30–40 г
- кедровые орешки – 1 ст. л.
- чеснок – 1–2 зубчика
- оливковое масло – 70 мл, соль.

Как приготовить соус Песто:

1. Петрушку и базилик промыть под проточной водой и обсушить.

2. Сыр натереть на терке.

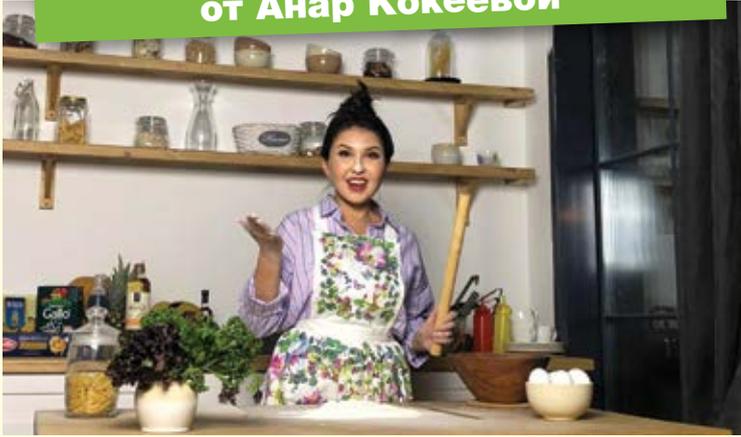
3. Чеснок почистить и измельчить при помощи ножа.

4. Кедровые орешки обжарить на сухой сковородке.

5. Все ингредиенты поместить в чашу блендера, добавить оливковое масло и соль по вкусу. На средней скорости



Полезные рецепты от Анар Кокеевой



Завтрак!

Лучший выбор для полезного завтрака – это конечно – овсянка, сэр! Это вкусная возможность получить запас энергии организму, поэтому овсяная каша отлично подойдет для начала дня. Одно из многочисленных полезных свойств овсянки, это приводить в норму обмен веществ, поэтому она полезна людям с излишним весом.

Приготовить овсянку на воде очень просто: на три четверти стакана овсяной крупы, два стакана воды. Воду закипятить, промыть крупу, всыпать ее в воду и варить на небольшом огне, периодически помешивая, затем перед выключением посолить, добавить пару чайных ложек сливочного масла. А свежие или замороженные ягоды, фрукты или сухофрукты, мед, орехи, добавленные перед подачей, не только сделают блюдо более полезным, но и украсят его. Приятного аппетита!

Салат!

О пользе свеклы известно всем. Рецепт вот такого не сложного, но полезного и вкусного свекольного салата придется по вкусу многим. Для приготовления нам понадобятся:

- свежая свекла, сырая
- яблоко
- чернослив или изюм
- грецкие орехи.

Приготовление очень простое. Все продукты вместе измельчить в блендере. Готово! Такой салат можно есть не заправляя никаким соусом.

Печеночный торт!

По многочисленным просьбам рецепт печеночного торта. Это и оригинальная закуска, и красивая подача и очень вкусное и полезное блюдо! Для его приготовления понадобятся:

- 600 гр любой печени, куриной, говяжьей
- 2 яйца
- 50 гр муки
- соль, перец.

Все измельчить в блендере до однородной массы. Жарить блины из печени с двух сторон без масла.

Начинка:

Лук, чеснок, морковь, зелень, все измельчить и потушить на сливочном масле. Остудить, и добавить сметану. Каждый блин обмазывать начинкой, и собирать «коржи» в торт. Желательно дать время постоять, чтобы пропитался. Украсить сладким перцем и зеленью.

Приятного аппетита!

измельчить и смешать составляющие соуса до получения однородной массы. Если вы захотите подать свой салат с этим замечательным соусом, базилик, оливковое масло и специи нужно использовать только в приготовлении соуса, так как именно он и станет отличной заправкой для «Капрезе». Готовый салат можно украсить листиками базилика или петрушки. Прекрасным вариантом угощения для праздничного стола может послужить салат «Капрезе», оформленный в виде закуски на шпажках. Для этого нужно нанизать черри и маленькие шарики моцареллы на деревянные шпажки, выложить закуску на блюдо, украшенное листиками базилика, и слегка полить оливковым маслом или соусом.

Сырное суфле:

Пышный сырный омлет – это настоящее сырное суфле, необычайно нежное и вкусное. Секрет заключается в том, что он готовится сначала на сковороде на плите, а затем в духовке. Поэтому выбирайте такую сковороду, которую можно поместить в духовку. Количество порций: 6. Калорийность: низкокалорийный. Калорий в одной порции: 135 ккал.

Чтобы приготовить сырное суфле, понадобятся следующие ингредиенты:

- 6 яиц
- 100 г тертого сыра
- сок половинки лимона
- соль, перец черный молотый – по вкусу.

Сырное суфле готовится следующим образом:

1. Белки отделите от желтков и взбейте в пену.
2. К желткам добавьте лимонный сок, посолите, поперчите и как следует взбейте.
3. Смешайте желтки с тертым сыром, затем добавьте взбитые белки и тщательно перемешайте.

4. На разогретую сковороду вылейте яично-сырную смесь и поджарьте ее 3–5 минут. Затем поставьте сковороду в духовку, предварительно разогретую до 180°C, и запекайте сырное суфле в течение 10 мин. Можно также включить гриль, чтобы суфле как следует подрумянилось сверху.

5. Готовое сырное суфле сразу разложите по тарелкам и подавайте с зеленым салатом, французским соусом и зеленью. Приятного аппетита!

Правильное питание, режим сна и бодрствования, физическая активность – все это поможет вам в лучшем виде встретить новую весну. Весной не нужно «болеть», весной важно цвести и любить. Любви вам!!!



С КАШЛЕМ СПРАВИТЬСЯ ЛЕГКО

«Как увеличить продажи в аптеке?» — это самый часто задаваемый вопрос от владельцев аптечного бизнеса и маркетологов.

Кроме ценовой политики и ассортимента в аптеке на продажи влияет сам провизор.

Каргаполова Наталия,
бизнес-тренер

Первостольник становится центральной фигурой в аптеке. Насколько он может увеличить средний чек, повлиять на возвращение постоянных клиентов, уметь продать дополнительный препарат будет зависеть успех аптеки.

Это первостольник, который сам предлагает товар, а не просто отпускает, как продавец в супермаркете: Дайте- На.

Но чтобы быть успешным в активных продажах, необходимо каждый день изучать медикаменты. Не бояться задавать вопросы клиентам, чтобы выявить их истинные потребности и уверенно предлагать эффективное решение для клиентов.

На своих тренингах я советую: «Если показать покупателю, что вы знаете его потребительские проблемы, но при этом не затягивать в навязчивые продажи, то он будет считать вас профессионалом и бу-

дет доверять вам. Дайте понять, что вы знаете про этот товар больше, чем он».

И сегодня мы больше узнаем о кашле. Кашель – одна из самых частых жалоб при острых респираторных инфекциях.

Ассортимент препаратов, назначаемых при кашле достаточно широк, доходит до 30–50 наименований в аптеке. Как правильно их продавать и как разобраться, в том, что лучше рекомендовать конкретному клиенту, мы постараемся разобраться сегодня.

Кашель – не является самостоятельным заболеванием, это симптом, который может быть при разных заболеваниях, в то же время, кашель – это защитный механизм, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей.

Поэтому необходимость в подавлении кашля с использованием противокашлевых препаратов воз-

никает крайне редко.

Причиной острого кашля чаще всего являются острые респираторные инфекции верхних и нижних дыхательных путей, тогда как хронический кашель может быть симптомом целого ряда заболеваний, таких как бронхиальная астма, хронический бронхит, опухоли бронхов, интерстициальные заболевания легких, туберкулез, рак легкого, метастатические опухоли, опухоли средостения, митральный стеноз, аневризма аорты, левожелудочковая недостаточность, гастро-эзофагеальный рефлюкс, постназальный синдром, психические нарушения и др. Затяжной кашель после перенесенной острой респираторной инфекции может быть обусловлен гиперреактивностью бронхов вследствие постинфекционного бронхиального воспаления.

Таким образом, лечение кашля следует начинать с устранения его

МОКРОТА И КАШЕЛЬ



- снижает вязкость мокроты
- улучшает выведение мокроты

улучшает отделение мокроты и облегчает кашель

БОЛЬ В ГОРЛЕ



- Противоотечное действие
- Противовоспалительное
- Местноанестезирующее

значительное уменьшение боли и покраснения в горле

ОТСУТСТВИЕ ВРЕМЕНИ



- Можно рекомендовать без консультации врача
- Повышает эффективность терапии антибиотиками

Вирус, бактерии – не имеет значения!!!

причины, следовательно, эффективность терапии прежде всего зависит от правильно и своевременно установленного диагноза врачом.

Но независимо от этиологии болезни – вирусной, бактериальной, аллергической, токсической – на слизистой оболочке бронхиального дерева идет воспаление.

При воспалении дыхательных путей увеличивается количество трахеобронхиального секрета и изменяется его состав. Уменьшается удельный вес воды, и повышается концентрация муцинов, что приводит к увеличению вязкости мокроты. Отмечено, что чем выше вязкость слизи, тем ниже скорость ее проксимального продвижения по респираторному тракту. Изменение состава слизи сопровождается также снижением бактерицидных свойств бронхиального секрета, за счет уменьшения в нем концентрации секреторного иммуноглобулина А. Это создает благоприятные условия для размножения патогенных бактерий. Таким образом, нарушение дренажной функции бронхиального дерева может привести не только к вентиляционным нарушениям, но и к снижению местной иммунологической защиты дыхательных путей с высоким риском развития затяжного течения воспалительного процесса и его хронизации.

Кашель бывает сухим (в этом случае мокрота практически не об-

разуется и влажным (мокрота образуется). При этом мокрота может быть настолько густой и вязкой, что ее очень трудно откашлять. Такой кашель называется «непродуктивным». Непродуктивный или малопродуктивный кашель изматывает больного человека, приводит к нарушению сна и тяжело переносится как самим пациентом, так и окружающими. Такая симптоматика при острой респираторной инфекции, как правило, развивается в первые дни болезни, и основная задача лечения – перевести кашель из сухого, непродуктивного, во влажный, продуктивный. Это приводит к восстановлению проходимости дыхательных путей, устранению раздражения слизистой оболочки и прекращению кашля.

Разжижение мокроты является важным этапом в лечении бронхитов. Поэтому в первую очередь необходимы муколитические средства, с одной стороны, разжижающие мокроту, с другой – способствующие ее удалению. Хотя все муколитические препараты эффективно разжижают мокроту, не увеличивая существенно ее количество, механизм действия отдельных представителей этой группы различен, поэтому муколитики обладают разной эффективностью. Наиболее эффективным и безопасным муколитиком на сегодня является амброксол.

Препарат Амбросан (ПРО.МЕД. ЦС Прага а.о.) – это амброксол европейского качества с доступной ценой. Его легко предложить клиенту при острых респираторных инфекциях как дополнительный препарат с жалобами на кашель и боль в горле. И как основной препарат клиенту с жалобами на кашель, который просит рекомендовать эффективное и безопасное средство.

Амбросан разжижает мокроту, улучшает отделение мокроты и проходимость мелких бронхов, тем самым облегчает кашель. Амбросан обладает противовоспалительным, противоотечным, и местноанестезирующим действием и поэтому значительно уменьшает боли и покраснение в горле, которые часто сопровождают ОРВИ. Амбросан повышает местный иммунитет, а назначение его с антибиотиками повышает эффективность лечения.

Таким образом, предложив пациенту при кашле, независимо бактериальной или вирусной этиологии, Амбросан, вы поможете более быстрому выздоровлению.

И помните, важно не забывать, что для назначения любого препарата есть свои четкие показания, учитывая которые возможно не только не навредить, но и помочь пациенту, значительно улучшив его качество жизни!

Амбросан®

Амброксол

Кашель
Мокрота
Боль в горле

ВИРУС, БАКТЕРИИ
НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ!



Торговое название Амбросан®. Международное непатентованное название Амброксол. Лекарственная форма Таблетки 30 мг. Состав Одна таблетка содержит: активное вещество: 30 мг амброксола гидрохлорида; вспомогательные вещества: моногидрат лактозы, гранулированная микрокристаллическая целлюлоза, коповидон, магния стеарат. Описание Почти белые, плоские таблетки с насечкой, диаметром 9,0 мм. Фармакотерапевтическая группа Препараты для устранения симптомов простуды и кашля. Отхаркивающие препараты. Муколитики. Амброксол. Код АТХ R05CB06

Показания к применению



муколитическая терапия острых и хронических бронхолегочных заболеваний, характеризующихся нарушением секреции и затрудненным отхождением мокроты

Способ применения и дозы

Взрослые и дети старше 12 лет:
1 таблетка (30мг) 3 раза в сутки;



При необходимости для усиления терапевтического эффекта можно назначать по 2 таблетки (60 мг) 2 раза в сутки. Курс составляет 14 дней для лечения острых заболеваний дыхательных путей и для начального лечения хронических состояний. Таблетки следует принимать после еды, запивая достаточным количеством жидкости. Дополнительный прием жидкости увеличивает муколитический эффект амброксола.

Побочные действия тошнота, рвота, диарея диспепсия, боль в животе, анафилактические реакции, включая анафилактический шок, ангионевротический отек, сыпь, крапивница, зуд и другие реакции гиперчувствительности. **Противопоказания** повышенная чувствительность к амброксола гидрохлориду или другим компонентам препарата, редкая наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы Лаппа, - синдром мальабсорбции глюкозы, галактозы, детский возраст до 12 лет. **Лекарственные взаимодействия** Совместное применение с противокашлевыми препаратами приводит к затруднению отхождения мокроты на фоне подавления кашля. Увеличивает проникновение и концентрацию в бронхальном секрете амоксициллина, цефуроксима и эритромицина. **Особые указания** Зарегистрированы очень редкие случаи тяжелых поражений кожи таких, как синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз, при применении амброксола гидрохлорида. Главным образом они обусловлены тяжестью основного заболевания и сопутствующим лечением. Кроме того на ранней стадии синдрома Стивенса-Джонсона и токсического эпидермального некролиза у пациентов могут проявляться признаки начала неспецифического заболевания, со следующими симптомами: повышение температуры тела, боль во всем теле, ринит, кашель и боль в горле. Появление этих признаков может привести к ненужному симптоматическому лечению противовоспалительными препаратами. В случае появления кожных поражений – пациент немедленно осматривается врачом, прием амброксола гидрохлорида прекращается. Пациентам с декомпенсированной почечной недостаточностью применение препарата Амбросан® показано только после консультации с врачом. Амбросан® не следует принимать пациентам, имеющим редкую врожденную непереносимость галактозы, дефицит лактазы Лаппа, синдром мальабсорбции глюкозы, галактозы. **Фертильность, беременность и период лактации** Амброксола гидрохлорид проникает через плацентарный барьер. Доклинические исследования не показали прямого или косвенного отрицательного воздействия на фертильность. **Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.** Нет сообщений о случаях влияния препарата на способность управлять автомобилем или механизмами. **Передозировка** Диапазон между терапевтической и токсической дозами препарата очень широкий, поэтому возможность его передозировки практически отсутствует. **Симптомы:** тошнота, рвота, диарея, диспепсия. **Лечение:** симптоматическая терапия. **Форма выпуска и упаковка** По 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой. По 2 контурных ячейковых упаковок вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона. **Условия хранения** Хранить в сухом защищенном от света месте при температуре 15-25 °С! Хранить в недоступном для детей месте! **Срок хранения** 3 года. Не использовать после истечения срока, указанного на упаковке. **Условия отпуска из аптек** Без рецепта. **Производитель/упаковщик/владелец** РУ ПРО.МЕД.ЦС Прага а. о. Телска 1, 140 00 Прага 4 Чешская Республика. **Регистрационное удостоверение** РК-ЛС-5№003302 выдано 17.02.2016, №N000672

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству товара
ТОО «ПРОМ.МЕДИС.КАЗ.»

Г. Алматы, пр.Достык 132, оф. 9, тел. 8(727)260-89-36, Email: sekretar@prommedic.kz

**ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ № N00067, ОТ «17» ФЕВРАЛЯ 2016Г.**

PRO.MED.CS
Praha a.s.



«Главней всего погода в доме!»

**Дом, милый дом.
Как же я люблю тебя!
Я люблю возвращаться
домой вечером, после
напряженного дня.
Я люблю находиться в
нем в выходные, рано
утром, когда еще спит
не только весь город,
но и вся наша семья.
Люблю тихонько бродить
по квартире, чтобы
никого не разбудить,
наслаждаться тишиной
и впитывать энергетику
нашего жилья.**

И совсем не важно, живете вы в большом частном доме или же в маленькой квартире. Для каждого человека дом, это где нам хорошо, где хорошо всем вместе родным и близким людям, где все счастливы. Там, где светло, тепло, чисто и красиво! Дом – это то, где появляются силы и энергия даже тогда, когда все идет совсем не так, как хотелось бы.

Почему в доме нет уюта?

Для того чтобы создать уют в доме, нужно приложить некоторые усилия. Раньше и в моем любимом доме не было так хорошо, как сейчас.

Если кто-то считает, что обустроить, украшать, улучшать, обновлять и всячески облагораживать стоит только действительно настоящий дом. А небольшая квартира что? Да и район не совсем престижный.

«Подумаешь, можно и потерпеть несколько лет, зачем вкладывать силы и энергию туда, где не планируешь прожить всю жизнь». Но как ошибаются эти люди, думая так! А наше жилье словно чувствует такое к нему отношение...

Встречаются и такие дома, где всегда чисто, везде порядок, но при этом не хочется в нем задерживаться даже самим хозяевам. Они думают: «Поскорей бы куда-то уйти, на выходные уехать подальше». И гости захаживают редко и не засиживаются долго. Нет в таком жилье тепла, комфорта и уюта.

Получается, что любое жилище не имеет уюта и не несет в себе тепло только из-за отсутствия любви хозяев и их заботы о нем? Да!

Поэтому в этих двух ситуациях стоит пересмотреть свое отношение к нынешнему жилью, и сразу все поменяется. Станут постоянно захажи-

вать и приезжать друзья, родственники и просто хорошие знакомые. В выходные вам не захочется убежать куда-то подальше, туда, где уютно, тепло и красиво. В сложные периоды будет возникать ощущение, что даже стены квартиры тебя поддерживают, дают силы и энергию. А в душе раздражение и недовольство жильем сменится на благодарность, радость и удовлетворение от того, что вас окружает.

Но что еще для этого нужно предпринять? Как создать уют в доме? Как та же квартира, что и раньше, сможет приносить радость, спокойствие и удовлетворение? Вот несколько советов по тому, как создать уют в доме, следуя которым вы превратите свое жилье из «жилья обычного» в настоящее, крепкое жилище, которое поможет в трудные времена.

Здесь я живу – временно!

Первый шаг – меняем отношение к своему жилью. Если вы относитесь в своей квартире, дому или комнате в коммунальной либо съемной квартире как к временному, доставляющему вам больше хлопот, чем радостей, то неудивительно, что вы будете постоянно чувствовать легкое раздражение и досаду.

Никто не призывает вас всю жизнь прожить в коммуналке или



маленькой однокомнатной квартирке. Стремитесь, ставьте цели, зарабатывайте деньги, учитесь экономить деньги, копите на новое жилье, увеличивайте доход и в итоге купите себе квартиру или дом, о котором мечтаете. Но это еще не значит, что нужно быть недовольным и всячески ругать те стены, которые согревают вас сейчас.

Как только вы перестанете проявлять недовольство своей квартирой и станете уделять ей внимание, так и квартира сразу станет меняться. Казалось бы, невероятно, как квартира из холодной может превратиться в теплую? Как из хотя и

не однокомнатной, но, тем не менее, не очень просторной на наш взгляд, может стать просторнее? Может, еще как может! Главное, поменять свое отношение и начать внимательно присматриваться к тем возможностям, что есть уже сейчас. Конечно, никто не говорит, что все пройдет само собой. Придется приложить какие-либо усилия. И это нужно будет сделать с любовью и заботой. Не стоит проявлять недовольство существующим положением дел, не стоит думать, что «где-то там, в новой квартире, а лучше в новом доме нам будет тепло, светло и уютно, а сейчас мы проживем так, потерпим».

Посмотрите на свой дом со стороны

Осмотрите свою квартиру как бы со стороны, обратите внимание на каждую вещь. Выделите вещи, которые вам достались по наследству либо, которые были куплены в антикварном магазине, по объявлениям. Всмотритесь внимательно на то, что изображено на ваших картинах и фото, если они висят на стенах или стоят на виду. Если стоят или висят фотографии умерших людей, уберите их в альбомы, их не должно быть видно. Есть ли у вас старые зеркала,





купленные очень давно, и вы не первые их хозяева?

Вещи, которые передаются по наследству, содержат энергетику всех хозяев, купленные с рук тоже содержат информацию обо всех... Выделите сейчас эти вещи. Это же касается фотографий, скульптур, статуэток.

Абсолютно противопоказано держать в доме картины демонического содержания, изображающие уродов, чертей и чудовищ. Они сами по себе влияют на человека крайне негативно, да еще и притягивают в дом всевозможную грязь. Не забывайте – подобное притягивает подобное. Каждый предмет, находящийся в квартире, постоянно участвует в ее внутреннем энергообмене. Участие это должно быть положительным. Поэтому держите у себя на виду только такие произведения искусства, которые порождают светлые и радостные или нейтральные, умиротворяющие чувства и мысли.

Если ваш дом наполнен старыми вещами, мебелью, которая осталась от бабушек, дедушек, прежних хозяев. Каждая вещь на уровне энергий запоминает все, что происходило в доме и продол-

жает излучать эти энергии в квартиру, а значит и вам.

Самый простой способ – это избавиться от старых вещей. Если это невозможно по какой-то причине, то приведите их в порядок, отремонтируйте, вымойте все, почистите.

Немалую роль играют зеркала. Они содержат в своей памяти все, что происходило, все и всех, кто смотрелся в них, они выбрасывают все эти энергии и эмоции в ваше поле. Поэтому зеркала время от времени нужно чистить.

1 способ:

Разведите в воде соль любой концентрации, соль мощный способ очищения. И этой водой вымойте зеркало. Потом смойте обычной чистой водой.

2 способ:

Зажгите перед зеркалом свечу и дайте информацию: «Пламя этой свечи очищает энергетику зеркала от негатива». Возможно, одной свечой здесь не обойтись. Наблюдайте за пламенем свечи. Оно вам подскажет, когда зеркало будет чистым.

Народный опыт гласит, что зеркала надо хотя бы протирать влажной тряпочкой после визита гостей.

Энергетика прошлых лет или старых владельцев

Итак, мы перешли ко второму шагу – очищение пространства и всего того, что в нем есть. Существует немало способов и учений по очищению пространства от негатива. В этот раз мы решили обратиться к последователям фэн-шуй.

Согласно этому учению, если прежних хозяев дома преследовали неудачи и болезни, то и новые хозяева не будут в нем счастливы. Например, если прежний владелец дома потерпел неудачу и разорился, то и новый вряд ли будет успешен в делах.

Все, происходящее в доме, порождает волны, подобно брошенному в воду камню. Любые повторяющиеся ситуации, настроения, определенная атмосфера накладывают свой отпечаток на стены, пол, потолок, мебель, предметы, растения, животных и людей, находящихся в этом пространстве. Очень сильный отпечаток оставляет любое событие, сопровождающееся сильными эмоциями, физической





или душевной травмой. Вероятно, вам случилось, заходя в комнату, в которой только что произошел спор, ощущать тяжелую, словно накалившуюся атмосферу.

Энергетические волны, расходясь по всему пространству, накапливаются, как бы «застревая» во всех углах и закоулках.

Квартира или дом, в который вы въехали, нуждается в тщательном очищении не только на физическом, но и на энергетическом уровне. Только после проведения очистки пространства можно улучшать его атмосферу и ощутить комфорт, находясь в нем.

Начинать надо, конечно же, с уничтожения физической грязи. Необходимо отскоблить, отодрать и смыть все, что возможно: старые обои, побелка и краска несут на себе отпечаток энергетики прежних хозяев. Полы, если это паркет, лучше заново отциклевать. Но не стоит покрывать их лаком: дерево – материал живой, он должен дышать.

Затем нужно провести влажную уборку, поскольку очистительная сила воды очень велика. То, что помыть нельзя, можно

обрызгать водой: родниковой, настоянной на еловой или сосновой хвое, или на рябиновых ветках, или святой водой. Хорошо очищает вода с солями серебра. Для этого можно использовать аптечный ляписный карандаш (один карандаш на три литра воды). Негативную энергетику можно выгнать водой, в которую опущена серебряная монета или ложка, или любой другой предмет из чистого серебра.

Для корректировки энергетики дома можно использовать и небольшие кусочки древесины. В местах с негативной активностью нужно положить кусочки осины, березы, ели или дуба – дерево уловит и впитает в себя негативные флюиды. Клен, черемуха, рябина, орешник и можжевельник способны даже преобразовать негативную энергию в позитивную.

Стабилизировать энергетическую обстановку в доме помогут тополь, липа, сосна. А вот лиственница, граб, бук и вяз способны привлекать в дом не очень хорошие энергетические субстанции.

Хорошо помогает энергетике дома окуривание еловой хвоей,



сушеной полынью, багульником, в тяжелых случаях можно провести окуривание жженым янтарем.

После очистки пространства хорошо несколько дней зажигать в помещении свечи, лучше принесенные из храма, либо ладан, китайские благовонные палочки со специальным ароматом.

Традиционно используемые китайцами колокольчики способны рассеять застоявшуюся энергию в тех местах, до которых трудно добраться. Колокольчики могут не только рассеивать негативную энергию, но и гармонизировать энергию, втекающую в дом, вот почему их так часто можно увидеть в китайских домах.

Для очищения пространства пригодны природные неотшлифованные кристаллы. Сначала их омывают в святой воде или закупают в морскую соль или просто в землю. Затем кристалл нужно запрограммировать на определенное действие: возьмите его в руку и твердо скажите, что от него требуется, или просто поднесите к своему сердцу и позвольте своим чувствам перелиться в него. Такой кристалл будет хорошим защитником вашего дома.

Для очищения нередко используются различные благовонные палочки, например, из сандалового дерева, но надо помнить, что благовония действуют лишь тогда, когда их запах присутствует в воздухе.

Когда очень важно очистить дом?

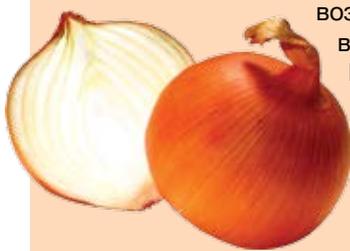
Тогда, когда вы переезжаете на другую квартиру, тем более, если она досталась вам после прежних хозяев. Очистить дом надо еще до того, как вы туда въедете, в первое полнолуние после вечернего заката. Почему? Потому что мы не знаем, что за люди жили в этой квартире до нас, и какой энергетический хвост после них достался вам. Ведь чужая негативная энергия может перейти к вам по наследству.

Если кто-нибудь, в семье заболел, причем неважно чем. Процедура очищения проводится по не-

Еще один экстренный рецепт очищения предлагают мастера фен-шуй

Если по каким-то невыясненным причинам вам стало неуютно в вашем доме, надо сделать следующее: в каждой комнате на глаз определить центр, положить в него разрезанную пополам луковицу и при этом произнести следующие слова: «Пожалуйста, впитай в себя за ночь все то, что чуждо моей семье!». Под помещением следует понимать и кладовку, и туалет. Отрицательная энергетика терпеть не может запах лука!

Проводить очищение луковицей необходимо после того, как зайдет солнце, а утром обязательно до восхода светила (уточните по календарю и заведите будильник, чтобы не проспять) сложить луковицы в пакет (только ни в коем случае не брать их руками, а наколоть на что-нибудь острое, например, на зубочистку) и сжечь. Если сжечь нет никакой возможности, то выкиньте, только не абы куда, а в контейнер для мусора.



Проследите за тем, чтобы ни дети, ни домашние животные не поменяли местоположение луковиц. Как только вы почувствуете дома неприятные ощущения, повторите несколько раз: «Откуда пришло, туда и уйди; кто сделал, тот и заberi».

обходимости, то есть дожидаться новолуния необязательно, но вечернего заката дожидаться необходимо. Почему? Любое недомогание говорит о том, что в доме есть те самые геопатогенные зоны, или что-то не в порядке у новых соседей и их отрицательная энергия просачивается в ваше жилье. Кстати, после выздоровления проведите процедуру очищения еще раз.

Когда меняются времена года. Почему? Потому что при смене времени года меняется положение Солнца, Земли, Галактики и соответственно нашего дома. И его надо подготовить к этой смене потому, что изменению подвергаются и наши биоритмы, а нам в этом доме еще жить. Такое сезонное очищение

необходимо проводить в последнее новолуние уходящего времени года после вечернего заката. Особенно очищение действительно в первые два дня новолуния.

Результаты уборки и очищения зависят от того, в каком настроении вы им занимаетесь. Думайте о светлом, о радостном, каждое ваше прикосновение к вещам в квартире пусть будет ласковым и добрым. Самое главное – каждую минуту, пока вы занимаетесь уборкой, помните, зачем вы делаете все это, и мысленно убирайте «грязь» из пространства, окружающего вас. И пусть в вашем доме всегда будет чисто, светло, уютно и радостно!

Подготовила Ольга Шматова





Советы эксперта.

Современное лечение ОРВИ и гриппа

С.Х. Измайлова – к.м.н., заведующая кафедрой пропедевтика детских болезней КазНМУ им С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – это вирусные заболевания, поражающие слизистую оболочку верхних дыхательных путей. В народе их называют «простудой». Ученые насчитывают более 200 респираторных вирусов. Наиболее распространенные – парагрипп, аденовирусы, риновирусы... Инфекция в основном передается воздушно-капельным путем. Источником инфекции является больной человек. Проникая в верхние дыхательные пути, вирус внедряется в клетки наружного слоя слизистой оболочки, вызывая их разрушение и слущивание. Слущенные клетки, содержащие вирус, отторгаются и при дыхании, разговоре, кашле, чихании с каплями слюны, носовой слизи или мокроты попадают в воздух, заражая тех, кто этим воздухом дышит.

Как выбрать лекарство?

При выборе средства для лечения гриппа и ОРВИ важно понять, с каким именно инфекционным агентом мы столкнулись, поскольку лекарства обладают разной эффективностью в отношении тех или иных вирусов, вызывающих данные заболевания.

Следует отметить, что симптомы гриппа и ОРВИ имеют некоторые отличия. В частности, для гриппа характерно бурное начало заболевания и интоксикация (ломота в мышцах и суставах, озноб, боль при движении глазных яблок и пр.), а насморк и заложенность носа, как правило, являются визитной карточкой ОРВИ. Аденовирусную инфекцию отличает односторонний конъюнктивит и высокая температура тела, которая долго держится и плохо сбивается жаропонижающими препаратами, в то время как риновирусная инфекция развивается быстро с небольшим повышением температуры до 37,5°C и сильным насморком. При этом неред-

ко возбудители ОРВИ провоцируют гриппоподобное течение болезни, а вирус гриппа может обуславливать нетипичную симптоматику. Ситуацию осложняет то, что на начальных этапах развития заболевания эти инфекции почти невозможно различить.

С другой стороны, совсем не обязательно покорно ждать, когда болезнь окончательно вступит в свои права: учитывая тот факт, что грипп и ОРВИ объединяет вирусная природа, целесообразно воспользоваться препаратами, действующими в отношении большинства респираторных вирусов.

Руководством для лечения практикующему врачу служат Клинические протоколы лечения МЗ РК, базирующиеся на принципах доказательной медицины. Для врачей преимущество использования рекомендаций заключается, прежде всего, в повышении качества медицинской помощи.

Согласно «Протоколу лечения ОРВИ и Гриппа у взрослых» МЗ РК, в качестве противовирусной терапии на амбулаторном и стационарном уровне рекомендован препарат Ингавирин® 90 мг (имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты). Ингавирин® – препарат с широким спектром противовирусного действия для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ.

Ингавирин® эффективен в отношении вирусов гриппа типа А (H1N1(свиной грипп), H3N2, H5N1) и В, аденовирусной инфекции, парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции, коронавируса, метапневмовируса, энтеровирусов, в том числе вируса Коксаки и риновируса.

Ингавирин®, без сомнений, занимает лидирующие позиции в противовирусной терапии, его эффективность и безопасность доказана в 9 клинических исследованиях (1859 пациентов), проведенных в крупнейших исследовательских центрах. Результаты исследований опубликованы в PubMed и Cochrane*.

Благодаря уникальному механизму действия, Ингавирин® воз-



вращает чувствительность рецепторов к интерферону и активирует синтез противовирусных белков, благодаря чему препарат действует против большинства респираторных вирусов. Это дает уверенность в том, что Ингавирин® окажет именно ту помощь, которую от него ожидают.

Ингавирин® эффективен уже в первые сутки развития заболевания, то есть на этапе, когда прак-

тически не оказывает мутагенного действия, не влияет на репродуктивную функцию, не обладает иммунотоксическими и аллергизирующими свойствами, не оказывает раздражающего действия на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Ингавирин® не метаболизируется в организме и выводится в неизменном виде в течение 24 часов.

Ингавирин®, в отличие от индукторов интерферона, действует только на пораженные вирусом клетки и не влияет на здоровые, поэтому обладает высоким профилем безопасности. Из побочных реакций редко возможны аллергические.

Ингавирин® имеет две формы выпуска: для детей старше 7 лет Ингавирин® 60 мг №7 и для взрослых Ингавирин® 90 мг №7.

Особо следует отметить удобство и простоту применения Ингавирин®: препарат принимают 1 раз в сутки, курс лечения составляет 5–7 дней (в зависимости от тяжести заболевания). Упаковка Ингавирин® рассчитана на полный курс лечения или профилактики гриппа и ОРВИ.

С целью профилактики ОРВИ и Гриппа у взрослых препарат можно применять после контакта с заболевшим по 1 капсуле в сутки в течение 7 дней.

Каждый человек должен подумать о сохранении своего собственного здоровья. Лучший совет – не затягивать с лечением, а вовремя обратиться к врачу.

* Cochrane, PubMed – международные базы данных медицинской информации.



Ингавирин®

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ДРУГИХ ОРВИ



УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ¹ С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТИ²



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ³



ВЫСОКИЙ ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ²



ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ:
1 КАПСУЛА В ДЕНЬ, 1 УПАКОВКА, 1 НЕДЕЛЯ²



1. Томас Ашахер, Крохин Артем, Ирина Кузнецова, Йоханнес Ленгг, Владимир Небольсин, Андрей Егоров, Михаэль Бергманн. Влияние препарата Ингавирин®(имидазолилтанамид пентандиовой кислоты) на интерфероновый статус клеток в условиях вирусной инфекции. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016; 21(4) стр.194-203

2. Инструкция лекарственного препарата Ингавирин® для медицинского применения

3. Л.В.Колосбухина, Л.Н.Меркулова, С.С.Григорян, М.Ю.Шелканов, Т.П.Ослепникова, О.А.Гусева, Е.И.Бурцева, Е.И.Исаева, С.Н.Орлова, В.М.Борунов, В.М.Волжанин, А.А.Шульдяков, О.А.Суточкикова, Н.А.Мальшев, А.Г.Чучалин, Д.К.Львов. Эффективность и безопасность препарата Ингавирин® в лечении гриппа и других ОРВИ у взрослых.



ТОО «ВАЛЕНТА АЗИЯ»
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, 050009, Г. АЛМАТЫ,
ПР. АБАЯ, УГ. УЛ. РАДОСТОВЦА, Д.151/115, ОФ.1102
ТЕЛ./ФАКС: (727) 334 15 52

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ
ПРЕПАРАТА ИНГАВИРИН® 90МГ:
РК-ЛС-5 N014881 от 03.03.2014
РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ
ПРЕПАРАТА ИНГАВИРИН® 60МГ:
РК-ЛС-5 N022444 от 31.10.2016

Ингавирин®
WWW.INGAVIRIN.RU

Перед назначением и применением внимательно прочитайте инструкцию по медицинскому применению!



Медицинский представитель: полезное знакомство

Согласно опросу, проведенному компанией Top of Mind, 45,7% фармацевтических работников предпочитают получать новую информацию от медицинских представителей (МП). Возможно, вы лично предпочли бы посетить конференцию или проредитировать профессиональную литературу, но вам все равно придется общаться с МП. Давайте обсудим нюансы такого общения.

Несомненные плюсы визита

Причина, по которой провизоры и фармацевты предпочитают получать новую информацию от МП, проста: на самообучение или посещение конференций требуется время, что идет вразрез с желанием продлить сутки хотя бы на 1 ч. Времени всегда и всем не хватает, – тут-то и появляется МП, источник новой информации, готовый ответить на все вопросы, предоставить рекламные материалы, брошюры, проспекты.

Общение идет «без отрыва от производства», кроме того, общение это камерное, не на большую аудиторию, а лицом к лицу. Как МП наблюдает вашу

реакцию, так и вы видите его отношение к делу, готовность ответить на вопросы, проконсультировать. В этом плане фармацевтический работник в выигрыше: чем самостоятельно выуживать информацию из профессиональной литературы или безличной лекции на конференции, порой читаемой «для галочки», он может задать вопросы МП и сразу получить ответы. Согласитесь, это отличается от чтения бездушного рекламного проспекта, текст которого иногда бывает написан маркетологом или копирайтером без специального образования.

Другое дело, что надо стараться отделять полезную информацию от навязчивой рекламы. Последнему, впрочем, научиться несложно: отличить шаблонные рекламные фразы от достоверной информации не представляет труда. К тому же вы сразу увидите, если МП что-то замалчивает, недоговаривает, скрывает – значит, этому сотруднику компании не стоит доверять.

Плюс на минус дает...

Если провести опрос с целью выяснить, как относятся к визитам МП фармацевтические работники, среди ответов, скорее всего, будут довольно разнообразные: «способствуют повышению квалификации», «экономят мое время», «приносят сувениры от фармацевтических компаний», «не всегда понимают специфику работы», «общаются безлично и безынициативно», «предоставляют компактную и полезную информацию», «часто среди представителей встречаются некомпетентные люди, общение с которыми просто бессмысленно», «зачастую можно услышать недостоверную информацию из уст представителя».

Все эти ответы абсолютно реальны. Как мы видим, фармацевты не спешат бросаться к МП с распростертыми объятиями, но и категорически не отказываются от общения с ними. Полагаем,

дело здесь в здравомыслии провизоров: в визитах МП можно выявить положительные для себя моменты.

Побудь на моем месте

МП нередко обвиняют в чрезмерной навязчивости и давлении на фармацевта. Его можно понять: для сотрудника компании персональная продажа является наиболее действенным методом, которым он убивает сразу нескольких зайцев:

- ✓ побуждает потенциального покупателя к приобретению своей продукции. Стоит отметить, что в данном случае представителю играют на руку его харизма, обаяние, хорошо поставленная речь и чувство юмора. Если хотя бы что-то из перечисленного имеется в арсенале представителя, он может воспользоваться своим «оружием» при общении с фармацевтом. Личностный фактор никто не отменял: если МП мастерски общается, продать свой продукт ему будет на порядок проще;
- ✓ имея обратную связь с фармацевтом, находится в курсе, довольны ли покупатели его продуктом, продолжают ли приобретать его или, напротив, спрашивают аналогии и регулярно жалуются на качество;
- ✓ получает возможность увидеть работу конкурентов, сравнить их действия со своими и на основе полученной информации сделать выводы и скорректировать маркетинговую политику.

Имейте в виду, МП обязательно заранее готовится к визиту к вам. Он собирает информацию о работе всей аптечной сети и конкретно вашей аптеки, знает целевую аудиторию, учитывает месторасположение, время наплыва посетителей и время затишья, в курсе представленного в аптеке

ассортимента. Поэтому структуре своего визита он составляет таким образом, чтобы вам было интересно с ним общаться.

Время – деньги

МП нередко обвиняют в том, что они приходят в неудобное время, отрывают от работы. Разумеется, МП в курсе данных претензий. Также они в курсе, что идеально было бы прийти к вам в аптеку во время наименьшего наплыва посетителей, скажем, в среду утром. Однако утро среды одно, а фармацевтов, готовых встретиться в это, и ни в какое другое время гораздо больше. Просто поставьте себя на место МП: это его работа. Он не ставит себе целью исполнить увертюру на ваших натянутых нервах. Он не видит во сне, как бы оторвать вас от обслуживания клиентов.

И он прекрасно знает, что своим появлением во внеурочное время он может вызвать ваше неудовольствие. Но он всего лишь выполняет свою работу!

Разумеется, вы имеете полное право попросить МП приходить к вам в определенное время в конкретный день недели. И он может пообещать сделать все от него зависящее, чтобы исполнить вашу просьбу. Но есть факторы, которые могут изменить все его планы (пробки, погода и пр.). Далеко не всегда в этом есть вина МП. Пойдите ему навстречу, войдите в положение. Ему нужно посетить 8–12 аптек в день. Согласитесь, сложно подстроить время визита к каждому фармацевту. Хотя МП прекрасно понимает, что далеко не всегда ему будут рады, он старается спланировать визит на нужное время.

Курс на компромисс

Не копите понапрасну злость и раздражение от визитов МП: если негативные эмоции имеют место быть, соберите все факты и спокойно и открыто скажите оппоненту. Можете заранее написать перечень претензий; озвучивая

их, не отходите от этого списка. Будьте последовательны, объективны и сдержаны. В ваших интересах поддерживать с МП дружественные отношения: эти люди могут быть вам во многом полезны.

Чтобы избежать «воды» в вашей беседе, вы можете заранее составить список вопросов, которые собираетесь задать МП. Список этот хорош своей универсальностью: вы сможете пользоваться им при общении с МП разных компаний. Вот примерные вопросы, которые входят в этот перечень:

1. Каковы побочные эффекты лекарства?
2. В чем преимущество препарата по сравнению с продуктами конкурентов?
3. Какова целевая аудитория продукта, кому его лучше предлагать?
4. Проводились ли какие-либо клинические исследования препарата?
5. Чем объясняется такая высокая (или низкая – тут по ситуации) цена лекарственного средства? Ответ на этот вопрос служит прекрасным маркером компетентности МП. Профессионал ни в коем случае не позволит себе ответа: «Какая же это высокая? Это нормальная цена за такой продукт!». Он объективно пояснит факторы ценообразования, нововведения производителя, приведшие именно к такому уровню цены.

Не отказывайте МП в обратной связи: чаще всего целью его визитов будет именно получение отзывов и статистики. Фармацевтические компании не выпускают на рынок новинки каждый день, поэтому МП не будет рассказывать вам о новом лекарстве на каждом визите. Одной из его обязанностей является получение маркетинговой информации. По мере возможности постарайтесь помочь ему в этом. Сделано это будет в стремлении оказать помощь или из-за желания получить презент – дело каждого провизора.

Корысть или награда?

Нет смысла замалчивать получение фармацевтами и провизорами подарков от МП. В ряде стран фармацевтические компании подвергаются штрафу за подобное поведение, но даже это не останавливает их от проявления своей «щедрости»: под презенты маскируются приглашения на обеды, поздравления членов семьи, даже билеты на популярные мероприятия. Но верна экономическая аксиома: спрос рождает предложение. Сами фармацевты и провизоры нередко рассчитывают на получение подарков со стороны МП. Причем речь, ясное дело, идет не о магнитике на холодильник, а о вполне конкретном материальном вознаграждении. Так компания повышает лояльность провизоров к своим продуктам. Полагаем, не стоит говорить о моральной составляющей этого вопроса. Решаться он должен с каждой из сторон.

До скорой встречи!

«Как часто встречаться фармацевту и МП?» – еще один часто звучащий вопрос. Как уже говорилось, далеко не каждая встреча означает презентацию нового продукта. Получение обратной связи, сбор информации о продажах – да. Остальное же

время МП остается повторять ранее сказанное, напоминать о продукте. От этого никуда не деться: ему нужно быть уверенным, что вы помните о продажах, в курсе характеристик продукта и исправно предлагаете его потребителям. Однако незачем занимать рабочее время «повторением домашнего задания», поэтому вы можете заверить МП, что прекрасно помните о продукте и его замечательных свойствах, предлагаете его клиентам и вообще всячески держите руку на пульсе. Этого ему будет достаточно для отчета.

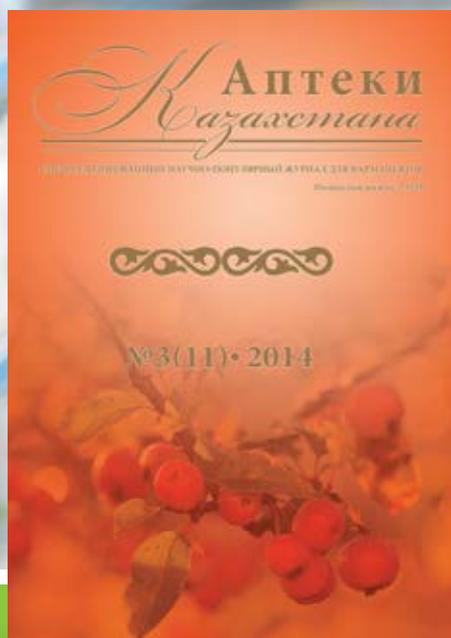
Друг или враг?

И фармацевт, и МП являются отчасти психологами, без этого в таких профессиях работать сложно. Каждый из них к тому же должен уметь продавать, а это тоже особый вид мышления. Данные факты на руку и тому и другому: есть возможность общаться, быстро понимая друг друга, идя друг другу навстречу. И вот тут кроется ловушка: с одной стороны, общение первостольника и МП выглядит как общение на равных. С другой – оппоненты преследуют разные цели: одному нужно продать, и желательно в больших объемах, свой продукт, а второму – понять, что же из говоримого собеседником является правдивой новой информацией, а что – рекламной уловкой. Получается своеобразная игра: фармацевту необходимо выудить из слов представителя полезные данные, ведь он не имеет права предоставлять покупателям недостоверные или неполные сведения о лекарственных средствах, а МП – во что бы то ни стало склонить фармацевта к активной продаже его препарата. Поэтому, повторимся, важно наладить дружественные отношения с МП, дабы оградить себя от получения информации, которая вам не нужна.

Светлана Богатикова

Впервые опубликовано в журнале «Первостольник», №08, 2018 г.

Аптеки Казахстана



НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

Журнал содержит информацию о последних достижениях отечественной и зарубежной фармацевтической науки, новости медицины и фармации, практические рекомендации провизору, фармацевтические обзоры.

Подписной индекс: 74538



Значение метабиотиков в коррекции дисбиоза кишечника

Э.В. Супрун – д.м.н., профессор
Кафедра общей фармации и безопасности
лекарств Института повышения квалификации
специалистов фармации, Национальный
фармацевтический университет, г. Харьков

*У природы нет плохой погоды,
Каждая погода – благодать.*

*Эльдар Александрович Рязанов, из песни для кинофильма
«Служебный роман»*

Не хочется спорить с этой известной песней, однако не каждая погода благодать. Вот и в период межсезонья есть проблемы, присущие именно этому моменту. О них стоит поговорить, чтобы встретить весенние или осенние невзгоды во всеоружии.

Каждый из нас старается защитить себя и своих близких от разных сложных ситуаций – мы видим дождь и открываем зонтик, замечаем движущийся автомобиль и останавливаемся, чтобы пропустить его. Однако многие проблемы и их причины нашему глазу не видны – их размеры очень незначительные. Так, микроскопические по величине бактерии или вирусы вызывают инфекционные заболевания, от наличия которых и их последствий современному человеку невозможно отмахнуться и не

отреагировать. С другой стороны, эти же микроорганизмы являются важными составляющими звеньями нашего организма и определяют активное состояние здоровья и возможность противостоять неблагоприятным внешним и внутренним факторам. Таким биологическим «зонтиком» является естественная нормальная микрофлора (за рубежом принят термин – микробиота) организма человека, состояние которой зависит от многих факторов, в том числе от времени года.

Состав микрофлоры кишечника

Облигатная (главная, обязательная)

- анаэробы (бифидобактерии, пропионобактерии, пептострептококки)
- аэробы (лактобактерии, энтерококки и эшерихии)

Факультативная (необязательная)

- сапрофиты (бактериоиды, пептококки, стафилококки, стрептококки, бациллы, дрожжевые грибы) и аэробными анаэробными бациллами
- условно-патогенные энтеробактерии

Транзиторная (случайная)

Нормальная микрофлора – это качественное и количественное соотношение разнообразных микробов отдельных органов и систем, поддерживающее биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие макроорганизма, необходимое для сохранения здоровья человека. При этом наиболее важным фактором, способствующим нормальному развитию и функционированию организма человека, является микрофлора кишечника. Она представляет собой сложную экологическую систему, включающую наряду с кишечными бактериями слизистые оболочки хозяина, компоненты пищи, вирусы, грибы. На сегодняшний день в кишечнике человека найдено около 500 различных видов микроорганизмов, общее количество которых на порядок выше общей численности клеток макроорганизма.

Микроорганизмы, относящиеся к нормальной микрофлоре кишечника, колонизируют как просвет кишечного тракта, так и поверхность слизистой оболочки кишки, формируя при этом пристеночную и полостную (внутрипросветную) микрофлору.

Состав микрофлоры каждого отдела пищеварительного тракта различается, но остается постоянным, что связано со способностью бактерий фиксироваться к строго определенным рецепторам эпителиальных клеток слизистой оболочки. Основным местом обитания нормальной кишечной флоры является толстая

кишка, в которой обитают 90–95% анаэробных микроорганизмов и 5–10% аэробных.

По характеру метаболизма кишечная микрофлора подразделяется на две группы: протеолитические и сахаролитические (амилолитические) бактерии. *Протеолитические* штаммы (бактероиды, протей, эшерихии, клостридии и др.) используют в качестве питательного субстрата продукты гидролиза белка и в качестве конечных метаболитов своей жизнедеятельности образуют токсичные вещества (аммиак, ароматические аминокислоты, эндогенные канцерогены, сульфиды и др.), вызывают гнилостные процессы, способствуя развитию воспаления, диареи, опухолей. Большинство протеолитических микроорганизмов являются условно-патогенными. *Сахаролитические* бактерии (бифидобактерии, лактобактерии и др.) составляют основную массу микробных клеток толстой кишки и используют в своей жизнедеятельности пищевые углеводные субстраты и полисахариды кишечной слизи. Их метаболические функции являются полезными для организма хозяина – они поддерживают гомеостаз и нейтрализуют негативные влияния протеолитической микрофлоры.

Стабильность состава кишечной микрофлоры у здорового человека поддерживается с участием ряда механизмов. К ведущим защитным факторам организма человека, лимитирующим бактериальный рост в тонкой кишке, относятся соля-

ная кислота и кишечная моторика. На состав кишечной микрофлоры определенное влияние оказывают целостность слизистой оболочки кишечника, секреция слизи, пищеварительных ферментов, иммуноглобулинов, особенно секреторного IgA, объем десквамированного кишечного эпителия, а также компоненты пищи. Нормальные кишечные бактерии не проникают во внутреннюю среду организма благодаря существованию барьерной функции слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта.

Нормальная кишечная микрофлора выполняет ряд важных функций в организме человека.

Функции симбионтной микрофлоры

Защитная функция (колонизационная резистентность)

- предотвращение колонизации желудочно-кишечного тракта условно-патогенными и патогенными микроорганизмами;
- противовирусная защита.

Пищеварительная функция

- регуляции функций кишечника;
- утилизация питательных субстратов.

Детоксикационная и антиканцерогенная функция

- нейтрализация токсических субстратов и метаболитов;
- предохранение энтероцитов и отдаленных органов от воздействия повреждающих факторов и канцерогенов.

Синтетическая функция

- синтез многих макро- и микронутриентов: витаминов группы В, С, К, фолиевой, никотиновой кислоты;
- синтез гормонов и биологически активных веществ.

Иммуногенная функция

- слизистая оболочка кишечника обладает собственной лимфоидной тканью, в которой локализовано около 80% иммунокомпетентных клеток;

- микрофлора участвует в формировании как местного (активация продукции IgA, фагоцитарной активности), так и системного иммунитета;
- наличие бактерий оказывает постоянный антигенный тренирующий эффект.

Регуляция обмена холестерина, оксалатов

- бифидо- и лактобактерии уменьшают всасывание холестерина, переводя его в нерастворимый копростопол;
- лактобактерии в анаэробных условиях участвуют в метаболизме оксалатов и приводят к снижению экскреции оксалатов с мочой.

Генетическая функция

- микробиота является своего рода «генетическим банком», обмениваясь генетическим материалом с клетками человека путем фагоцитоза;
- микроорганизмы влияют на экспрессию генов макроорганизма.

При нарушении как количественного, так и качественного микробного равновесия в кишечнике, т.е. дисбактериозе, нарушаются все указанные механизмы, что отражается на функционировании всего организма. Под **дисбактериозом (дисбиозом)** кишечника подразумевают клинико-лабораторный синдром, который характеризуется:

- симптомами поражения кишечника;

Впервые термин «дисбактериоз» в 1916 г. ввел немецкий ученый Альфред Ниссле, который активно занимался изучением антагонистического действия бактерий. Важно помнить, что дисбиоз кишечника не является клиническим диагнозом. Это комплекс вторичных признаков, которые возникают как следствие или осложнение какой-либо другой патологии и не являются самостоятельным диагнозом.

- изменением качественного и/или количественного состава нормальной микрофлоры;
- транслокацией различных видов микрофлоры в несвойственные биотопы;
- избыточным ростом микрофлоры.

Важно помнить, что состав микрофлоры меняется в зависимости от возраста человека, времени года, особенностей питания.

По своему происхождению дисбиозы делятся на:

1. Дисбиоз у здоровых или практически здоровых людей:
 - возрастной (обусловлен естественными изменениями);
 - сезонный (связан с реакцией на низкую температуру и др.);
 - нутритивный (обусловлен погрешностями в рационе питания);
 - профессиональный (появляется под влиянием на организм неблагоприятных условий труда).
2. Дисбиоз на фоне патологий органов пищеварительной системы:
 - патологии желудка со снижением секреции (гипоацидный гастрит и т.д.);

- панкреатиты;
- патологии печени и желчных протоков;
- болезни кишечника;
- синдром мальабсорбции (вне зависимости от происхождения).

3. Синдром при иных патологиях:

- на фоне снижения иммунитета;
- при аллергии;
- обусловленный инфекционными агентами;
- на фоне недостатка поступления в организм витаминов (гипо- и авитаминозов);
- при кислородном голодании и недостаточном насыщении крови кислородом (гипоксемии);
- при интоксикациях (экзо- и эндогенных);
- на фоне радиационного облучения.

4. Дисбиоз на фоне психоэмоциональных и физических стрессов.
5. Дисбиоз, развившийся после приема фармакологических препаратов (противотуберкулезных, слабительных, антацидных, а также сульфаниламидов, антибиотиков и т.д.).

Причины дисбиоза



В свою очередь, дисбиоз кишечника существенно меняет состав внутренней среды кишки, что нарушает пищеварительные процессы, оказывает повреждающее действие на кишечную стенку и усугубляет уже имеющуюся проблему. Таким образом, через дисбиоз кишечника замыкается порочный круг, разорвать который необходимо как для успешного лечения основного заболевания, так и для ликвидации его последствий.

Одним из наиболее распространенных является сезонный дисбиоз, поскольку межсезонье – тяжелый период для организма, когда запасы витаминов и микроэлементов на исходе. Особого внимания заслуживает проблема связи иммунного и витаминно-минерального статуса. Известно, что витамины, многие из которых являются коферментами или их фрагментами, могут влиять на функции различных систем организма, включая иммунную. Реальным иммуномодулирующим эффектом обладают жирорастворимые витамины А и D, а также некоторые водорастворимые: аскорбиновая кислота, витамины В₁, В₁₂. Потенциальное иммуностимулирующее действие, проявляющееся в меньшей степени, принято приписывать токоферолу, менадиону (жирорастворимым), а также рибофлавины и пантотеновой кислоте (водорастворимым). Многочисленными исследованиями доказано, что после восстановления нормального содержания витаминов и минералов (в том числе путем регуляции их синтеза и обмена в кишечнике) было отмечено улучшение показателей клеточного иммунитета, а также снижение частоты возникновения и степени тяжести инфекционных заболеваний. Поэтому для более эффективного повышения активности собственных механизмов противоинфекционной защиты и профилактики простудных заболеваний кроме баланса витаминов и минералов необходимо также учитывать состояние микрофлоры кишечника.

Пристеночная микрофлора представляет наибольший интерес с

позиции рациональной фармакотерапии, так как именно в нем возникает симбиоз – полезное для человека взаимодействие с бактериями. Поэтому поддержание нормальной микробной флоры в организме особенно в весенне-осенний период становится одним из важнейших направлений в профилактике респираторных и иных заболеваний также потому, что в их комплексном лечении обычно применяются антибиотики. При этом побочные действия системной антибактериальной терапии в виде развития дисбиотических нарушений являются классическими



и неотвратимыми – антибиотики прямо подавляют жизнедеятельность кишечных микроорганизмов и значительно изменяют состав микрофлоры ЖКТ. В свою очередь нарушения кишечной микрофлоры существенно изменяют состав внутренней среды кишки, что нарушает пищеварительные процессы, оказывает повреждающее действие на кишечную стенку и усугубляет уже имеющуюся мальабсорбцию. При этом вторично нарушается участие микрофлоры в обмене витаминов и микроэлементов, что усугубляет как дисбиотические сдвиги в кишечнике, так и проблемы витаминно-минеральной обеспеченности. Ситуация усугубляется тем, что развитие дисбиоза кишечника, витаминной и/или макроэлементной недостаточности, практически не встре-

чается изолированно. И главным звеном в этих сопряженных расстройствах в виде дисбиоза кишечника и нарушений витаминно-минерального обмена является именно состояние микрофлоры кишечника.

К сезонным проблемам можно отнести и кишечные инфекции, пик которых приходится на летний период. Причины такой малоприятной сезонности понятны – летом люди чаще пьют некипяченую воду из-под крана и из родников; чаще едят свежие овощи и фрукты, которые не всегда тщательно вымыты и обеззаражены; в жару пищевые продукты

(мясо, молоко, рыба) портятся быстрее, а признаки порчи могут быть практически незаметны; появляется большое количество насекомых – переносчиков инфекции. При этом мы в целом пьем больше воды, которая разбавляет желудочный сок, ослабляя его защитное действие. И, как результат, каждый год специалисты говорят о сезонном всплеске заболеваний острых кишечных инфекций (ОКИ).

Так, по оценкам экспертов, в Канаде ежегодно регистрируется от 11 до 13 млн. случаев инфекционных заболеваний, передающихся с продуктами питания, в США – около 76 млн. случаев кишечных инфекций, из них 325 тыс. больных госпитализируются и 5 тыс. умирают. Во Франции ежегодно регистрируется 750 тыс. случаев кишечных инфек-

ций, из них 113 тыс. больных госпитализируются и до 400 пациентов умирают. В Великобритании ежегодно заболевают около 2 млн. человек. Однако наиболее высокая заболеваемость ОКИ регистрируется у детей раннего возраста – около 2,5 случаев заболевания в год на 1 ребенка в возрасте до 3 лет.

Значимость проблемы ОКИ определяется еще и тем обстоятельством, что большинство таких больных (по результатам опросов) предпочитают лечиться самостоятельно, часто с применением разрекламированных суперсовременных антибактериальных средств. При этом они не осознают всей опасности кишечного дисбаланса, развивающегося в случае бесцельного, а порой бесконтрольного применения антибиотиков, особенно при лечении сальмонеллеза и пищевых токсикоинфекций.

Поэтому сезонные проблемы здоровья, связанные с витаминно-минеральным дисбалансом, частыми простудными или кишечными инфекциями, в первую очередь стоит начинать именно с лечения дисбиоза.

Лечение дисбиоза

Обязательным и важнейшим при дисбиозе кишечника является лечение основного заболевания и восстановление нормальной микрофлоры.

В коррекции дисбиоза можно выделить несколько подходов.

1. Создание в кишечнике условий, благоприятных для нормальной микрофлоры, но неблагоприятных для нежелательных микроорганизмов. Для этого назначаются **пробиотики** – частично или полностью неперевариваемые ингредиенты пищи, которые способствуют улучшению здоровья за счет избирательной стимуляции роста и/или метаболической активности одной или нескольких групп микроорганизмов, обитающих в толстой кишке. К пробиотикам относятся низкомолекулярные углеводные нутриенты (дисахариды, олигосахариды, пищевые волокна), которые особо необходимы для

жизнедеятельности нормальной кишечной микрофлоры. Принцип действия всех пребиотиков примерно одинаков: они не расщепляются ферментативными системами ЖКТ, но утилизируются микрофлорой толстой кишки, что способствует росту бифидум- и лактобактерий и изменяет pH среды в толстой кишке. Нормальная микрофлора толстой кишки, перерабатывая непереваренные в тонкой кишке углеводы, производит короткоцепочечные жирные кислоты с минимальным количеством их изоформ, которые оказывают как местное трофическое действие на колоноциты, так и системное влияние. Основой обеспеченности организма пребиотиками является рациональное питание. Свойства пребиотиков наиболее выражены во фрукто- и галактоолигосахаридах, лактозе, лактулозе, инулине, пищевых волокнах.

Лактоза (молочный сахар) представляет собой дисахарид, состоящий из галактозы и глюкозы. В норме лактоза расщепляется лактазой тонкой кишки до мономеров, которые практически полностью всасываются в тонкой кишке. Лишь незначительное количество нерасщепленной лактозы у детей первых месяцев жизни попадает в толстую кишку, где утилизируется микрофлорой, обеспечивая ее становление.

Лактулоза – дисахарид, состоящий из галактозы и фруктозы, в молоке (женском или коровьем) отсутствует, однако в небольших количествах может образовываться при нагревании молока до температуры кипения. Лактулоза не переваривается ферментами ЖКТ, ферментируется лакто- и бифидобактериями и служит им субстратом для энергетического и пластического обмена, способствует их росту и нормализации состава микрофлоры, увеличению объема биомассы и каловых масс, что определяет ее слабительный эффект. Помимо этого, показаны антиканцерогенная активность лактулозы и ее угнетающий эффект на сальмонеллы.

Инулин, содержащий фруктозу, в больших количествах присутствует в артишоках, клубнях и корнях георгинов и одуванчиков. Утилизруется бифидо- и лактобактериями, способствует их росту. Кроме того, инулин повышает всасывание кальция и влияет на метаболизм липидов, снижая риск развития атеросклероза.

Пищевые волокна – большая гетерогенная группа полисахаридов, наиболее известными из которых являются целлюлоза и гемицеллюлоза. Целлюлоза – неразветвленный полимер глюкозы, а гемицеллюлоза – полимер глюкозы, арабинозы, глюкуроновой кислоты и ее метилового эфира. В то же время к пищевым волокнам относятся инулин, хитин, хитозан, пектины, камеди, слизи, лигнин. «Классические» пищевые волокна – это крупномолекулярные полимеры глюкозы, содержащиеся в растениях и составляющие основу их клеточных стенок. В средних количествах пищевые волокна содержатся в моркови, сладком перце, петрушке (в корне и зелени), редьке, репе, тыкве, дыне, черносливе, цитрусовых, бруснике, фасоли, гречневой, перловой крупе, геркулесе, ржаном хлебе. Высокое содержание пищевых волокон характерно для чеснока, клюквы, красной и черной смородины, черноплодной рябины, ежевики, овсяной крупы, хлеба из белково-отрубной муки. Наибольшее же их количество содержится в укропе, кураге, клубнике, малине, чае, овсяной муке, пшеничных отрубях, сушеном шиповнике, жареном кофе в зернах, овсяных отрубях.

2. Применение пробиотиков – живых микроорганизмов и веществ микробного происхождения (фармакологические препараты или пищевые добавки), оказывающих при естественном способе введения положительные эффекты на физиологические и метаболические функции, а также биохимические и иммунные реакции организма хозяина через оптимизацию его микробиологического статуса. Термин



«probiosis» означает сообщество двух организмов, способствующее жизнедеятельности обоих партнеров. Probiotic – организм, участвующий в симбиозе. По определению Р. Фуллера, пробиотики (синоним «эубиотики») – живые микроорганизмы, которые благотворно влияют на здоровье человека, нормализуя его кишечную микрофлору.

Основоположником концепции пробиотиков стал И.И. Мечников, удостоенный Нобелевской премии в области медицины в 1908 г. за серию работ в этом направлении. В своих исследованиях он показал, что отдельные микроорганизмы способны угнетать рост холерного вибриона, а другие – наоборот, стимулировать. С тех пор было изучено большое количество микроорганизмов, которые могли бы найти применение в повседневной медицинской практике в составе пробиотических препаратов и продуктов питания, однако лишь немногие из них в настоящее время официально признаются таковыми.

В качестве пробиотиков могут применяться препараты, содержащие микроорганизмы – обычные обитатели кишечника, в том числе бифидобактерии (*Bifidobacterium longum*, *B. breve*, *B. infantis*, *B. bifidum*, *B. adolescentis*, *B. animalis*) и лактобактерии (*Lactobacillus rhamnosus*, *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *L. gasseri*), а также микроорганизмы, которые в норме

в кишечнике человека не обитают (например, *Bacillus subtilis* IP 5832 или *Saccharomyces boulardii*). Эти препараты могут быть монокомпонентными, т.е. включающими только один вид микроорганизмов, или многокомпонентными – мультиштаммовых (несколько штаммов одного вида микроорганизма) и многовидовых (микроорганизмы разных видов). В 2004 г. группа исследователей из Нидерландов под руководством Н.М. Timmerman исследовала эффекты одноштаммовых, мультиштаммовых и многовидовых препаратов и доказала, что мультивидовые пробиотики обладают явным преимуществом. В связи с этим для коррекции дисбиоза кишечника наиболее целесообразно использовать многокомпонентные лекарственные средства, содержащие указанные выше микробы. Эти препараты обычно назначают курсами длительностью не менее 1 мес.

Продвигаясь по пищеварительному тракту, микроорганизмы сохраняют свою жизнеспособность и обеспечивают временное полезное воздействие на микрофлору кишечника, модифицируя ее состав и метаболическую активность. Однако серьезным препятствием для продвижения микроорганизмов являются защитные барьеры желудочно-кишечного тракта – соляная кислота и пепсин желудка. Только определенная часть бифидо- и

лактобактерий (от 20 до 40%), принимаемых перорально, успешно преодолевает этот барьер и в итоге оказывается в толстой кишке. Несмотря на то, что после приема бактерии обнаруживаются в стуле от 1 до 3 нед., колонизирующая способность бифидо- и лактобактерий в кишечнике невысока. Поэтому для обеспечения постоянного присутствия микроорганизмов в микрофлоре кишечника и достижения стойкого положительного эффекта от применения бифидо- и лактобактерий препараты, которые их содержат, должны приниматься непрерывно в течение длительного времени.

Выделяют также комбинированные **синбиотики**, в состав которых входят пробиотики, пребиотики и другие биокомпоненты – факторы роста, размножения, питания, адгезии и т.д.

3. Применение метаболитов (продуктов жизнедеятельности), продуцируемых микроорганизмами – нормальными обитателями кишечника человека. Такие пробиотики метаболитного типа (метабитотики) реализуют свое положительное влияние на физиологические функции и биохимические реакции организма хозяина, непосредственно вмешиваясь в метаболическую активность клеток соответствующих органов и тканей либо, опосредованно – через регуляцию

функционирования биопленок на слизистых оболочках макроорганизма.

Лекарственным препаратом такого типа особых метабиотиков является Хилак® форте, который представляет собой стерильный концентрат метаболитов грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов – симбионтов кишечника. Продуцентами метаболитов являются четыре вида представителей облигатной микрофлоры, а именно бактерии сахаролитические (лактобациллы – *Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus helveticus*, а также фекальный стрептококк *Enterococcus faecalis*) и протеолитические (кишечная палочка – *Escherichia coli*). В состав препарата входят также оригинальные добавки, такие как биосинтетическая молочная кислота, фосфорная и лимонная кислоты, сорбат калия, сбалансированный состав буферных солей (кислый фосфорнокислый натрий и калий), лактоза и ряд аминокислот.

Лактобациллы являются важным микробиологическим звеном формирования колонизационной резистентности открытых полостей организма хозяина. Лактобактерии представляют собой неспорообразующие грамположительные палочки, средой обитания которых являются различные отделы ЖКТ, начиная с полости рта и кончая толстой кишкой, где они поддерживают рН на уровне 5,5–5,6. В процессе нормального метаболизма лактобактерии способны образовывать молочную кислоту, перекись водорода, продуцировать лизоцим и вещества с антибиотической активностью: рутерин, плантарицин, лактоцидин, лактолин.

Доказано, что в процессе жизнедеятельности лактобактерии вступают в сложное взаимодействие с другими микроорганизмами и подавляют рост гнилостных и гноеродных условно-патогенных микроорганизмов (в первую очередь протей), а также возбудителей острых кишечных и других инфекций, таких как *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella*

typhosa, *Shigella dysenteriae*, микобактерий туберкулеза, стрептококков, стафилококков. Определено участие лактобактерий в противовирусном иммунитете, в частности, при реализации защиты от гепатотропных вирусов. *Lactobacillus acidophilus* быстро устраняет диарею. Этот же штамм показывает высокую эффективность против грибка *Candida albicans*. Продолжительность диареи, обусловленной вирусной инфекцией, у детей достоверно сокращается после приема *Lactobacillus acidophilus*. Также показано угнетающее действие *L. acidophilus* на сальмонеллы.

Кишечной палочке принадлежит важнейшая роль в микробном биоценозе кишечника среди аэробных микроорганизмов. *E. coli* вырабатывает витамины – тиамин, рибофлавин, пиридоксин, викасол, никотиновую, фолиевую, пантотеновую кислоты, участвует в обмене холестерина, билирубина, холина, желчных и жирных кислот и опосредованно влияет на всасывание железа и кальция.

Энтерококки в большей степени обладают иммуномодулирующим воздействием.

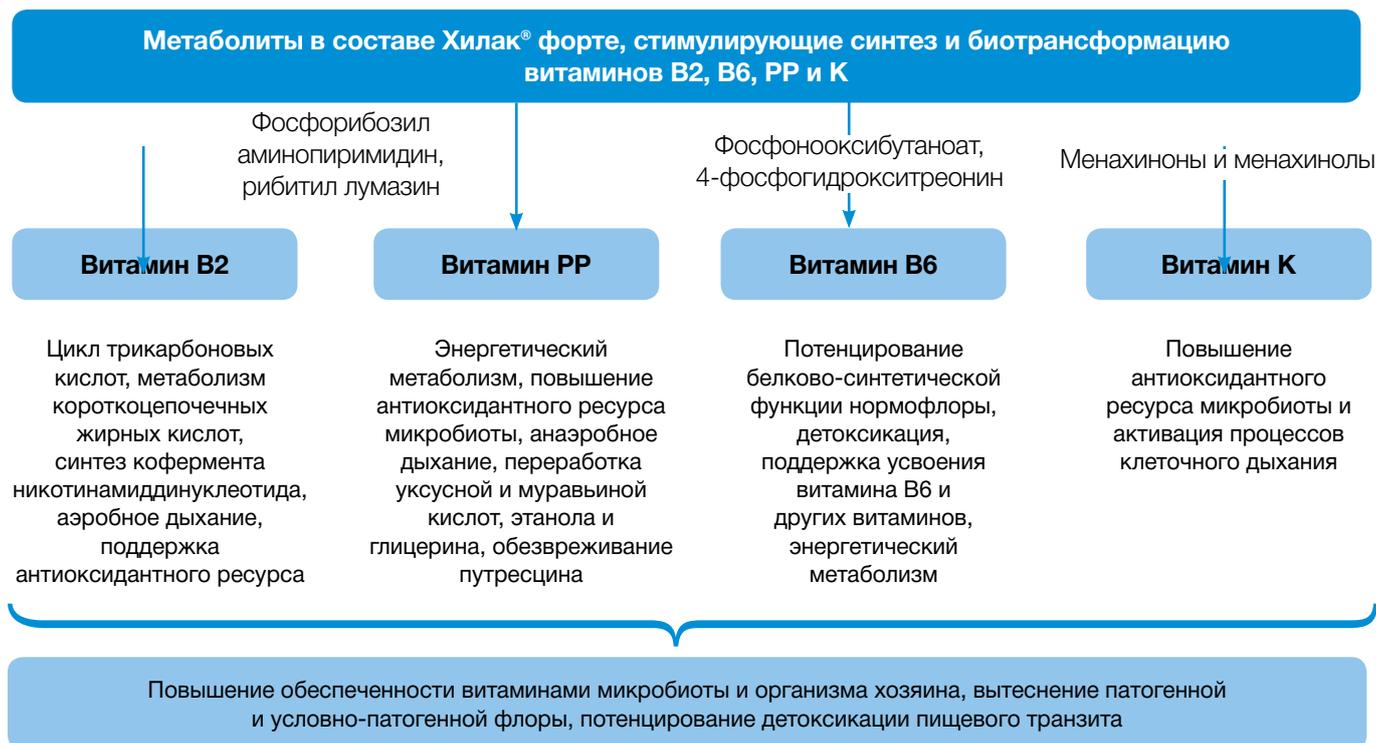
Эффект позитивного действия Хилак® форте определяется комплексом составляющих препарат бактериальных метаболитов и композиционных добавок. Входящие в состав препарата кислоты, буферные соли, а также лактоза, которая в дальнейшем преобразуется до молочной, уксусной кислоты и углекислого газа, обеспечивают значения рН среды в просвете кишечника в границах физиологической нормы (независимо от того, повышенная или пониженная кислотность у пациента), что является первым необходимым условием для существования нормальной микрофлоры. В результате этого повышается колонизационная резистентность кишечника. Вместе с тем, важную роль играет метаболитное ингибирование роста условно-патогенных микроорганизмов.

Известно, что в норме под влиянием индигенной микрофлоры кишечника человека в процессе фер-

ментации углеводов и различных нутриентов образуется целый ряд низкомолекулярных метаболитов – короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) или летучих кислот, которые выполняют в организме ряд важных функций, включая стимуляцию функций нормальной симбионтной микрофлоры и предупреждение избыточного бактериального роста в кишке. К КЖК с их изомерами относятся уксусную, пропионовую, изомасляную, масляную, изовалериановую, валериановую, изокапроновую и капроновую кислоты.

При дисбиозе назначение метабиотика приводит к снижению рН среды и образованию КЖК, что создает неблагоприятные условия для развития патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, включая гнилостную и бродильную флору. Содержащиеся в препарате КЖК обеспечивают восстановление поврежденной микрофлоры кишечника при инфекционных заболеваниях ЖКТ, стимулируют регенерацию эпителиальных клеток кишечной стенки, восстанавливают нарушенный водно-электролитный баланс в просвете кишки и ускорение развития нормальных симбионтов. На фоне стабилизируют состояние нормобиоценоза кишечника под действием препарата Хилак® форте нормализуется естественный синтез витаминов группы В и К и улучшаются физиологические функции пищеварительного тракта. Под их влиянием восстанавливаются разрушенные бокаловидные клетки, продуцирующие протективную слизь, повышается активность клеточных энтеральных ферментов, снижается потеря воды и электролитов, в результате чего проявляется выраженный антидиарейный эффект.

Хилак® форте является «строительным материалом» для нормальных бактериальных штаммов толстой кишки. Отмечено повышение «приживаемости» в кишечнике пробиотиков, содержащих живые бактерии, при сочетанном применении с препаратом Хилак® форте. Однако, в отличие от препаратов, содержащих живые микроорганиз-



Громова О.А., Торшин И.Ю., Гришина Т.Р. и др. Механизмы молекулярного воздействия метаболитического пребиотика Хилак® форте на кишечную флору и обмен витаминов // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. – №1. – 2013.

Рисунок. **Молекулярные механизмы действия метаболитов в составе Хилак® форте**

мы, Хилак® форте не разрушается под действием антибиотиков, кислот среды желудка и кислорода. Поэтому Хилак® форте возможно назначать как средство профилактики кишечного дисбиоза одновременно с антибактериальными препаратами.

Эффективность Хилак® форте была доказана в многочисленных доклинических и клинических исследованиях при самых разных состояниях, сопровождающихся нарушением состава кишечной микрофлоры. Оценка его эффективности в нескольких исследованиях у взрослых и детей с острыми кишечными инфекциями (ОКИ) неустановленной этиологии, а также острой дизентерией, сальмонеллезом, криптоспоридиозом, ротавирусной инфекцией показала, что препарат оказывал более выраженное, чем базисные средства, положительное влияние на сроки ликвидации интоксикации, диспепсии, нормализацию стула. Хилак® форте восстанавливал микробиоценоз толстой кишки, что подтверждалось сменой характера микрофлоры с

достоверным уменьшением количества условно-патогенных микроорганизмов. Параллельно отмечалось нормализующее действие препарата Хилак® форте на летучие жирные кислоты, их изоформы, а также рН фекалий, количество нейтральных и солей жирных кислот. Препарат способствовал уменьшению выраженности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки и атрофических процессов в ней.

Для профилактики нарушения микрофлоры под воздействием антибиотиков показано применение препарата Хилак® форте, т.к. он не содержит живых или лиофилизированных штаммов. Хилак® форте оказывает одновременно санирующее действие и стимулирует регенерацию физиологической флоры. Молочная кислота создает неблагоприятные для патогенных микроорганизмов условия. Продукты метаболизма нормальной микрофлоры, входящие в состав препарата Хилак® форте, являются субстратом для роста и размножения полезных микроорганизмов и сти-

мулируют регенерацию всего спектра физиологической флоры. Эти свойства пробиотика были продемонстрированы в исследовании А.А. Авакова и соавт. (2004). Применение препарата Хилак® форте в сочетании с антибиотиками приводило к более быстрому исчезновению симптомов интоксикации, кишечной диспепсии, нормализации стула, чем у пациентов, принимавших бифидумбактерин и лактобактерин. Было показано протективное действие данного препарата на микрофлору кишечника при его применении совместно с антибиотиками (с первого дня лечения) и его способность защищать слизистую оболочку толстой кишки от токсического действия антибиотиков.

Хилак® форте реализует свое положительное влияние на физиологические функции макроорганизма в результате модуляции иммунных реакций, изменения функций макрофагов, продукции цитокинов, активации иммунной системы, связанной со слизистыми оболочками.

Таким образом, использование препарата Хилак® форте приводит к улучшению состояния микрофлоры или предотвращению усугубления ее разнообразных нарушений, что выражается стабилизацией или нормализацией профиля КЖК. Это подтверждает мнение клиницистов о том, что метабиотики обеспечивают заместительную терапию, необходимую и достаточную, которая практически сводит к минимуму возможность побочных эффектов от лечения. Метабиотики восстанавливают нарушенный микробиоценоз кишечника путем корректного воздействия на симбиотные отношения хозяина и его микрофлоры, что помогает защитным силам организма больного справиться с заболеванием. Они обеспечивают поддержание рН среды в границах физиологической нормы, что способствует подавлению роста и развития патогенных и условно-патогенных микроорганизмов; улучшают физиологические функции кишечника (регулируют моторику и нормализуют при этом стул и газообразование) и восстанавливают качественное и количественное постоянство нормальной микрофлоры. При этом у них отсутствуют любые виды побочного действия антибактериальных средств.

Хилак® форте – это капли для приема внутрь во флаконах по 30 и 100 мл. Одна капля препарата соответствует по активности действия биосинтетическим веществам 1010 бактерий. Рекомендуются режим дозирования препарата в первые дни лечения взрослым – по 40–60 капель 3 раза в сутки, детям от 2 до 12 лет – по 20–30 капель 3 раза в сутки. После улучшения состояния первоначальная суточная доза Хилак® форте может быть уменьшена наполовину. Принимают препарат внутрь до или во время приема пищи в небольшом количестве жидкости, исключая молоко. Длительность применения зависит от причины диареи и определяется врачом. Препарат эффективен при

всех видах инфекционных диарей, включая особые формы.

Многие врачи считают, что дети могут отказываться принимать препарат из-за вкусовых качеств. Но эта проблема решаема и врач, рекомендуя Хилак® форте, должен помнить, что препарат необходимо разбавлять и можно смешивать с подслащенной «водой» – любым детским чаем, соком, компотом или водой с добавлением фруктозы (из расчета 1 чайная ложка на стакан воды).

Важно отметить, что препараты Хилак® форте хорошо переносятся пациентами любого возраста, в том числе допускается и считается безопасным их применение во время беременности и в период лактации. Однако в случаях повышенной чувствительности к компонентам препарата у пациента могут возникать кожно-аллергические реакции. Препарат не рекомендуется принимать пациентам

с редкими врожденными формами непереносимости галактозы, значительного дефицита лактазы или нарушения абсорбции глюкозы-галактозы. Также препарат не рекомендуется принимать в комбинации с антацидными средствами, которые могут нейтрализовать молочную кислоту.

Таким образом, в настоящее время тактика лечебных воздействий при сезонных дисбиозах и ОКИ предполагает своевременное применение средств коррекции дисбиотических изменений кишечника, особенно при назначении антибактериальной терапии. При этом всеми признается тот факт, что состояние микробиоценоза во многом определяет здоровье человека, следовательно, грамотная и эффективная нормализация внутренней среды кишечника является залогом здоровья каждого нашего пациента в отдельности и населения всей страны в целом.

Список литературы

1. Аваков А.А., Гаврилов А.Ф., Щербаков И.Т., Соловьева А.И. Протективное действие препарата Хилак® форте на микрофлору кишечника при его применении совместно с антибиотиками // Новые лекарственные препараты. – 2004. – Вып. 1. – С. 3–10.
2. Грачева Н.М., Партин О.С. Метаболические антибиотики: перспективы применения в клинике // Фарматека. – 2007. – №2. – С. 36–40.
3. Грачева Н.М., Партин О.С., Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т. Применение препаратов из метаболитов нормальной микрофлоры в лечении больных острыми кишечными инфекциями // Эпидемиологические и инфекционные болезни. – 1996. – №3. – С. 30–32.
4. Зайцева Е.В., Антоненко О.М. Место коррекции дисбиозов в терапии ряда хронических заболеваний пищеварительного тракта // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2011. – №1. – С. 60–63.
5. Захаренко С.М., Суворов А.Н. Антибиотики, пробиотики, пребиотики: друзья или враги? // Consilium medicum. – 2009. – №8. – Т. 11. – С. 47–51.
6. Ильина Н.О. и др. Метаболические критерии дисбактериоза кишечника при острых кишечных инфекциях у детей // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2006. – №1. – С. 32–38.
7. Караулов А.В. Дисфункции иммунитета при респираторных заболеваниях: нужны ли иммуномодуляторы у часто болеющих детей? // Вопросы современной педиатрии. – 2015; 14 (2): 260–4.
8. Куваева И.Б., Ладодо К.С. Микробиологические и иммунные нарушения у детей. – М., 1991.
9. Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т., Партин О.С., Соловьева А.И., Блохина Т.А. Применение Хилак® форте у больных острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и дисбактериозом кишечника: Материалы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – Москва, 2001.
10. Лыкова Е.А. Характеристика и алгоритм применения пробиотиков. – М., 2005.
11. Потапов А.С., Пахомовская Н.Л., Полякова С.И. Применение пробиотиков врачами общей практики // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2007. – №1. – С. 54–8.
12. Урсова Н.И., Римарчук Г.В., Савицкая К.И. Проблема нарушения микробиоценоза у детей и его коррекция // Практический врач. – 2001. – №319 (1). – С. 33–35.
13. Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. – М., 2006. – С. 323–324.
14. Чичерин И.Ю. и соавт. Заместительное действие пробиотиков: миф или реальность // Кишечная микрофлора. Взгляд изнутри. Сборник научных статей. – 2012. – Вып. 1. – С. 35–40.
15. Щекина М.И. Роль пробиотиков в коррекции дисбиотических нарушений // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2009. – №2. – С. 36–42.

Удобно брать, удобно принимать!

Теперь в саше с индивидуальной дозировкой для детей и взрослых



Хилак® форте содержит продукты обмена микрофлоры кишечника – метаболиты, которые способствуют восстановлению работы кишечника.

Показания к применению: метеоризм, диарея, запоры, диспепсия; во время и после лечения антибиотиками и сульфаниламидами; желудочно-кишечные расстройства, вызванные сменой климата (диарея путешественников при поездке в теплые страны); гастроэнтерит, вызванный сальмонеллой, у младенцев и маленьких детей, для ускорения элиминации сальмонелл. **Способ применения и дозы:** Хилак® форте разбавляют в небольшом количестве жидкости (вода, чай, сок, компот, кроме молока) и принимают внутрь до или во время приема пищи. Взрослым и детям старше 12 лет – по 2 мл 3 раза в сутки, детям с 2 лет до 12 лет – в первые дни по 2 мл 3 раза в сутки. После улучшения состояния суточная доза может быть уменьшена наполовину. Содержимое одного пакетика объемом 1.1 мл соответствует 20 каплям и объемом 2,2 мл – 40 каплям. Лицам с изжогой и гиперацидным состоянием суточную дозу рекомендуется разделить на несколько приемов (более чем 3 дозы). Длительность лечения зависит от типа и течения заболевания, в среднем составляет 30 дней, может быть длительной в случае необходимости. **Побочные действия:** редко – реакции гиперчувствительности кожи и слизистых оболочек. **Противопоказания:** индивидуальная непереносимость препарата; острая диарея с сильным жаром и кровью в стуле. **Особые указания:** необходима индивидуальная оценка пользы/риска при назначении Хилак® форте беременным и кормящим грудью женщинам. **Условия отпуска из аптек:** без рецепта. № РК-ЛС-5№023421 от 13.12.2017 г., действительно до 13.12.2022 г. За дополнительной информацией о препаратах компании Тева, для сообщения о нежелательных реакциях и претензиях по качеству обращайтесь: ТОО «ратиофарм Казахстан», 050059 (A15 E2P), г. Алматы, пр. Аль-Фараби, 17/1, БЦ «Нурлы-Тау», 5Б, 6 этаж. Телефон: (727)3251615, e-mail: info.tevakz@tevapharm.com, web-site: www.teva.kz.

HLK-KZ-00229

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ИНСТРУКЦИЮ

Его вещество - чай

Среди обширного количества разновидностей чая большинство из нас употребляет в основном лишь черный и зеленый. Но удивительный мир чая значительно шире, и способен не только подарить нам вкусовое наслаждение, но и принести большую пользу организму. Поэтому в этой статье мы хотим познакомить вас, с самыми разнообразными и полезными его представителями разных стран мира. Легенды утверждают, что чай впервые возник в Китае в 2737 г. до н.э., когда китайский император Шэнь-Нун обнаружил, что его только что закипевшая вода стала значительно вкуснее после того, как в нее упал листик из чайного дерева, под которым отдыхал император. С тех пор чаепитие распространилось по всему миру. При этом возникало неисчислимое множество рецептов душистого напитка и традиций, связанных с его употреблением.

Чай шира

В Марокко предпочитают мятный чай. Смесь мяты, листьев зеленого чая и щедрой порции сахара, которая стала известна как чай туарегов (или магрибский мятный чай), весьма распространена в этой североафриканской стране. Разливается чай в высокие прозрачные стаканы три раза тонкой струйкой так, чтобы он образовывал обильную пену. Каждый раз вкус немного отличается. Как гласит мароканская поговорка, «Первый стакан чая нежный, как жизнь, второй так же крепок, как любовь, а третий горек, как смерть». Отказ от любой из трех порций считается оскорблением.

В Тибете в чай добавляется молоко, соль и масло яков. Тем, кто спорит, можно ли добавлять в чай молоко или лимон, стоит попробовать чай с соленым маслом. Бо ча – традиционный тибетский чай делается путем кипячения прессованного кирпичика черного чая Ретанул. Также в чай добавляется молоко, соль и масло яков. Эта смесь при кипячении постоянно перемешивается или даже взбивается, в итоге достигая консистенции супа.

В Индии предпочитают чай с корицей, мускатным орехом, имбирем, гвоздикой, кардамоном и даже перцем.

Индия – один из крупнейших в мире производителей и потре-



бителей чая, несмотря на то, что пить чай в Индии начали только в середине 19 века под влиянием английских колонизаторов. Самым знаменитым рецептом местного чая считается масала – черный чай, в который и добавляют эти пряности. Хотя в каждом регионе Индии есть свой рецепт, этот пряный чай является неотъемлемым повседневным элементом жизни в стране и продается почти на каждой улице.

Аргентинцы любят травяной чай мате. В этой южноамериканской стране повсеместно он популярен, местные жители называют его «напитком богов». Подают настой падуба парагвайского, более известного, как мате, в маленьких горшочках или сушеных тыквах



«калебаса». Пить нужно через соломинку «бомбия», причем нельзя ни благодарить за чай, ни перемешивать его соломинкой – это считается оскорблением. Традиционно мате подается без сахара.

Чайные традиции **России** неотъемлемо связаны с самоваром. На Русь первый самовар привез из Голландии Петр I. Русские мастера усовершенствовали его. Фабрика Василия Ломова, открывшаяся в Туле в 1812 г., стала столь знаменитой качеством создаваемых на ней самоваров, что была удостоена царской милости носить государственный российский герб.

Как правило, в самоваре заваривался очень крепкий чай, который разливали понемногу. Чай традиционно подавался с выпечкой.





Чайный мастер, который проводит церемонию, демонстрирует чайные листья гостям, затем засыпает их в чайник или гайвань, закрывает и встряхивает. После этого можно открыть крышку, чтобы почувствовать тонкий аромат увлажненных листьев. После этого наливается кипяток, и чайник снова закрывается. Это делается для промывки листьев. Вода будет стекать в поддон чабани или в специальный сосуд. Удаляется пыль и мелкие примеси, чайники оmyваются и слегка набухают.

Мастер, открыв чайник, позволяет гостям почувствовать аромат чайных листьев. Достаточно похлопать крышечку, которая впитала в себя нежный сладковатый аромат улуна. Таким образом, подтверждается качество чая. Процесс заваривания можно продолжить, увеличивая с каждым разом время настаивания. Китайский улун выдерживает до 8 заварок, каждый раз раскрываясь новым вкусом и ароматом. В конце чайной церемонии мастер достает чайные листья из чайника, демонстрируя присутствующим величину раскрывшихся листьев, их аромат. Это еще и своеобразная дань уважения самому чаю и чайному мастеру. Посуда тщательно промывается, сушится до следующей церемонии.

Китайская чайная церемония проходит в неспешной обстанов-

Напиток переливали в широкое блюдо, чтобы он быстрее остыл, и прихлебывали. Так делали извозчики, купчихи и прислуга советской интеллигенции, эти эпизоды можно увидеть и в советских фильмах. Но в высшем российском обществе это всегда считалось вульгарным. Простонародье и купечество сахар в чай не клало, а грызло его «вприкуску». Так вкуснее да меньше уходит: ведь тогда было принято пить по шесть-десять чашек подряд. По народной традиции XVIII–XIX вв. перевернутый вверх дном стакан или поставленная на блюдце чашка означали – все, достаточно, больше не влезет! В высшем обществе, начиная чаепитие, размешивали сахар в чашке и клали ложку на блюдце. А чтобы хозяева видели, что гость больше не желает чая, он возвращал пустую чашку с ложкой.

В Китае Улунские чаи завариваются от 5 до 10 раз. Традиционная китайская чайная церемония гунфу-ча – невероятно кропотливый процесс. Она является одной из национальных традиций, зародившихся в древнем Китае. Ее можно назвать родоначальницей чайного ритуала, который потом распространился по всему миру. Эта церемония представляет собой высшее мастерство приготовления чая и чаепития. Смысл древнего

ритуала – оценить глубину вкуса, богатство аромата чайного напитка, насладиться им, почувствовать тонкости послевкусия. В этом ритуале необходимы маленький чайник из исинской глины, миска, фильтры, щипцы, кухонные полотенца, ситечко для заварки и «чашка для запахов», которая используется исключительно для того, чтобы вдыхать аромат очень сильного и горького напитка, но не пить его.

Церемония проходит в несколько этапов, каждый из которых очень важен. Соблюдение всех правил позволит получить божественный напиток.



ке, она помогает забыть о повседневной суете, расслабиться, найти гармонию. Регулярные чаепития, проходящие в кругу людей разного возраста, способствуют сохранению традиций, составляющих великое китайское наследие.

Жители **Тайланда** предпочитают смесь цейлонского или ассамского чая с сахаром, сгущенным молоком и специями.

Когда китайская гражданская война близилась к концу в 1949 году, в Таиланд хлынула волна беженцев, которые привезли с собой элементы своей китайской культуры, в том числе традиции чаепития. Но тайская культура чаепития стала уникальной благодаря янтарному ча йен – смеси цейлонского или ассамского чая с сахаром, сгущенным молоком и специями (анисом, индийскими финиками и цветами апельсина). Подается ча йен со льдом в высоком стакане. Приготовить его не сложно, это можно сделать и дома любому желающему.

В Тайвани пьют холодный черный, зеленый, жасминовый чай с сухим молоком и сахарным сиропом. Тайваньский Bubble tea (чай с пузырьками) представляет собой холодный чай с сухим молоком и сахарным сиропом. Знаменитые пузырьки, благодаря которым он получил свое название – это небольшие шарики тапиоки, которые



ча йен

Ингредиенты:

- 2 ст. л. листового черного чая;
- 2 ст. л. сгущенного молока;
- 2 ст. л. концентрированного молока без сахара или сливок жирностью 20%;
- 1,5–2 стакана бутилированной воды;
- 1 звездочка бадьяна.

Приготовление:

- Всыпьте чайные листья в чайник, положите разломанную звездочку бадьяна.
- Залейте кипящей бутилированной водой, закройте, настаивайте 3 мин.
- Затем 2–3 раза слейте и вновь залейте заварку (для усиления цвета и аромата) и процедите чай в чашки.
- Добавьте сгущенное молоко или сахар, размешайте. Остудите чай до комнатной температуры или охладите в холодильнике.
- Пока чай остывает, охладите бокалы хайбол. При желании положите в бокалы колотый лед, налейте чай со сгущенным молоком. Долейте концентрированное молоко или сливки и подавайте сразу же с соломинками.

втягивают через трубочку вместе с чаем.

В Гонконге есть чай со странным названием. Это «чай в колготках» (pantyhose tea), хотя это звучит малопривлекательно, но такая смесь молока, чая и сахара стала культовой в стране. Назван так чай был из-за специальных мешочков, через которые ингредиенты наливаются в чашку.





В Японии пьют Тя но ю, тядо или оча. Как и Китай, это островное государство имеет весьма детализированные чайные церемонии (тя но ю, тядо или оча). Движения чайного мастера во время церемонии напоминают тщательно срежиссированную хореографию. Эти обряды включают в себя все: от подготовки дома перед приглашением гостей и приведения в порядок чайных приспособлений до самой церемонии, по правилам которой можно писать целые книги. Детали меняются в зависимости от времени суток и времени года, но в основном подают зеленый горький чай с конфетами.

Чай является распространенным напитком и **в Пакистане**, которым неизменно угощают всех гостей. Элемент кашмирской культуры – розовый солоноватый нун чай – специальная смесь, которая включает в себя черный чай, фисташки, миндаль, соль, молоко и специи (кардамон, корицу и анис). Розоватый цвет достигается путем добавления соды.

Всему миру известны **британские традиции** послеобеденного чая. В этой стране чай появился в 17 веке, но знаковые британские традиции послеобеденного чая складывались почти 200 лет. В 1840 году Анна, седьмая герцогиня Бедфорд, заказывала своей прислуге небольшой перекус при-



мерно в 4 дня, который состоял из чая, а также пирожных или небольших бутербродов. Ее пример вдохновил высшее общество, а затем эта традиция распространилась по всей стране. Сегодня чай является основным элементом повседневной жизни Великобритании.

После того как чай прижился в Индии и Китае, он начал распространяться по странам, лежащим вдоль Шелкового пути. На Ближнем Востоке этот напиток появился в 15 веке, но **в Иране** плантации черного чая начали высаживать только в начале 20 века. Именно в это время чай стал национальным напитком, которым теперь принято приветствовать гостей. Подается напиток на серебряном подносе вместе с ярко-желтой карамелькой под названием набат. Чай подается очень крепким. Вместо того чтобы добавлять в него сахар, рекомендуется зажать кусочек сахара между передними зубами и сосать сильный настой через него.

В Малайзии традиционным напитком является те тарик (вытянутый чай). Это название связано с особенным способом приготовления чая. Для того чтобы добиться образования густой пены, смесь из порошкового черного чая, сгущенного молока и льда несколько раз переливают из одной посуды в другую. Это выглядит как жонглирование или перетягивание чая из одной кружки в другую.

На этом наше путешествие в мировую культуру чаепития подходит к завершению. И в заключение предлагаем вам еще два рецепта вкусного и полезного чая.



Рецепт 1. Чай из имбиря и куркумы

Чай из куркумы и имбиря заваривается настаиванием в одном сосуде имбирного корня и порошка или корня куркумы. Оба эти корня по отдельности широко используются благодаря своим медицинским и питательным свойствам. Оба они высокоэффективны также широко доступны и достаточно хорошо исследованы из-за своей глобальной популярности. Большинство из их благоприятных для здоровья свойств являются результатом действия мощных антиоксидантов в обоих, включая серные

элементы, фитохимические элементы, куркумин и гингерол, а также марганец, калий, кальций, железо, медь и цинк. Пить эту уникальную комбинацию рекомендуют людям, которые поражены хроническими заболеваниями, имеют проблемы с желудочно-кишечным трактом, постоянной тревогой, диабетом, имеют высокий уровень холестерина, болезнь Альцгеймера, психические расстройства или экзему, людям, склонным к заболеванию раком, а также в сезон простудных заболеваний.

Этот чай можно легко приготовить. Все, что вам для этого нужно – это свежий имбирь, куркума, лимон, мед и черный перец. Пиперин (активное вещество в перце) помогает повысить биологическую усвояемость куркумы, таким образом вам удастся получить максимальный эффект от куркумина. Именно поэтому нужно всегда стараться употреблять ее с черным перцем. Мед и лимон используются в рецепте для того, чтобы сделать чай вкуснее и слаще. Чтобы приготовить чай, нужно благодаря своим медицинским и питательным свойствам корень имбиря. Также куркума в свежем виде – это корень, и его тоже нужно благодаря своим медицинским и питательным свойствам, но если нет корня, то можно использовать и порошок.

Ингредиенты: 300 мл воды (фильтрованной или бутилированной); 1 ч. ложка натертого корня имбиря; 1 ч. ложка натертого корня куркумы (или порошка чуть меньше половины чайной ложки); 1 ч. ложка меда и лимонного сока; на кончике чайной ложки черного молотого перца.

Приготовление: вскипятите воду в эмалированной кастрюльке или из нержавеющей стали, добавьте имбирь и куркуму, сделайте маленький огонь и запаривайте чай в течение 10–15 минут. Процедите, добавьте черный молотый перец, сок лимона, мед и все – чай готов. Чай из куркумы и имбиря невероятно мощный, поэтому одной чашки в день вам будет абсолютно достаточно, чтобы ощутить пользу для здоровья. Употребление же большего количества может быть не просто опасным, но и увеличить риск появления побочных эффектов.

Рецепт 2. Чай с мандариновыми корками

Лакомая на десерт сочной мандаринкой, невольно возникает мысль о том, что кожуру можно тоже как-то применить. А ведь из них можно сделать замечательную ароматную добавку к чаю, которая наполнит напиток приятным цветом и неповторимым мандариновым шлейфом. Кстати, самые удачные рецепты блюд и напитков, как правило, самые простые. Так и в этом рецепте – наличествует исключительно чай и мандариновые корки, тем не менее, напиток действительно волшебный!

Ингредиенты на 2 чашки: чай (берите пакетированный) – 2 шт.; вода – 400 мл; сахар – по 1 ч. ложке на чашку (даже если пьете чай без сахара, в этот напиток все же добавьте ложечку, чтобы слегка смягчить вкус); сухие мандариновые корки – 1 ч. ложка на 1 чашку.

Приготовление: крепость напитка выбирайте на свой вкус. Удобнее и быстрее заварить пакетированный чаек, но, если вы хотите устроить целую чайную церемонию – тоже хорошо.

Пусть стакан с чаем постоит примерно 4 минуты, затем пакетик можно выбросить. Добавьте сахар (или мед) в чай. Далее нужно тонко нарезать мандариновые корочки. Конечно, их нужно предварительно высушить. Перед сушкой не забудьте очень тщательно вымыть кожуру. Добавьте примерно чайную ложечку нарезанных корочек прямо в стакан, накройте его и пусть постоит еще 3 минуты. За 7 минут как раз получится замечательный чаек с восхитительным ароматом и целым рядом полезных свойств: повышает тонус организма, можно пить для смягчения кашля, при заболеваниях кишечника. Можно подавать чай с мандариновыми корками холодным и горячим, желателен с умеренным количеством сладкого впридачу.



Как оказалось, 15 декабря весь мир отмечает Международный день чая. Но пить этот напиток мы предпочитаем каждый день. Возможно, кто-то из вас, дорогие читатели, после прочтения этой статьи решит воспользоваться одним из наших рецептов и введет в свое меню новый вид чая. Приятного вам чаепития!

Подготовила Ольга Шматова

Элькар

в практике педиатра

Е. Николаева – д.м.н.
Московский НИИ педиатрии и детской хирургии
Росздрава, г. Москва

Карнитин относится к незаменимым витаминоподобным веществам. В 1905 г. П.З. Кримбергом и В.С. Гулевичем он был впервые выделен из экстракта мышечной ткани. Основные метаболические функции карнитина связаны с процессами преобразования биологической энергии, поэтому в особенно больших количествах он содержится в тканях, нуждающихся в высоком энергетическом обеспечении, – скелетных мышцах, миокарде сердца, головном мозге, печени и почках.

Карнитин обеспечивает перенос жирных кислот в митохондрии, где происходит их окисление и высвобождение ацетил-КоА – субстрата для цикла Кребса. Карнитин осуществляет модуляцию внутриклеточного гомеостаза кофермента А в матриксе митохондрий, таким образом регулируя интенсивность биоэнергетического метаболизма. Исключительно важна роль карнитина в детоксикации и выведении из тканей избытка уксусной и ряда других органических кислот, накапливающихся в ходе окислительно-восстановительных превращений. Кроме того, карнитин участвует в процессах гликолиза, синтеза жирных кислот, обмена кетоновых тел и холина [5]. У взрослых потребность организма в карнитине, составляющая 200–500 мг/сут., удовлетворяется за счет эндогенного его образования не более чем на 10–

25%. Синтез карнитина осуществляется главным образом клетками печени (в меньшей степени – почек) путем трансформации двух аминокислот: лизина и метионина. Источником аминокислот служат белки пищевых продуктов, а также собственные протеины мышечной ткани. В синтезе карнитина участвуют витамины С, В₃, В₆, В₁₂, фолиевая кислота и железо.

Отмечено, что потребность в карнитине резко возрастает при стрессе, физических, умственных и эмоциональных перегрузках, интеркуррентных заболеваниях, недостаточном питании, а также в период беременности и лактации. Именно в ситуациях высокого расходования энергетических ресурсов, требующих повышенного катаболизма, становится очевидным исключительное значение для организма карнитинзависимых биологических процессов.

У детей, особенно раннего возраста, эндогенный синтез карнитина крайне ограничен, причем на активность эндогенного образования влияет функциональное состояние печени и почек, а выведение карнитина из организма значительно усиливается при интеркуррентных заболеваниях, дисфункции почечных канальцев, расстройствах деятельности желудочно-кишечного тракта. Обычный пищевой рацион далеко не полностью обеспечивает потребность в карнитине [1].

Таким образом, недостаточность эндогенного синтеза карнитина и его поступления с пищевыми продуктами создают возможность для развития дефицита этого вещества в организме, особенно при состояниях, способствующих повышенному выведению и нарушению всасывания. В результате нередко развивается недостаточность карнитина с ее многообразными системными проявлениями.

Главными органами-мишенями служат скелетные мышцы и миокард, во вторую очередь страдают клетки головного мозга, печень и почки. Основные признаки дефицита L-карнитина являются следствием развивающихся нарушений энергетического обмена и метаболизма липидов и связанных с этим, расстройств других видов обмена веществ (быстрая утомляемость, мышечная слабость, гипотония, отставание физического и психомоторного развития, снижение успеваемости, сонливость или раздражительность, нарушение функции сердца и печени). Все это обуславливает необходимость использования дополнительных источников карнитина для лечения и профилактики его недостаточности в организме.

Существуют две изомерные формы карнитина: D- и L-стереоизомеры.

Установлено, что в тканях млекопитающих присутствует только L-стереоизомер, и именно он биологически эффективен. В насто-

ящее время в большинстве стран мира используют только препараты на основе L-карнитина. Сведений о каких-либо значительных побочных эффектах их применения нет.

D-изомер карнитина – синтетического происхождения; в изолированном виде он не используется, однако имеются лекарственные формы на основе рацемической смеси D-, L-карнитин. Экспериментальные исследования с чистыми изомерами показали, что D-карнитин – не просто неэффективное или биологически



инертное вещество, а потенциально токсичное соединение, которое негативно влияет на биосинтез в печени, конкурентно ингибирует процессы усвоения L-карнитина и нарушает его проникновение в миокард, мышечную ткань и почки [6].

Длительное время в распоряжении врачей был единственный препарат на основе карнитина – карнитина хлорид, представляющий собой рацемический D-, L-карнитин. В последние годы на фармацевтическом рынке присутствует и активно продвигается новый отечественный лекарственный препарат Элькар* (международное непатентованное

название – Levocarnitine), представляющий собой 20% водный раствор L-карнитина для перорального применения (200 мг действующего вещества в 1 мл раствора). Элькар содержит только L-карнитин, по химической структуре и биологической активности идентичный природному.

Эффективность элькара при различных заболеваниях у детей, изучалась в ведущих медицинских учреждениях страны – Московском НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава, Научном центре здоровья детей РАМН, Рос-

сийском государственном медицинском университете, Тверской государственной медицинской академии, Волгоградском государственном медицинском университете и др.

В МНИИ педиатрии и детской хирургии элькар уже в течение 5 лет применяется при лечении наследственных заболеваний (в том числе сердечно-сосудистой системы и врожденной патологии), для коррекции развития детей раннего возраста, в психоневрологии, при радиационном риске и т.д.

На фоне длительного лечения элькаром (в суточной дозе 30–50 мг на 1 кг массы тела; в течение 4 мес.) у 35 детей с мито-

хондриальными заболеваниями отмечено достоверное улучшение клинического статуса: снижение утомляемости, повышение мышечного тонуса и силы мышц, улучшение походки и координации движений, повышение умственной работоспособности. При этом зарегистрированы снижение уровня лактата и пирувата в крови, улучшение перекисного окисления липидов. У 11 больных с доказанным низким уровнем общего карнитина в крови отмечено достоверное его повышение после приема элькара в течение 3 нед. Ликвидация недостаточности карнитина при митохондриальных заболеваниях – важное средство борьбы с лактат-ацидозом и коррекции энергетического дефицита. В период лечения элькаром ухудшения состояния детей не зафиксировано; у пациентов с митохондриальным синдромом MELAS отсутствовали инсультоподобные приступы. Длительное лечение элькаром (в суточной дозе 50–100 мг/кг; в течение 4 мес.) 12 детей с органическими ацидемиями способствовало стабилизации их общего состояния (улучшение аппетита,

купирование приступов тошноты и рвоты, повышение мышечного тонуса, нормализация метаболических показателей). После 3-недельного приема элькара у 6 детей с резко пониженным уровнем карнитина в крови он достоверно повысился, преодолев нижнюю границу нормы. Одновременно произошло достоверное снижение ранее повышенного уровня лактата в крови и уменьшилась патологическая почечная экскреция органических кислот.

Использование элькара (суточная доза 20–30 мг/кг; в течение 3 мес.) у 36 детей с синдромами Марфана и Элерса-Данло привело к повышению толерантности к физической нагрузке, уменьшению частоты и интенсивности головной боли, увеличению мышечной силы и тонуса. У всех больных с доказанным дефицитом карнитина (23 ребенка с синдромом Элерса-Данло и 8 – с синдромом Марфана) после терапии элькаром в течение 3 нед. его содержание в крови увеличилось [4].

При лечении 30 больных с синдромом Ретта (элькар в суточной дозе 30–50 мг/кг; в течение 3 мес.) установлено (оценка с помощью

балльной шкалы) достоверное снижение выраженности большинства клинических показателей: уменьшились проявления аутизма, повысилась психическая активность и социализация поведения, активизировалась речевая деятельность, улучшились эмоциональные реакции, целенаправленные движения рук и мышечный тонус, появились новые моторные навыки (ходьба, сидение и др.).

После применения элькара (суточная доза 20–30 мг/кг; в течение 3 мес.) у всех 50 пациентов с туберозным склерозом отмечены повышение двигательной и общей психической активности, общего фона настроения и параметров устойчивости внимания. У детей школьного возраста улучшались качество оперативной памяти, концентрация, распределение и переключение внимания.

Использование элькара (суточная доза 20 мг/кг; в течение 2 мес. – 3 курса в год) у 30 детей с резким дефицитом длины тела, страдающих моногенными синдромами (Нунан, Рассела-Сильвера, Рубинштейна-Тейби и др.), способствовало увеличению скорости роста, достоверному улучшению пере-



носимости физической нагрузки, уменьшению функциональных изменений ЦНС.

Анализ эффективности элькара при выхаживании 87 недоношенных детей и новорожденных с последствиями родовой травмы продемонстрировал, что после 1,5-месячного курса (суточная доза 50–100 мг/кг в 3 равных приема перед едой) у всех детей улучшился аппетит, произошла заметная прибавка массы тела, повысилась двигательная активность, улучшилась реакция захвата предметов, значительно активизировалась познавательная деятельность, появилась реакция на музыкальные звуки.

Препараты L-карнитина входят в число основных лекарственных средств, назначаемых в комплексной терапии при заболеваниях сердца, особенно при кардиомиопатиях у детей. Эффективность использования сердечной мышцей жирных кислот в качестве источника энергии тесно связана с уровнем L-карнитина в миокарде. Как показали наблюдения, прием элькара заметно улучшил сократимость сердечной мышцы у 65 детей с кардиомиопатией различной природы (дилатационной, гипертрофической, на фоне первичных митохондриальных синдромов); стойко уменьшилась выраженность симптомов сердечной недостаточности, сократились размеры сердца, более благоприятным стал отдаленный прогноз [5].

В Тверской государственной медицинской академии проанализирована эффективность элькара у 15 детей, страдавших диабетической кардиомиопатией. Его назначали дополнительно к общепринятой метаболической терапии – с целью нормализации метаболических процессов в миокардиоцитах и улучшения выработки энергии в форме АТФ (30 мг/кг в сутки в 2–3 приема в течение 3–4 нед.). В результате проведенного лечения у больных нормализовалась диастолическая функция левого желудочка. По данным доплер-эхокардиографии, улучшились скоростные

показатели трансмитрального диастолического потока, уменьшилась ригидность миокарда в фазу диастолы. Кроме того, отмечен переход от гипокинетического типа гемодинамики к эукинетическому, что проявлялось увеличением конечно-диастолического и ударного индексов, снижением общего периферического сопротивления сосудов. У 11 детей, не получавших элькар в составе кардиометаболической терапии, достоверной положительной динамики показателей трансмитрального диастолического потока и центральной гемодинамики не отмечалось [1].

Сотрудниками Волгоградского государственного медицинского университета проведено динамическое клиничко-биохимическое исследование 24 детей в возрасте от 4 до 32 дней жизни, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных по поводу патологической гипербилирубинемии. Комплекс консервативной терапии, помимо внутривенной инфузии растворов глюкозы, эссенциале, энтерального приема витаминов В₂, Е, метионина, фенобарбитала и др., дополнительно включал элькар в суточной дозе 50–150 мг/кг (в 2 приема; длительность курса лечения от 14 до 28 дней). Группой сравнения служили 10 новорожденных, получавших то же лечение, за исключением элькара. Исследование показало,

что применение элькара в комплексной консервативной терапии неонатальной желтухи способствует ускорению темпов регресса симптомов желтухи, достоверному снижению уровня непрямого билирубина и повышению коэффициента снижения билирубина [3].

В научном Центре здоровья детей РАМН элькар использовался для лечения 170 детей разного возраста (от первых месяцев жизни до 18 лет) с перинатальным неблагополучием в анамнезе и различным исходом патологии нервной системы. При назначении элькара ориентировались на средние возрастные дозы; длительность курсов лечения составляла 1–3 мес.

Клинические эффекты элькара отмечены в сенсорной, двигательной, вегетативной сферах и психическом реагировании при различных патологических состояниях нервной системы. Действие препарата более отчетливо проявилось в ведущем звене нарушения развития (в частности, отмечены улучшение регуляторных процессов у детей с расторможенностью, повышение эмоциональной устойчивости и коммуникативной функции при аутизме) [1].

Таким образом, многочисленные и разносторонние исследования убедительно доказали эффективность Элькара для лечения и профилактики различных заболеваний у детей, начиная с самого раннего возраста.

Список литературы

1. Брин И.Л. Элькар в педиатрии. Научный обзор. – М., 2005. – С. 28.
2. Леонтьева И.В. Роль L-карнитина в метаболизме миокарда и возможности его применения для лечения заболеваний сердца. Научный обзор. – М., 2002. – С. 31.
3. Петров В.И., Ледяев М.Я., Заячникова Т.Е. Препарат «Элькар» в комплексной терапии гипербилирубинемии новорожденных // Terra medica. – 2002. – №3. – С. 43–45.
4. Семьякина А.Н., Николаева Е.А., Новиков П.В. и др. Нарушения процессов клеточной биоэнергетики у детей с моногенными заболеваниями соединительной ткани (синдромы Марфана и Элерса-Данлоса) и методы их терапевтической коррекции // Мед. генетика. – 2002. – №4. – С. 186–190.
5. Eaton S., Bartlett K., Pourfarzam M. Mammalian mitochondrial b-oxidation // Biochem. J. – 1996; 320: 345–357.
6. Meier J. D-Carnitin, harmlos? In Carnitin in der Medizin. R. Gitzelmann, K. Baerlocher & B. Steinmann (eds.) // Schattauer. – Stuttgart. – 1987; 101–104.

Иногда сигара – всего лишь сигара

Так остроумно ответил Зигмунд Фрейд на вопрос о сексуальном подтексте его пристрастия к ритуалу курения. Забавное совпадение, но именно в стране, которая славится своими сигарами, сегодня проводят бесплатные операции по увеличению мужского достоинства и даже смене пола. И это ломает все шаблоны, которые сформировались под влиянием политической ситуации на Кубе, и заставляет задаться вопросом: так что же это все-таки за государство? Ведь «Остров свободы» настолько сложен и неоднозначен, что, кажется, в принципах аптечного дела здесь без стакана кубинского рома не разобраться. Но мы попробуем.

Лекарства есть, ассортимента нет

Многие ассоциации, связанные с Кубой, наполнены негой и расслаблением. Этакий джентльменский набор, когда лежа под пальмой на кубинском пляже отдыхающий от дел бизнесмен потягивает кубинский ром и с удовольствием курит кубинскую сигару.

Другие стереотипы связаны с равенством и братством, отсутствием свободного доступа к Интернету (за нарушение дают 5 лет тюрьмы) и невозможностью пользоваться электрочайником или купить новую машину.

Такой вот серьезный контраст...

На фармацевтическом рынке Кубы ситуация немногим проще: по оценкам ВОЗ, здесь самая лучшая система здравоохранения в мире. И лекарственных средств родина сахарного тростника производит достаточно: 28 фармацевтических предприятий выпускают 70 % из 880 потребляемых населением страны препаратов, и экспортируемая фармпродукция ежегодно приносит в кубинскую казну более \$600 млн.

Вот только неясно, если все так радужно, почему кубинские аптеки могут похвастать ассортиментом всего лишь в 15–20 препаратов?

Основная причина, по которой из всего ассортимента препаратов рядовому кубинцу сегодня перепадает только парацетамол и аскорбинка, – проблемы с импортом сырья и вынужденная необходимость максимум лекарственной продукции отдавать на экспорт, чтобы в бюджет страны поступали хоть какие-то средства.

Между прочим, на местных предприятиях производится целый ряд известных препаратов, среди которых – «Видатокс», Heberprot P, «Мелагенин», «Кориодермин», «Пилотрофин». Также ведутся разработки новых лекарственных средств, в том числе вакцин против различных инфекций, вирусных гепатитов и онкологических заболеваний, моноклональных антител и др. В частности, кубинские фарм-компании выпускают вакцину от гепатита В Heber Nasvac и вакцину для лечения рака кожи Heberferon – обе не имеют аналогов в мире.

Доля импортных лекарств не превышает 10 %, в основном это дешевые генерики из Китая и Индии. К сожалению, им не удастся покрывать существующую нехватку антибиотиков, одноразовых шприцев и перчаток.

Как и в СССР, лекарственные средства на Кубе не покупают, а «достают». «Достать» теоретически можно все, но для этого нужно иметь связи.

Ситуация не слишком живописная, но, по некоторым экспертным оценкам, постепенное потепление в отношениях США и Кубы будет способствовать ее изменению. И хотя пока непонятно, когда окончательно нормализуются торговые потоки, мировые фарм-производители могут получить доступ к новому рынку. В то же время большой вопрос, насколько им это будет интересно. Ведь если в стране не ходит иностранная валюта, на рынке доминируют генерики и оборот капитала небольшой, обоснованность инвестиций сомнительна. С другой стороны, на Кубе развито производство, есть научно-исследовательский потенциал. Так что перспективы прячутся в области производства фармпродукции на фоне существующих технических возможностей.

Для богатых и для всех

На Кубе зарегистрировано 2117 аптек, и в среднем на каждые 100 тыс. жителей приходится 18 фар-

Музей аптечного искусства

В столице Кубы, городе Гаване, расположена одна из красивейших аптек мира – Farmacia Droguería Johnson, которая существует с 1886 года. При оформлении интерьера использовались бронза и мрамор, мебель была изготовлена из ценных пород дерева, а все флаконы – из фаянса высшего качества. Но в 2006 году в здании аптеки случился пожар, в результате которого стеллажи, стойки, декоративные элементы из фарфора и стекла сильно пострадали. Историк Гаваны Эсебио Леаль Спенглер пообещал, что архитектурный памятник обязательно будет восстановлен. И в 2012 году аптека снова открыла свои двери для посетителей. В залах представлены предметы исторического значения, чудом уцелевшие в огне. Особенность аптеки-музея Farmacia Droguería Johnson – сочетание старины с футуризмом. Интересно, что аптека функционирует не только как музей, здесь можно приобрести и самые обычные препараты.





мацевтических работников. Кубинские аптеки бывают двух видов: для обслуживания местного населения и «валютные». Аптеки, которые обслуживают местное население, характеризуются скромным интерьером, примитивным торговым оборудованием и однообразными упаковками лекарственных средств. Обшарпанные стены, грязные окна, простые деревянные прилавки вместо аккуратного первого стола – все это, увы, является частью имиджа аптеки «для всех». В то же время «валютные» аптеки, специализация которых – обслуживание многочисленных туристов и иностранцев, выглядят вполне себе по-европейски: красивые витрины с яркой рекламой, яркие упаковки препаратов. Сотрудники этих аптек говорят на ино-

странных языках и носят стильную униформу.

Почему же в стране социализма появился такой перекося?

Дело в том, что в 90-е годы прошлого века в стране в допол-

нение к национальной валюте песо была введена в обращение новая денежная единица, равная \$1, – конвертируемое песо. В государственных магазинах и муниципальных аптеках цены контролируются государством, а расчет с покупателями производится в национальной валюте – песо. Наряду с государственными магазинами существуют также коммерческие магазины и аптеки. В них продаются товары по свободным ценам и за конвертируемое песо. Цены здесь достаточно высокие, в среднем превышают цены в обычных аптеках в 25 и более раз, поэтому местные жители покупают в них только то, что не могут купить в обычных аптеках, – например, препараты для похудения, косметику, некоторые гигиенические средства. Основной



Наработки, которых все ждали

После 25 лет исследований Куба стала первой страной, где начали выпускать вакцину от рака легких под названием *Cimavax*. Разработчики сообщили, что стоимость одной дозы составляет \$1. Данная вакцина – совместный проект ученых из Института рака Розуэлла Парка (Буффало, США) и Центра молекулярной иммунологии (Гавана, Куба). Активным ингредиентом вакцины является белок, который появляется в клетках тела онкологических больных. После ряда испытаний на 1000 пациентов исследователи заявили, что *Cimavax* способен превратить неконтролируемый рак в управляемое хроническое заболевание, позволяя организму вырабатывать антитела к белкам.

Кубинские регуляторы первыми одобрили лекарственное средство, вакцина довольно быстро была запущена в продажу. В США процедура оказалась более сложной и началась с утверждения регулирующих органов клинических испытаний вакцины. Несмотря на то что прошло уже 9 лет с момента создания вакцины, ее реальную перспективность еще только предстоит оценить.

Также на Кубе ведутся активные работы по созданию вакцины против СПИДа – несколько лет назад был объявлен старт исследований III фазы клинических исследований такой вакцины (с участием человека).

ассортимент «валютных» аптек – ОТС-группа, а изготовлением лекарств и продажей рецептурных средств они не занимаются вовсе.

Строго, но справедливо

Все кубинские аптеки, обслуживающие местное население, – государственные, их деятельность строго контролируется Министерством здравоохранения Кубы. Муниципальные аптеки работают с понедельника по пятницу с 9 до 19 часов, в субботу – с 9 до 14 часов. Во многих аптеках есть производственный отдел, где изготавливаются лекарства по рецептам. В каждом районе имеется дежурная аптека, она работает круглосуточно и без выход-

ных. В дежурной аптеке обязательно существует отдел изготовления лекарств – диспенсарио. Есть также и центральный диспенсарио, который занимается изготовлением лекарств по рецептам, – при необходимости можно обратиться и туда, особенно в сложных случаях.

Во всех муниципальных аптеках есть специальные отделы обслуживания пациентов с хроническими заболеваниями, где на каждого посетителя оформляется специальная карточка, по которой можно получать лекарственные средства в любое время на протяжении всего срока действия рецепта. Таким образом, пациенту не нужно каждый раз ходить к врачу за рецептом – достаточно обновить его раз в год. При этом если пациент не покупает препарат более 2 месяцев подряд, рецепт аннулируется, и придется получать его заново.

Призвание без признания

Обслуживанием в аптеках Кубы, как и во многих других странах, занимаются фармацевты и помощники фармацевтов. Чтобы стать помощником фармацевта, необходимо среднее профильное образование в училище, которое длится



3 года. Высшее фармобразование можно получить в университете Гаваны, где нужно учиться 5 лет.

В аптеке помощник фармацевта обычно продает готовые препараты или занимается изготовлением лекарств под руководством фармацевта. Фармацевт проверяет правильность рецептов, консультирует пациентов, руководит изготовлением лекарств, а в ряде случаев – отделом или всей аптекой.

Сразу скажем, что Куба – не та страна, куда фармацевту стоит ехать в поиске финансового благо-

получия. Зарплаты фармацевтов в государственных аптеках составляют всего лишь 250–350 песо (около \$10–15) в месяц. В коммерческих аптеках дела идут лучше – аптечный работник получает около 150 конвертируемых песо (\$150) в месяц. Но такой специалист обязан знать один или даже несколько иностранных языков. Несмотря на невысокие зарплаты в целом работа фармацевта на Кубе считается очень престижной, к тому же высокий уровень кубинского фармацевтического образования позволяет местным фармацевтам при желании выезжать на работу в другие страны.

И хотя может показаться, что при таком хаосе это лучший вариант для кубинских коллег, все не так просто. Ведь, несмотря на все сложности, Куба сегодня – впереди планеты всей по профилактике заболеваний. Здесь самая низкая детская смертность в мире, и на каждого жителя страны приходится свой семейный врач, который, к тому же, принимает бесплатно. А в аптеке посетитель получает полноценную и грамотную фармопеку. Так что плоха такая система в целом или нет – решать каждому для себя. Как и вопрос, всегда ли сигара – просто сигара...

Источники:
sld.cu; who.int; smcsalud.cu;
PharmExec.com.

Светлана Вешняя



Впервые опубликовано в журнале «Рецепты аптечных продаж» amn.net.ua/cuba.html

Дельфины-целители!

С древних времен человек уверен в том, что дельфины почти как люди – умные и веселые, у них хорошая память, они легко идут на контакт и способны лечить. Эффективность дельфинотерапии во многом обусловлена уникальными особенностями дельфинов. Они занимают третье место в рейтинге самых умных животных планеты. У дельфинов чрезвычайно развиты когнитивные способности и любознательность, что дает возможность их легко обучать. Эти животные обладают высокой степенью социализации, которая проявляется в их общительности и дружелюбии как внутри собственной стаи, так и к представителям других видов, в частности, к человеку.

В своем общении дельфины используют различные виды вокализации, издавая многочисленные звуки, которые в описательном плане могут быть охарактеризованы как рев, вой, стон, мычание, визг, треск, трель, пощелкивание, удар,



грохот, хлопок и т.д. Звуки, издаваемые дельфинами, охватывают необычайно широкий спектр частотных характеристик – от нескольких герц до почти трехсот килогерц, т.е. инфразвуковые, звуковые и ультразвуковые составляющие. Эти сигналы можно разделить на импульсные и непрерывные.

Мозг дельфина имеет паралимбическую зону, которой нет в человеческом мозге, и лимбическая, или эмоциональная, информация может играть большую роль в мозге дельфина, чем в человеческом мозге, что связано, по-видимому, с их различной специализацией. Человеческий мозг специализируется на детализации обработки информации, в то время как мозг дельфина – на скорости ее обработки.

Экспериментальные исследования когнитивных способностей показали, что дельфины имеют исключительную память, как краткосрочную, так и долгосрочную, для обработки визуальной, слуховой и многомодальной информации. Исследование поведения этих животных в процессе обучения языкам-посредникам показало, что дельфины могут их усваивать, базирясь на высших когнитивных процессах – обобщении, абстрагировании и формировании довербальных понятий, – высокие способности к которым были у них выявлены в традиционных лабораторных экспериментах.

Активное развитие дельфинологии начинается со второй половины прошлого века и связано со

строительства первых в мире дельфинариев и океанариумов в США. Постоянное общение и наблюдение за животными дали огромное количество научного материала, как для изучения самих животных, так и их взаимодействия с людьми.



Основателем и родоначальником дельфинотерапии считается американский психолог Дэвид Натансон, работавший в 70-х годах прошлого столетия во Флоридском международном университете. Наблюдая за детьми с синдромом Дауна, общавшимися в воде с афалинами, Натансон и американский антрополог Бетти Симпсон впервые обратили внимание, что специально не подготовленные для общения с человеком в море животные вели себя так, будто дети нуждались в их помощи.

Одновременно дети после сеансов плавания становились более контактными и раскрепощенными, лучше

двигались и могли сосредоточиться. Результаты были впечатляющими, и Натансон продолжал исследования, привлекая к плаванию с дельфинами детей с новыми заболеваниями. Так появилась дельфинотерапия – Dolphins Assisted Therapy или DAT, как ее принято называть во всем мире.

Дельфинотерапия быстро шагнула за пределы Соединенных Штатов. К американским ученым присоединились специалисты в Израиле, Англии, Мексике и Японии. Появляются новые реабилитационные центры, расширяется перечень диагнозов и проблем, которые успешно помогают лечить дельфины, увеличивается число взрослых и детей, для которых плавание с дельфинами навсегда останется в числе наиболее ярких, незабываемых, несравнимых ни с чем впечатлений.

Виды дельфинотерапии

Медицинской лицензии на дельфинотерапию не существует нигде в мире. Сам принцип доказательной медицины подходит больше для фармакологических компаний. Дельфин – это не лекарство, это даже не пиявка, которую можно прикладывать к больному месту, а потом избавляться от нее. От дельфинотерапии не может быть передозировки, как от лекарства.

Перед пациентами и их врачами стоят различные задачи, среди них: необходимость психокоррекции,

восстановление физиологических функций, памяти, концентрации внимания.

В зависимости от поставленной задачи выбирается вид дельфинотерапии:

- Свободное взаимодействие с животным. Пациенту предоставляется свобода в выстраивании отношений с необычным «терапевтом», он сам выбирает удобные для него способы общения: плавание и ныряние в близком контакте с дельфином, игра в мяч, выполнение дельфином отдаваемых им команд. Специалисты-люди только обеспечивают безопасность животного и человека.
- Организованное общение. Пациент взаимодействует с животным через медицинского специалиста, работающего с ним. Основное психотерапевтическое воздействие осуществляется именно врачом-человеком, а присутствие дельфинов – только фон и благоприятная среда для раскрепощения пациента.

Эффект от общения с дельфинами

Положительные эмоции, внутреннее успокоение, очищение сознания от конфликтов и травм, выработка эндорфинов – результаты взаимодействия человека с дельфином.

Исследования ученых подтверждают, что на сеансах дельфинотерапии активизируется иммунная система человека и усиливаются защитные реакции организма.

Сравнительные данные энцефалограмм пациентов, проводимых до и после сеанса, показывают:

- замедление мозговых ритмов;
- синхронизацию активности полушарий мозга;
- устранение перевозбуждения нервной системы;
- расслабление всего организма.

К аналогичным эффектам приводит медитация, холотропное дыхание, гипнотический транс.



На психоэмоциональном уровне пациенты:

- выходят из самоизоляции;
- обретают интерес к внешнему миру;
- легче адаптируются к социуму;
- получают стимул для вербальной экспрессии;
- восполняют дефицит положительных эмоций;
- удовлетворяют потребность в эмоциональных контактах.

Благодаря чему достигаются такие эффекты?

Некоторые исследователи связывают положительное воздействие дельфинов на нервную систему и психику человека с излучаемым ими ультразвуком. Звуки, издаваемые дельфином, проходят через сонар (жировую подушечку, расположенную на голове), через него же проходят волны, произносимых людьми слов. Эта особенность восприятия и «видения» мира дельфинами называется эхолокацией.

Доказано и подтверждено физиотерапевтической практикой, что восприятие пациентом ультразвуковых волн дельфинов улучшает нервную систему на клеточном уровне: оздоравливается внутренняя среда нервной клетки, улучшается проницаемость внешних клеточных мембран.

Благодаря особенностям своего восприятия дельфины ощущают здоровые и патологические вибрации внутренних органов человека и влияют на них. Ответное ультразвуковое воздействие дельфина на вибрацию больных органов человека удаляет из них застоявшиеся физиологические жидкости, дренирует ткани и, в итоге, оздоравливает их.

Побочных эффектов от дельфинотерапии нет, утверждают дельфинотерапевты. Но бывает, что нет и эффектов положительных. Хотя, если бы дельфинотерапия была стопроцентно действующим методом, очередь в дельфинарии стояла бы от Арктики до Антарктики. Богдан



Поповский призывает помнить, что дельфинотерапия – не единственный способ помочь больному ребенку. Для каждого нужно подобрать свой уникальный комплекс: для кого-то нужны дельфинотерапия и занятия с логопедом, для кого-то – медикаментозное лечение и иглоукальвание.

К тому же порой ожидания родителей не совпадают с объективными результатами. Дельфинотерапевты могут наблюдать, что ребенок меняется после общения с дельфинами, а родители хотят большего, чуда.

Бывает, что во время дельфинотерапии нет положительных эффектов, но они могут проявиться позже. Все дети болеют разными болезнями, у них у всех разный возраст. По свидетельству дельфинотерапевтов, положительная динамика в изменении состоянии наблюдается в 70 процентах случаев. Однако и степень положительных изменений – тоже разная, трудноопределимая.

Этапы дельфинотерапии

Пациенты с тяжелыми диагнозами и психологическими проблемами не всегда сразу готовы к контакту с необычными помощниками. Часто требуется поэтапная подготовка.

1. Детей с аутизмом, дезсоциализацией, синдромом Дауна и другими расстройствами, препятствующими установлению новых эмоциональных контактов, знакомят с дельфинами до прихода в дельфинарий. Психологи просят родителей приобрести ребенку игрушки и раскраски с изображениями этих добрых животных, рассказывать о них ребенку, показывать видеофильмы о дельфинах и детях, играющих ними.

2. Первый сеанс не всегда завершается соприкосновением ребенка с дельфином. Для него может оказаться слишком волнительной необходимость выхода на помост и непривычное поведение ранее неизвестного животного. Опытный пси-

хотерапевт или психолог должен помочь преодолеть трудности, снять напряжение ребенка, экипировать его и вовлечь в игру с новым другом.

3. На втором сеансе ребенок, стоя на помосте, может бросать дельфину мячи и кольца, которые он с удовольствием доставит обратно. Родители и психолог стараются убедить ребенка в безопасности игр и приближения к дельфину. В конце сеанса начинают готовить малыша к контакту с животным в воде. Для этого его сажают на помост и предлагают опустить ноги в воду, а тренер дельфина отдает ему команды, выполнение которых поможет максимально быстро наладить эмоциональную, визуальную и тактильную связь между ребенком и дельфином.

4. На третьем сеансе ребенка учат здороваться с дельфином, выражать радость от встречи и общения с ним, повторяют игры, разученные на первом занятии, возобновляют тактильный контакт с животным, снова опускают ноги с помоста в воду и подводят ребенка к совместному плаванию с уже знакомым другом.

5. На четвертом сеансе, как правило, прочно установлен эмоциональный контакт между участниками терапии, ребенок сам находит новые способы тактильных контак-

тов, с удовольствием повторяет уже знакомые игры. В завершении сеанса ребенка поощряют поощряться с дельфином.

6. Пятый сеанс становится очень желанным для малыша, поэтому установившийся контакт с животным психотерапевт может использовать для развития у пациента концентрации внимания и способности последовательно переключаться на выполнение разных задач.

Рекомендованный курс – 10 сеансов.

Дельфинотерапия в комплексе с медикаментозной и психологической помощью очень эффективно восстанавливает эмоциональное равновесие пациентов и облегчает течение психических недугов.

Сегодня на побережье теплых морей в разных странах есть много дельфинариев, предлагающих дельфинотерапию в качестве метода реабилитации. Сюда обращается большое количество людей с детьми, у которых есть посттравматические стрессовые расстройства, задержки психического и речевого развития, аутизм, синдром Дауна, синдром дефицита внимания и гиперактивности, детский церебральный паралич, заболевания опор-

ПОКАЗАНИЯ

Для детей и подростков в возрасте от 6 месяцев до 16 лет дельфинотерапия рекомендуется при таких заболеваниях:

- умственная отсталость;
- ранний аутизм;
- нейросенсорная тугоухость;
- болезнь Дауна;
- гиперактивность с синдромом дефицита внимания;
- нарушение речи;
- детский церебральный паралич.

У взрослых дельфинотерапией корректируют пограничные формы нервно-психических расстройств: навязчивые мысли и состояния, неврозы, фобии, депрессии, хроническую усталость, эмоциональное выгорание. Проводят реабилитацию людей, переживших тяжелые психологические травмы и стрессы в ходе аварий, стихийных бедствий, военных конфликтов.

но-двигательного аппарата, другие неврологические заболевания. Противопоказана дельфинотерапия тем, у кого есть эпилепсия, онкология, инфекционные заболевания кожи, болезни сердца.

Дельфинотерапевты – это специалисты с базовым медицинским или психологическим образованием, так или иначе работавшие до дельфинария с детьми, умеющие наладить с ними контакт.

А вот откуда берутся дельфины-лекари? По словам специалистов, дельфину не требуются специальных навыков – главное, чтобы он был контактным, подплывал к людям, давал себя гладить.

Его природное поведение глобально не модифицируется, ведь в дельфинотерапии нужен живой дельфин, а не большая игрушка. При этом, по мнению дельфинотерапевта, дельфин может выступать перед зрителями – это для него способ почувствовать свою мощь, пообщаться с сородичами в большом бассейне.

Подготовила Ольга Шматова



Хондропротекция в терапии остеоартроза: эффективное и комплексное решение



*Ум заключается не только в знании,
но и в умении прилагать знание на деле.*

Аристотель

Э.В. Супрун – д.м.н., профессор
Кафедра общей фармации и безопасности
лекарств Института повышения квалификации
специалистов фармации, Национальный
фармацевтический университет, г. Харьков

Самым распространенным из всех ревматических заболеваний является остеоартроз (ОА), клинические симптомы которого в целом наблюдаются более чем у 15–20% населения земного шара. Одной из основных жалоб при ОА являются боли в суставах, которые по мнению специалистов International Association on the Study of Pain предъявляет каждый седьмой пациент в возрасте старше 40 лет, обращающийся за плановой амбулаторной помощью.

Установлено, что рентгенологические признаки ОА обнаруживаются значительно чаще, чем клинические, причем частота и тех и других нарастает с возрастом. Так, в США у 20 млн. взрослых имеется ОА, диагностированный врачами, при этом до 70% населения страны в возрасте старше 65 лет имеют определенные радиологические признаки заболевания. Ряд исследователей считает, что к 2025 г. распространенность ОА увеличится вдвое. Социальная значимость ОА определяется также резким снижением качества жизни при этом заболевании особенно в старших возрастных группах. Кроме того, ОА является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности, уступая в этом только ишемической болезни сердца.

Экономические затраты на него в странах Запада оцениваются в 1,5% ВВП.

Несмотря на высокую распространенность ОА, изучение этиопатогенеза этого заболевания нельзя считать завершенным. Долгие годы считалось, что ОА является следствием возрастного «изнашивания» хряща. Однако в последние годы ОА рассматривается как гетерогенная группа заболеваний суставов, патоморфологически характеризующихся фокальным разрушением суставного хряща, изменениями в субхондральной кости (включая микропереломы и образование кист) и образованием остеофитов, а также сопутствующим поражением других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки, капсула и периартикулярные мышцы). В основе раз-

вития ОА лежит взаимодействие множества факторов, в том числе дегенеративные изменения суставных структур, обусловленные возрастом, генетическая предрасположенность, чрезмерная механическая нагрузка на суставы, метаболические нарушения, воспаление и т.д. При этом нормальный метаболизм хрящевой ткани изменяется с превалированием катаболических процессов над анаболическими.

Доказана корреляционная зависимость между развитием дегенеративных изменений в тканях опорно-двигательного аппарата и возрастом человека. По данным широкомасштабного исследования, проведенного в России и включившего обследование 41 348 человек, в популяции среди лиц старше 15 лет клинические проявления ОА были выявлены у 6,43%. Примерно 50% пожилых людей испытывают затруднения при ходьбе и подъеме по лестнице, более 15% страдают явным ограничением подвижности, а после 75 лет эта цифра увеличивается до 30%. Чем старше человек, тем больше у него выявляется заболеваний различных органов и систем.

ОА – группа заболеваний суставов различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондрального участка кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных мышц. Симптоматика при ОА включает болевой синдром, уменьшение объема движений, минимальную утреннюю скованность менее 30 мин., нестабильность сустава, крепитацию, отек. Причиной утраты трудоспособности обычно является ОА крупных суставов – тазобедренного (коксартроз) и коленного (гонартроз). Наиболее частым и выраженным симптомом при ОА является болевой синдром. Постоянная боль в пораженных сус-



Болевой синдром является краеугольным камнем клиники ОА, во многом определяющим другие симптомы. Суставная боль при ОА меняет лимфо- и кровоток в суставе, усугубляя его трофику, усиливая внутрисуставные процессы дегенерации, деградации и деструкции хряща и субхондральной кости. Усиление боли вызывает реактивный спазм близлежащих мышц, принимающих участие в движении сустава, что приводит к контрактурам суставов. Изменение характера боли характерно при усилении синовита. Болевой синдром при ОА уточняет диагноз, определяет двигательный режим и отражает качество проводимой терапии, зависящей также от наличия у пациента иных заболеваний.

тавах, ограничение способности к передвижению существенно нарушают не только трудовую, но и повседневную деятельность больного.

Болевой синдром при ОА является многоуровневым, поэтому боль при ОА следует расценивать как интраартикулярную, параартикулярную и экстраартикулярную, связанную с сопутствующими поражениями других органов и систем. Боль при ОА может быть обусловлена различными причинами. Однако основным механизмом, приводящим к развитию болевого синдрома, является постепенная деградация и снижение синтеза матрикса хряща, потеря им своих амортизационных свойств, нарушение баланса костного обмена в подлежащей кости с развитием остеофитов. Механическое давление на обнажающуюся

кость приводит к появлению боли даже при небольших физических нагрузках. Кроме того, при ОА развивается воспаление в синовиальной оболочке («вторичный синовит»), что приводит к появлению утренней скованности и болей воспалительного характера.

ОА относят к заболеваниям с высоким уровнем **коморбидности или полиморбидности**, т.е. наличия двух и/или более синдромов или заболеваний у одного и того же пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени. Установлено, что пациенты с ОА имеют значительно более высокий риск развития коморбидных состояний, чем пациенты, им не страдающие. Как правило, у больного ОА одновременно имеют место 5–6 заболеваний. По имеющимся данным, ОА наиболее часто сочетается с

артериальной гипертензией (АГ) и другими ССЗ (атеросклерозом, ишемической болезнью сердца – ИБС), ожирением, сахарным диабетом (СД), заболеваниями ЖКТ и хроническими обструктивными заболеваниями легких. ССЗ наблюдаются более чем у 50% пациентов с ОА.

В последние годы все чаще появляются мнения различных исследователей о том, что люди, страдающие ОА, имеют не только более высокий риск развития ССЗ, но и более высокий уровень общей смертности по сравнению с популяцией. Повышенная специфическая смертность при ОА главным образом регистрировалась в исследованиях, включающих кардиоваскулярные и желудочно-кишечные заболевания.

В соответствии с рекомендациями Европейской антиревматической лиги (EULAR), пациентам с ОА показано сочетание фармакологических и нефармакологических (обучение больного, снижение веса, защита сустава, физические упражнения) методов лечения. Принимая во внимание, что у пациента с ОА, как правило, одновременно имеют место несколько соматических заболеваний, в первую очередь ССЗ, лечащему врачу необходимо обязательно учитывать предполагаемую пользу и возможные риски от назначаемой противоартрозной терапии. На фоне коморбидности избыточное и нерациональное назначение лекарств без учета особенностей их взаимодействия может привести к резкому возрастанию вероятности развития нежелательных эффектов терапии и ухудшению состояния пациента.

Основными клиническими проявлениями ОА являются боль и постепенное снижение функции. Таким образом, в лечении ОА существует два стратегических направления: 1) уменьшить болевой синдром и воспаление и 2) замедлить деградацию компонентов хряща и прогрессирование ОА, предотвратить вовлечение в процесс новых суставов.

Согласно классификации Американской ассоциации ревматологов и Европейской антиревматической лиги, средства для лечения остеоартроза подразделяются на симптом-модифицирующие и структурно-модифицирующие – в зависимости от степени их влияния на прогрессирование заболевания. К первым относятся симптоматические препараты немедленного действия, а именно ацетаминофен, опиоидные анальгетики, анальгетические препараты и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП),



а также глюкокортикостероиды, которые при выраженных признаках воспаления могут вводиться внутрисуставно. Все эти группы препаратов способны быстро уменьшать боль, припухлость, скованность и улучшать функцию суставов.

Широко при ОА используют простые анальгетики (особенно часто пациенты выбирают их самостоятельно, без рекомендации врача), однако их назначение нерационально у пожилых пациентов, особенно при наличии ССЗ – препараты не влияют на патогенетические звенья синовиита, что нивелирует их эффект. Кроме того, простые и опиоидные анальгетики вызывают феномен «анальгетической личности»,

при которой больной, не чувствуя боли, чрезмерно расширяет свою двигательную активность, которая не улучшает, а усугубляет как вторичное воспаление, так и клинику болезни.

У пациентов с ОА и страдающих ССЗ как неселективные НПВП (н-НПВП), так и селективные НПВП (с-НПВП) обладают выраженным противовоспалительным и обезболивающим эффектом, однако они могут оказывать целый ряд побочных эффектов, отягчающих течение кардиоваскулярной патологии. Повышение риска

кардиоваскулярных катастроф (инфаркта миокарда, инсульта и внезапной коронарной смерти) может рассматриваться как класс-специфический побочный эффект для всех НПВП. Прием как н-НПВП, так и с-НПВП может приводить к дестабилизации артериальной гипертензии (АГ), прогрессированию сердечной недостаточности, а также ассоциироваться с повышением риска кардиоваскулярных катастроф (инфаркта миокарда – ИМ, инсульта и внезапной коронарной смерти).

Использование НПВП также ассоциировано с повышением риска развития и декомпенсации застойной сердечной недостаточности (СН). По мнению ряда авторов, НПВП-индуцированная СН

может иметь более важное медицинское значение, чем НПВП-гастропатия. Также следует иметь в виду, что НПВП способны снижать эффективность препаратов, используемых в стандартной терапии ССЗ (b-блокаторов, диуретиков, ингибиторов АПФ и, в меньшей степени, антагонистов кальция).

В противоположность им выделяют группу препаратов, модифицирующих структуру болезни, или так называемых препаратов с хондропротекторными свойствами, которые сегодня являются одним из принципиальных назначений больным остеоартрозом. Часто еще их относят к симптоматическим препаратам медленного действия (*Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis – SYSADOA*) или симптоматически медленно действующим препаратам (хондропротекторы – устаревший термин), к которым относятся: хондроитин, глюкозамин, дицерин, неомыляемые соединения авокадо и сои.

Ключевой патогенетический механизм остеоартроза – дистрофические изменения суставного хряща и его преждевременное изнашивание. Хрящ является разновидностью соединительной ткани и представляет собой жестко организованную пространственную структуру из неклочного матрикса и клеточных элементов, покрывающую суставные поверхности входящих в сочленение костей и обеспечивающую их «мягкую» биомеханику за счет амортизации и гладкого скольжения относительно друг друга. Это одно из наиболее уязвимых мест опорно-двигательного аппарата.

Неклеточный матрикс богат протеогликанами (гликозаминогликанами) глюкозаминогликанами) хондроитином. По строению хрящ подобен губке, впитывающей в ненапряженном состоянии и выдавливающей при нагрузке в суставную полость протеогликановую фазу матрикса. В физиологических условиях обновление

структур матрикса из-за отсутствия в нем сосудов поддерживается путем активного обмена с внутрисуставной синовиальной жидкостью, содержащей все необходимые для этого компоненты. Внутрисуставная синовиальная жидкость одновременно с этим выполняет функцию «смазки» для движущихся частей сустава. Способность хряща выдерживать высокие динамические и статические нагрузки есть функция структуры матрикса и его качественного самообновления, в этом исключительное значение принадлежит высокой концентрации протеогликанов в матриксе и синовиальной жидкости.

С любыми патологическими явлениями в суставах связаны дистрофические (в более легких) и воспалительные (в более тяжелых случаях) изменения хрящевой ткани и внутрисуставной синовиальной жидкости, приводящие к деградации матрикса. Хрящ теряет упругость, непрерывность, неравномерно истончается, в нем образуются глубокие трещины. Разрастание хрящевой ткани по краям, которые не несут физической нагрузки, является причиной деформации суставов. С прогрессированием процесса эти явления усиливаются, в него вовлекаются все новые суставы.

При развитии остеоартроза основное вещество хрящевой ткани вырабатывается неполноценным – частично деполимеризованным и со сниженным содержанием протеогликанов. От содержания последних зависят «смазочные» свойства суставной жидкости, «выдавливываемой» из хрящевого матрикса при повышении механических нагрузок на сустав. Неполноценная синовиальная жидкость уже не способна качественно поддерживать участие хряща в суставной биомеханике. Таким образом, основным звеном в патогенезе дегенеративных изменений суставов являются изменение качества и дефицит протеогликанов, заключающийся

в деполимеризации белково-сахаридных комплексов с образованием более мелких соединений, которые покидают хрящ. При этом также нарушается функция хондроцитов и уменьшается количество гиалуроновой кислоты, что является важным фактором хондропротекции.

Препараты, обладающие хондропротекторными свойствами, условно делятся на три подгруппы: препараты – мукополисахариды (разновидность заместительной терапии), стимуляторы синтеза протеогликанов и прочие, в том числе комбинированные средства. Основными симптоматическими препаратами медленного действия являются глюкозамин и хондроитин сульфат. Естественные компоненты суставного хряща, они входят в состав протеогликанов хрящевой ткани. Глюкозамин и хондроитин сульфат применяют в лечении остеоартроза и сходных заболеваний с 1980-х гг. Они используются как натуральные метаболиты, которые способны оказать защитное действие в отношении хряща и обеспечить регенерацию репаративных возможностей хондроцитов.

Глюкозамин (ГА) является аминомоносахаридом, в организме он используется хондроцитами как исходный материал для синтеза протеогликанов, гликозаминогликанов и гиалуроновой кислоты. В многочисленных исследованиях фармакологических эффектов глюкозамина установлено благоприятное влияние на метаболизм хряща – усиление анаболических и ослабление катаболических процессов. Установлены стимуляция ГА синтеза протеогликанов и коллагена, повышение продукции компонентов внеклеточного матрикса, при этом свойства гликозаминогликанов и протеогликанов (по данным хроматографического анализа) были близки к физиологическим. Глюкозамин стимулировал включение 35S4 (маркера синтеза гли-

козаминогликанов) в хондроциты и усиливал синтез гликозаминогликанов в культуре клеток, а также стимулировал *in vitro* и *in vivo* захват 35S4 и 3H-пролина суставным хрящом. Глюкозамин проявляет умеренное противовоспалительное действие на различных моделях воспаления.

В большинстве проведенных краткосрочных (4–6 недель) клинических исследований эффективность ГА в дозах 800–1500 мг/сут. у больных остеоартрозом превыша-

частью агрегановой структуры и ответственна за физико-химические свойства хряща. Кроме того, ХС служит основой для синтеза гиалуроновой кислоты, обеспечивающей смазку, необходимую для функционирования суставов. У больных остеоартрозом метаболизм ХС нарушен, концентрация его в синовиальной жидкости понижена, кластеры патологических хондроцитов вырабатывают неполноценное основное вещество хрящевой ткани. Исследования

установили наличие противовоспалительной активности.

Теоретические предпосылки дают основание предполагать наличие синергизма у хондроитин сульфата и глюкозамина в плане хондропротекторного эффекта. Он заключается в стимулировании метаболизма хондроцитов и синовиоцитов, ингибировании активности ферментов, способствующих деградации матрикса хряща, улучшении микроциркуляции сосудистого русла периаартикулярных тканей (гепариноподобный эффект ХС). Исследования с культурами клеток и животными моделями подтверждают эту гипотезу. Повышение клинической эффективности лечения остеоартроза при добавлении ХС к ГА было отмечено в нескольких недавних работах.

В последние годы в связи с повсеместным пересмотром оценки лекарственных препаратов в соответствии с требованиями доказательной медицины был проведен ряд современных качественных испытаний, касающихся клинической эффективности симптоматических препаратов медленного действия. Глюкозамин и хондроитин являются единственными препаратами среди симптоматических медленно действующих средств, которые рекомендуются для длительной терапии ОА. Такое заключение экспертами Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеоартроза, остеоартрита и заболеваний опорно-двигательного аппарата (ESCEO) сделано на основании веских клинических доказательств эффективности предлагаемых препаратов, особенно на ранней стадии заболевания, их хорошей переносимости и высокого уровня безопасности. Полученные данные свидетельствуют, что хондроитин сульфат и глюкозамин оказывают не только симптоматическое действие, но также способны благоприятно влиять на метаболизм хряща, восстанавливая его структуру и нормализуя обмен.



ла такую плацебо и была эквивалентна эффективности ибупрофена и диклофенака. Глюкозамин несколько уступал НПВП по скорости наступления обезболивающего и противовоспалительного действия, однако обладал отчетливым последствием. При этом отмечено, что для четкой оценки результатов лечения следует принимать ГА не менее 6–12 недель, что вполне объяснимо с учетом особенностей кровоснабжения суставов и темпов обмена веществ в тканях сустава.

К группе мукополисахаридных препаратов относятся **хондроитин сульфат** (ХС). Хондроитин сульфат образуется в организме из глюкозамина, его молекула в 100–200 раз больше своего предшественника. Полианионная молекула ХС является неотъемлемой

in vivo и *in vitro*, касающиеся метаболизма введенного извне ХС, показали, что препарат проникает в матрицу хондроцитов человека, не изменяя качества протеогликанов, которые они вырабатывают. Хондроитин сульфат стимулирует синтез гиалуроновой кислоты и протеогликанов и ингибирует действие протеолитических ферментов, значительно снижает активность хондроитиназы в синовиальной жидкости. ХС обладает выраженным тропизмом к тканям, богатым гликозаминогликанами и, в частности, к суставному хрящу. При этом отмечено, что ХС участвует также в процессе минерализации кости, регулируя кальциевый баланс *in vitro* и благоприятствуя процессам окостенения. Исследования, посвященные фармакологическим эффектам ХС,

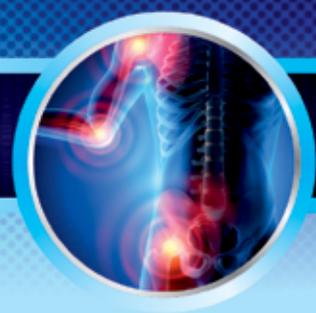
АртроФлекс

**ЗДОРОВЫЕ
СУСТАВЫ -
ЗАЛОГ СВОБОДЫ
ДВИЖЕНИЯ**



Имеются противопоказания, перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

АртроФлекс



Торговое название: АРТРОФЛЕКС (ARTROFLEX)

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарством.

Форма выпуска

Капсулы массой 1990 мг, по 10 капсул в блистер, по 3, 6, 9, 10 блистеров в картонную пачку вместе с инструкцией по применению.

Состав (на 1 капсулу)

Действующие вещества: глюкозамина сульфат 500,0 мг, хондроитина сульфат 400,0 мг.

Вспомогательные вещества: масло соевое рафинированное 584,7 мг, гидрогенизированное пальмовое масло 15 мг, лецитин соевый 25 мг, бутилгидроксианизол 0,15 мг, бутилгидрокситолуол 0,15 мг, капсула (желатин 292,242 мг, глицерин 77,897 мг, сорбит 38,949 мг, фумаровая кислота 6,490 мг, оксид железа черный 2,922 мг, вода 46,5 мг) 465 мг.

Содержит подсластитель. При чрезмерном употреблении может оказывать слабительное действие.

Пищевая ценность на 1 капсулу: белки 0,6992 г, жиры 0,4765 г, углеводы 0,8508 г.

Калорийность на 1 капсулу: 10,2758 ккал/42,9939472 кДж.

Биологическое действие компонентов. Глюкозамин и хондроитина сульфат участвуют в биосинтезе соединительной ткани, предотвращают процессы деструкции хряща и стимулируют регенерацию хрящевой ткани. Глюкозамин останавливает деструкцию хряща и способствует снижению риска развития симптомов остеоартроза. Хондроитин сульфат участвует в построении основного вещества хрящевой и костной ткани, ингибирует ферменты, нарушающие структуру и функцию суставного хряща, тормозит процессы дегенерации хрящевой ткани. Глюкозамина сульфат стимулирует синтез гликозаминогликанов, способствует регенерации хрящевых поверхностей и суставной сумки, увеличивает продукцию внутрисуставной жидкости суставов. Способствует уменьшению сопутствующего воспаления, болезненности и увеличивает подвижность пораженных суставов.

Показания к применению

При дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника: остеоартроз I - III стадии, остеохондроз. Способствует обновлению хрящевой ткани, подвижности суставов.

Способ применения и дозы

Внутрь. Взрослым по 1 капсуле 1-2 раза в день во время приема пищи.

Рекомендуемая продолжительность курса лечения составляет 1 месяц.

Условия отпуска. Реализация в аптечных учреждениях и специализированных магазинах или отделах продовольственных магазинов по продаже диетических продуктов.

Условия хранения. В сухом и недоступном для детей месте, при температуре не выше 25 °С.

Срок годности. 2 года. Не применять по истечении срока годности.

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения

Sun Pharmaceutical Industries Ltd., Индия
050008, Казахстан, г. Алматы, ул. Манаса 32 «А»,
Бизнес Центр «SAT», офис 602
Тел. (727) 237 84 51, 237 84 49
regulatory.kz@sunpharma.com



В конечном итоге эти симптоматически медленно действующие средства, действительно, оказывают защитное действие в отношении суставного хряща, препятствуют его разрушению и способствуют (хотя бы частично) его восстановлению. Полученные в многочисленных исследованиях данные дают основание считать, что ХС и ГА обладают также и патогенетическим действием и способны оказывать модифицирующее влияние на течение остеоартроза. Это позволяет расширить диапазон лечебного действия этих средств.

Одним из часто назначаемых препаратов данного класса является Артрофлекс. Его применяют при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника (остеоартроз I–III стадии, остеохондроз), связанных с дегенеративными изменениями в хрящевой ткани. В состав Артрофлекса входит два активных ингредиента, и каждая капсула для внутреннего применения включает 500 мг глюкозамина гидрохлорида и 400 мг хондроитина сульфата. Оба вещества действуют синергично и направленно. Совместное применение ХС и ГА обеспечивает более быстрое насыщение организма хондропротекторами по сравнению с действием одного компонента, а также более выраженный клинический эффект. Такой подход дает возможность снизить дозу каждого препарата. Взрослым обычно назначают по 1 капсуле 1–2 раза в сутки (при активном течении процесса обычно рекомендуется 2-кратный прием). Капсулы принимают внутрь, запивая небольшим количеством воды. Минимальная продолжительность приема составляет 1 месяц (при необходимости и рекомендации лечащего врача – более длительно). В этом случае создание достаточных концентраций активных молекул ХС и ГА в синовиальной жидкости создает условия для лучшей диффузии лекарства

в хрящевую ткань и снижения синтеза провоспалительных медиаторов и в хондроцитах, и в синовиоцитах. При этом они способствуют замедлению прогрессирования ОА (по данным рентгенологических исследований).

Механизм лечебного действия ХС и ГА при ОА связан с их способностью подавлять катаболические (дегенеративные) и активировать анаболические (восстановительные) процессы в хрящевой ткани, оказывать собственное противовоспалительное и обезболивающее действие. По-



мимо обезболивающего и противовоспалительного эффектов, применение комбинации хондроитин сульфата и глюкозамина гидрохлорида оказывает положительное действие на состояние сердечно-сосудистой системы. Проведенное на базе МГМСУ открытое рандомизированное исследование по изучению эффективности и безопасности лекарственного препарата, содержащего комбинацию ХС и ГА, у больных с остеоартрозом и соматической патологией выявило не только значительное уменьшение болевого синдрома и улучшение функции суставов, но и снижение риска дестабилизации соматической патологии (ИБС, артериальной гипертонии и т.д.).

Таким образом, остеоартроз представляет собой мультифакторное заболевание, ассоцииро-

ванное с возрастом, которому присущи высокая полиморбидность, уровень инвалидизации и смертности. Причинами относительно высокой смертности пациентов с ОА, в первую очередь, являются такие факторы, как значительное снижение физической активности, наличие коморбидной патологии (в основном ССЗ) и осложнения, вызванные нерациональной медикаментозной терапией. Имеющиеся у пациента ОА различные соматические заболевания и широкий ассортимент применяемых для их

лечения лекарственных средств предполагают необходимость выбора индивидуальной тактики лечения, которая учитывает соотношение предполагаемой пользы и возможного риска от назначения каждого медикаментозного средства в пользу максимально безопасной и эффективной терапии. Новейшие исследования с учетом всех требований доказательной медицины позволили подтвердить клиническую значимость и перспективность применения у таких больных комбинации глюкозамина и хондроитина сульфата (экспериментальные данные о некоторых различиях в механизме действия компонентов комбинации и данные клинических исследований, показавших уменьшение боли, припухлости и других проявлений синовита у больных с ОА).

Гороскоп весеннего одострения

С приходом весны у каждого из нас случается так называемое весеннее обострение, которое заставляет нас совершать безумные и безрассудные поступки, прыгать от радости подставляя лицо теплему весеннему солнцу и, конечно же, пробовать что-то новое, ведь весна – это маленькая жизнь. Как известно каждому знаку зодиака присущи те или иные особенности, которые также обостряются в весеннее время. Предлагаем вам посмеяться над этим шуточным гороскопом и найти в нем себя.

ОВЕН (21.03 – 20.04)



Овен – тот самый знак, для которого весна – пора любви. Все барышни-Овны проводят весну на свиданиях, а между свиданиями прихорашиваются и обсуждают с подругами кавалеров. Чего же тут ненормального, спросите? Тут все ненормально. Потому что обычно барышня-Овен идет и берет то, что ей нужно, а нужны ей супергерои и альфа-самцы. Но весной барышня-Овен изменяет своим принципам и начинает принимать ухаживания от всех подряд. Таким образом она непременно вляпается в краткосрочный роман с каким-нибудь гомункулом, а потом, когда обострение кончится, барышня-Овен начнет у всех спрашивать: «Вы почему меня не остановили? Не видели, что ли, что я совсем спятила?!».

ТЕЛЕЦ (21.04 – 21.05)



Барышни-Тельцы, как известно, ничего не боятся. Кроме потери стабильности. Все должно идти по раз и навсегда заведенному порядку – вот залог психического здоровья Тельцов. Именно поэтому весной Тельцы с криком «Джеронимо!» ныряют в пучину перемен. То есть делают вид, что ныряют, конечно. Они пишут в свой «Фейсбук» прочувствованное эссе на тему «Все задолбало, уйду от вас в тундру», громко ссорятся с лучшей подругой (но по самому незначительному поводу) и начинают третировать милого на предмет «Ты меня не любишь, давай расстанемся». Финалом этой громкой драмы становится какое-нибудь платье в жутких розочках, купленное только потому, что Телец ТАКОГО никогда не носила. Ну и хватит перемен на этом.

БЛИЗНЕЦЫ (22.05 – 21.06)



Весной вразнос идут все многочисленные субличности барышень-Близнецов сразу. Поэтому весной Близнецов никак нельзя распознать: они поочередно ми-

микрируют под каждый знак Зодиака. Разнузданный шопинг, диеты, секс с незнакомцем, тяжелая депрессия, алкогольный трип и параноидальный бред – Близнецы попробуют все, ведь все такое вкусное, ом-ном-ном. То есть весеннее обострение Близнецов – это и есть классическое обострение: они наконец-то начинают делать то же самое, что постоянно делали и раньше. Просто теперь одновременно.

РАК (22.06 – 22.07)



Весеннее обострение барышни-Рака может закончиться весьма плачевно: что-нибудь она себе сорвет, вопрос только в том, что быстрее: или спину, или психику.

Ведь весна же! Столько дел, столько дел! Нужно сделать генеральную уборку и косметический ремонт, посадить рассаду (каждый год барышня-Рак клятвенно обещает себе «Только цветы!», и каждый год сеет перцы, патиссоны и тыквы – «Это же полезно!»), записаться в фитнес-клуб и купить себе платьюшек. А еще отловить пару беззаботных психов (обычно ими оказываются Козероги или Стрельцы) и заставить работать: пусть помогают окна мыть, нечего тут прохлаждаться!

ЛЕВ (23.07 – 23.08)



Львицы сходят с ума так же, как делают все остальное: шикарно и с помпой. И именно это приводит Львиц к тяжелой фрустрации: сходить с ума они желают под восторженные аплодисменты своих верных вассалов, но проблема в том, что вассалы-то тоже сошли с ума и разбежались! Мало что может привести Львицу на грань отчаяния, кроме отсутствия внимания к ее персоне. Поэтому весной Львицы превращаются в жестоких маньяков: наловят себе беззащитных новеньких жертв, запрут в метафорическом подвале и давай восхищаться. Потом убивают, конечно. Жертва, видевшая позор Львицы (пусть и мнимый), должна «умереть». Точка.

ДЕВА (24.08 – 23.09)

Девы весной смутно чувствуют, что надо бы что-то сделать. Или чего-нибудь эдакого захотеть. Но ничего эдакого в годовом плане Дев не значит, потому что какая же Дева в здравом уме будет записывать в свой молескин пункт «С первого марта спятить»?! Поэтому Дева выбирает самый простой и удобный трип в бессознательное: алкоголь. Дева исправно ходит с подругами по клубам, качественно напивается и даже вполне правдоподобно делает вид, что она тут отрывается на всю катушку, а может, даже ищет любовь. Но что-то ее выдает: белый халат Дева, конечно, снимает, но все понимают, что в этом дурдоме она не пациент, а главврач.

ВЕСЫ (24.09 – 23.10)

Весы – единственный знак, вообще не подверженный всеобщему весеннему психозу. Просто потому, что барышня-Весы только-только выберет 10 самых приличных способов сойти с ума из 100 500 возможных, как – бац! – уже июнь. Поэтому весной барышни-Весы просто худеют. Во-первых, есть-то и не хочется, а во-вторых, весной худеют вообще все. Абсолютно. Тотально. А раз все помешались на похудении – значит, худеть надо обязательно. В смысле – выбора у Весов нет. Какое счастье! Можно качественно помешаться на внешнем виде – авось сойдешь за свою в этом дурдоме.

СКОРПИОН (24.10 – 22.11)

У Скорпионов весной обостряется паранойя: дело в том, что Скорпионы гиперчувствительны. Пока мы все радуемся солнышку, они заглядывают на изнанку мира и там видят страшное. Наверное. Мы не знаем других причин тому, что происходит со Скорпионами весной: они слабеют, запасы яда у них иссякают, а хитиновый панцирь внезапно становится очень хрупким. То есть барышня-Скорпион внезапно становится простой смертной. Поэтому весной она забивается в какую-нибудь нору и оттуда недобро посматривает на всех этих радостных психопатов. Что-то они замышляют, злодеи! И наверняка против нее – против бедного беззащитного котеночка, ага.

СТРЕЛЕЦ (23.11 – 21.12)

Весеннее обострение Стрельцов – самая страшная и разрушительная штука в мире. Потому что все зависит от того, в каком состоянии весна застала Стрельца. Если у Стрельца все хорошо – обострение

пройдет незаметно: барышня-Стрелец все так же будет кутить и путешествовать. А вот если все плохо – дело труба: всю свою неумную энергию Стрелец истратит на коварную диверсию. Против себя самой. Проблема в том, что от барышни-Стрельца слишком многие зависят, и слишком многие верят, что уж она-то – единственный оплот здравомыслия в этом сумасшедшем мире. Ну-ну. Когда рванет – никто не уцелеет, предупреждаем. Ну, кроме Стрельца, ясное дело.

КОЗЕРОГ (22.12 – 20.01)

Козероги обычно замечают весну, когда им кто-нибудь любезно сообщает, что вот теперь уже пора сходиться с ума. «Я не хочу!» – испуганно шепчет барышня-Козерог и пытается, как всегда, спрятаться от этого дурдома в свою уютную работку. Проблема в том, что весной никто нормально не работает, поэтому барышня-Козерог волевым решением принуждает себя свихнуться, не отходя от кассы: наряжается в легкомысленные платьица и кокетничает с начальником отдела снабжения (строго в обеденный перерыв). Ну и все на этом: нечего баловать всех подряд!

ВОДОЛЕЙ (21.01 – 19.02)

Нельзя сказать, что барышни-Водолеи весной сходят с ума, потому что они, строго говоря, в него никогда толком и не входили. Но всеобщий дух безумия на них все же действует, и им это очень, очень не нравится: тонкая натура Водолея давления не выносит. Поэтому весной Водолеи поворачивают оглобли и усердно плывут против течения. Все влюбляются? Водолей дает обет целомудрия. Все хотят чего-то нового? Водолей упорно тоскует по-старому. Все прихорашиваются, надевают юбки, вертят кудри и улыбаются? Водолей надевает коричневое и портит всем праздник. В общем, весной у Водолеев отключается участок мозга, ответственный за позитив и человеколюбие.

РЫБЫ (20.02 – 20.03)

Барышни-Рыбы весной впадают в жесточайшую депрессию и черную меланхолию. Потому что внезапно зима кончилась, и Рыбка стала старше на год. «Год прошел, а я опять ничего так и не сделала!» – голосит Рыбка и рыдает навзрыд (можно подумать, в другое время года она что-то делает). При этом Рыбка знает, что весна – лучшее время для удачной рыбалки: жирные олигархи прут на нерест и ловятся без наживки. Поэтому внешне весеннее обострение Рыбки никак не проявляется: она выглядит как обычно, только еще обольстительнее. А вот внутри...

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие во II Международном фармацевтическом форуме

Академия фармацевта

В программе:

1. Семинар:

- ✔ Национальное законодательство РК и гармонизация его с законодательством ЕАЭС в сфере обращения лекарственных средств
- ✔ Аптека на охране здоровья нации
- ✔ Результативное представление препарата покупателю
- ✔ Основы фармацевтического консультирования при отпуске антибактериальных препаратов
- ✔ Трудные покупатели и как с ними взаимодействовать
- ✔ Мерчендайзинг в аптеке
- ✔ Приёмы выяснения потребностей покупателя
- ✔ Консультативные продажи и как не стать продавцом из супермаркета

Участие - БЕСПЛАТНО!

2. Семинар для заведующих аптекой (участие платное)

- ✔ Управление персоналом аптеки
- ✔ Мотивация аптечного сотрудника

Основной формат форума: практические сессии

Предварительная регистрация.

Выслать документы на электронный адрес: rano.edu@mail.ru

Перечень документов для предварительной регистрации:

1. Копия удостоверения личности.
2. Копия диплома.
3. Копия свидетельства о браке (для тех, кто сменил фамилию).
4. Копия сертификата повышения квалификации.

Семинары ведут ведущие спикеры г. Москвы

СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ

(54 часа)

22 мая 2019 г.

г. Актобе, ЗКГМУ
ул. Мересьева, 68



24 мая 2019 г.

г. Усть-Каменогорск

ЦДК «Ертис-концерт» ул. Протозанова, 43



29 мая 2019 г.

г. Шымкент

отель RixosKhadishaShymkent
ул. Желтоксан, 17



31 мая 2019 г.

г. Алматы

«Best Western Plus Atakent Park Hotel»
ул. Тимирязева, 42



Предварительная регистрация обязательна

+7 (727) 327 72 45, +7 701 716 78 34,
+7 701 133 95 34, +7 777 211 77 88,
+7 777 345 1818

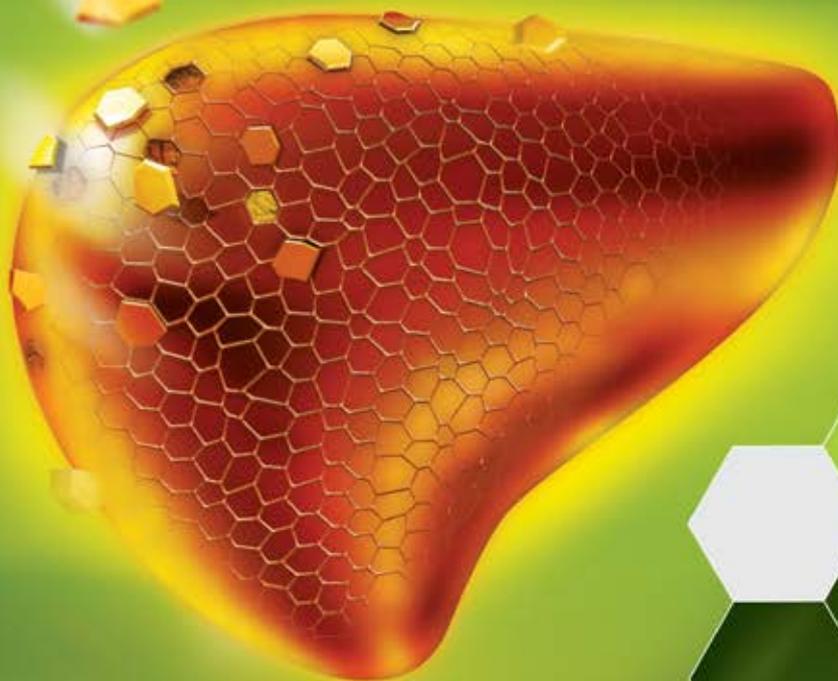


yusupova_gulzhanat@mail.ru
rano.edu@mail.ru



www.chil.kz





Эссенциале® форте Н

ЗАЩИЩАЕТ И УСКОРЯЕТ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ

АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

Эссенциальные фосфолипиды из соевых бобов, содержащие 76% (3-с-фосфатидил)-холина, 300.0 мг

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Устранение отсутствия аппетита, ощущения тяжести в правом подреберье в результате токсического повреждения печени, несбалансированного питания, при острых и хронических гепатитах, алкогольной болезни печени, лекарственного поражения печени и жировой дистрофии печени.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Эссенциале® форте Н предназначен для применения у взрослых и детей старше 12 лет (с массой тела более 43 кг). Разовая доза составляет 2 капсулы (600 мг эссенциальных фосфолипидов). Суточная доза составляет по 2 капсулы 3 раза в день (1800 мг эссенциальных фосфолипидов). Эссенциале® форте Н нужно принимать, не разжевывая, вместе с пищей, запивая достаточным количеством воды (например, стаканом воды). Продолжительность приема не менее 3-х месяцев.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНЫМ ТЕКСТОМ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ И ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Иногда: боли в желудке, легкое послабление стула.

Редко: диарея.

Очень редко: аллергические реакции в виде сыпи и крапивницы.

Частота неизвестна: зуд.

Прием Эссенциале® форте Н должен быть прекращен в случае возникновения вышеперечисленных побочных эффектов, особенно, в случае повышенной чувствительности. Пациент должен обратиться к врачу, который оценит серьезность симптома и примет адекватные меры для его устранения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Больные с известной гиперчувствительностью к соя-содержащим препаратам и/или другим компонентам препарата. Не рекомендуется принимать детям до 12 лет, во время беременности и кормления грудью.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК

Без рецепта.

SANOFI 

www.sanofi.kz – www.sanofi.com

PK-ЛС-5№016211 от 27.03.2015 г. до 27.03.2020 г.

ТОО «Санofi-авентис Казахстан»

050013, г. Алматы, ул. Фурманова, 187 «Б»

Тел.: +7(727)244 50 96 – Факс: +7(727)258 25 96