

Аптеки Казахстана

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

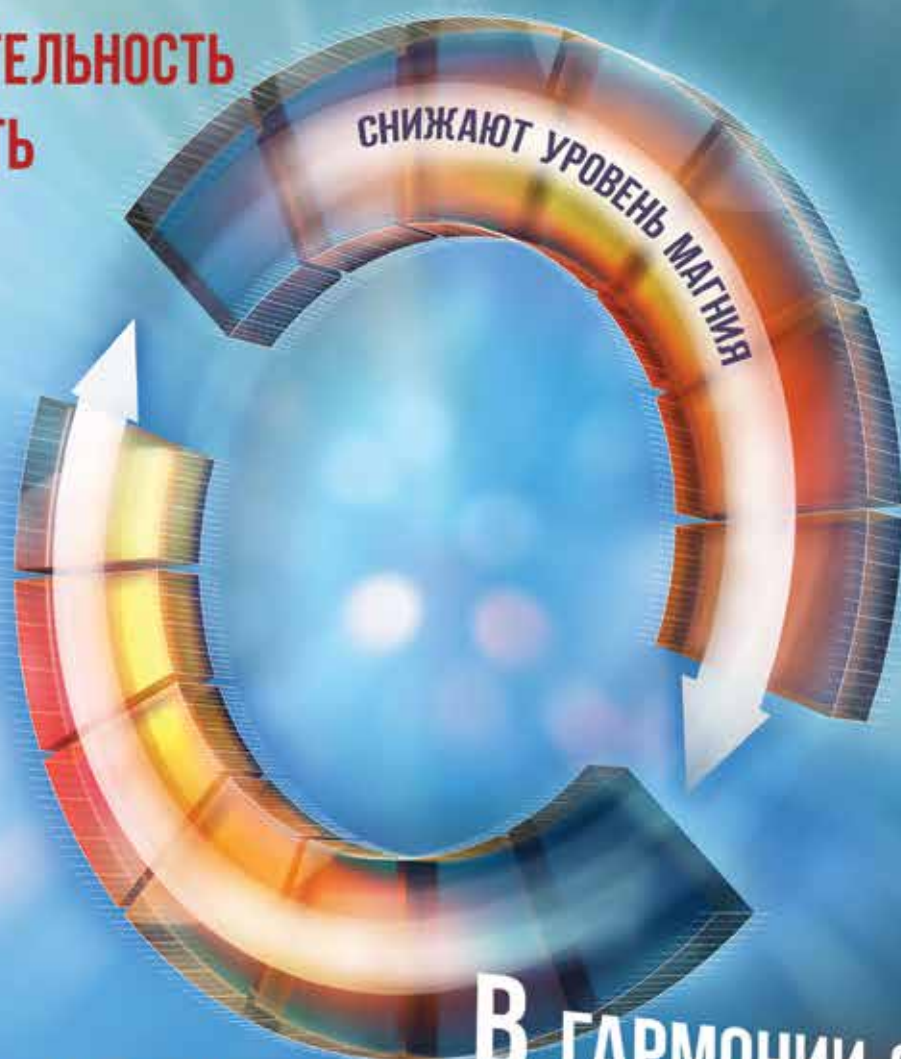
Подписной индекс: 74538



№ 1(25) • 2018



**Раздражительность
Нервозность
Усталость**



МАГНИЙ

МАГНЕ В₆[®] ПРЕМИУМ

В ГАРМОНИИ С СОБОЙ!

ВОСПОЛНЯЕТ ДЕФИЦИТ МАГНИЯ, КОТОРЫЙ ПОМОГАЕТ:

- УМЕНЬШИТЬ ЧУВСТВО УСТАЛОСТИ,
- СНИЗИТЬ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ,
- УМЕНЬШИТЬ НЕРВОЗНОСТЬ,
- УСТРАНИТЬ СПАЗМЫ МЫШЦ,
- СНЯТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ СПАЗМЫ,
- СПОСОБСТВУЕТ УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА СНА.

Показания к применению:

Установленный дефицит магния, изолированный или ассоциированный. Возникновение следующих симптомов может свидетельствовать о дефиците магния:

- нервозность, раздражительность, тревожность, периодическое ощущение усталости, умеренная сонливость;
 - признаки соматизированной тревоги в виде желудочно-кишечных спазмов или сердцебиения (без нарушений сердечной деятельности);
 - мышечные судороги (например, спазм икроножных мышц), онемение
- Способ применения и дозы:**
Таблетки следует принимать после еды, не разжевывая, заливая большим количеством воды. Взрослые и подростки старше 14 лет (с массой тела свыше 50 кг): 3-4 таблетки в сутки, разделенные на 2-3 приема, во время еды.

Дети:

Препарат в таблетках не следует назначать детям младше 6 лет. Дети в возрасте старше 6 лет (с массой тела > 20 кг): 5-10 мг/кг/сутки, что составляет 1-2 таблетки в сутки. Лечение проводится до купирования симптомов дефицита магния. Лечение следует прекратить, как только уровень магния в крови нормализуется. Если симптоматика не исчезла в течение 1 месяца, продолжение приема препарата не рекомендуется.

Беременность и период лактации:
Во время беременности и лактации суточные дозы не должны превышать 250 мг/сут для магния и 25 мг/сут для витамина В₆. Рекомендуемая суточная доза - не более 2 таблеток.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата
- тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин/ 1,73 м²)
- одновременный прием с леводопой
- тяжелые нарушения водно-солевого баланса

Особые указания:

ТАБЛЕТКИ, ПОКРЫТЫЕ ОБОЛОЧКОЙ, СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 ЛЕТ.

Побочные явления:

- диарея
- абдоминальная боль
- кожные реакции
- аллергические реакции

Условия отпуска:

Без рецепта

Перед применением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.



Уважаемые читатели!

Есть у зимы одно приятнейшее свойство: она заканчивается. И с этим радостным событием я вас от души поздравляю! Я поздравляю всех вас с 8 марта, с праздником Наурыз! Мне хочется, чтобы это время стало для вас особенным, солнечным и по-настоящему счастливым. Желаю вам любви. Какая же весна без нее! Но... во всем следует соблюдать меру.

Термин «полипрагмазия» (от «робу» – много и «прагма» – предмет, вещь) означает одновременное и нередко необоснованное назначение множества лекарств или лечебных процедур, что может навредить организму. Об этом вы прочитаете в разделе «Актуальная тема».

И фармацевты тоже болеют. Как отличить реальную болезнь сотрудника от мнимой, какие болезни являются для провизора профессиональными и как правильно оплачивать и оформлять больничный лист? Эксперты «Мастер-Класса» ответят на все вопросы.

Женская или мужская профессия фармацевта? Сколько зарабатывают провизоры в разных странах мира? Интересно?! Загляните в рубрику «Аптеки Мира».

Чтобы меньше хворать, слушайте музыку. Она повышает работоспособность и иммунитет, улучшает настроение и тонус. Какие мелодии и песни полезны, как и сколько времени их нужно слушать? Читайте об этом в «Секретах красоты и здоровья».

Боль всегда нарушает привычный ритм жизни, ограничивает движения и сопровождается проблемами с функционированием различных органов и систем. И мы чаще всего привычно тянемся за таблеткой анальгетика, чтобы заглушить разгорающийся пожар боли в самом начале, и вернуться к обычным делам. Правильно ли это? Что советуют делать в такой ситуации специалисты в области здоровья, а от чего следует воздержаться?

Вот уже 9 лет в нашей стране работает «Центр рационального использования лекарственных средств». Об этой важной организации мы расскажем в рубрике «Советы специалиста».

Но это еще не все! Много интересной и полезной информации вы найдете на страницах вашего любимого журнала «Аптеки Казахстана». Читайте! Познавайте!

Весна, приятная музыка, достаточное количество магния в организме, модный, правильно подобранный костюмчик, неужели этого недостаточно, чтобы на вашем лице сияла искренняя улыбка, а глаза блестели от счастья. Радуйтесь, любите, будьте успешны – вы этого достойны! И не забывайте важное правило: соблюдай меру и не навреди!

С уважением, Дуйсеева Тульмира



**Аптеки
Казахстана**
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

№ 1 (25), 2018

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:
Карманова Нуртолкин

Журналисты:
Владимирская Валентина,
Рахметова Айгуль, Шматова
Ольга, 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:

050016

Республика Казахстан
г. Алматы, ул. Кунаева, 21Б,

БЦ «Сәт», офис 31А

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. Саптаева, 30А/3

Содержание

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

- 6 Полипрагмазия. *Р.С. Кузденбаева*
- 9 Терапевтический эффект препарата Аква Марис® Эктоин у больных с аллергическим интермиттирующим ринитом. *М.А. Мокроносова, Т.М. Желтикова, А.С. Арефьева, Г.Д. Тарасова*
- 16 Анализ сравнительного лечения ОРВИ в эпидсезоны 2015–2016 гг. на основе результатов мультиплексной ПЦР-диагностики в условиях амбулаторной практики. *М.С. Савенкова, Е.И. Исаева, О.В. Караштина, М.Б. Шабат, Г.Н. Красева, Н.А. Абрамова, Т.Е. Красева, Р.В. Душкин*

МАСТЕР-КЛАСС

- 25 Прогульщики в коллективе, или Как вылечить мнимого больного
- 28 Социальные типы клиентов

СЕКРЕТЫ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

- 30 Музыка как лекарство!
- 36 Дефицит магния – недооцененный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний
- 38 Подчеркнуть все достоинства фигуры просто!

СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТА

- 46 Простые и сложные вопросы о муколитиках для детей. *О.И. Симонова*
- 52 Сон, сновидения и сонники у предков и современников
- 58 Как правильно помочь пациенту с болевым синдромом. *Э.В. Супрун*
- 64 Центр рационального использования лекарственных средств (ЦРИЛС)

СЕЗОН

- 66 Кожа – обновленная, как весна!

АПТЕКИ МИРА

- 74 Черный тюльпан и зеленый крест
- 78 Проклятие розовых воротничков в мировой фарме

АПТЕЧКА

- 81 Фарингосепт – нет боли в горле. *С.Х. Измайлова*

ГОРОСКОП

- 86 Гороскоп хорошего настроения

I Международный фармацевтический форум АКАДЕМИЯ ФАРМАЦЕВТА

31 мая 2018 г.

г. Алматы
ул. Тимирязева, 42
Атакент Парк Отель

В программе:

- Приемы повышения среднего чека
- Как увеличить средний чек в кризис?
- Психотипы
- Отрабатываем возражения покупателя
- Как расположить покупателя и установить контакт?
- Безконфликтная коммуникация в аптеке

Экономика маркетинга в аптеке

(Семинар для заведующих аптек и аптечных сетей)

Участие для фармацевтов – БЕСПЛАТНО

Выдача свидетельства о повышении квалификации – 54 часа

Предварительная регистрация обязательна

Генеральный спонсор



По вопросам участия обращайтесь:

тел. +7 (727) 327 7245, моб. +7 (701) 716 78 34

E-mail: yusupova_gulzhanat@mail.ru www.chil.kz



Полипрагмазия

Р.С. Кузденбаева – академик НАН РК, лауреат Государственной премии РК, г. Алматы

Стремительное развитие медицины и фармакологии привело к созданию и внедрению в практическое здравоохранение огромного количества разнообразных лекарственных препаратов, призванных излечить, спасти и улучшить состояние пациента. Стремление помочь страдающему человеку излечиться от всех развившихся у него заболеваний неизбежно приводит к назначению множества лекарственных средств.



Необоснованное, несочетаемое одновременное назначение большого количества лекарств одному больному следует считать нерациональной полифармакотерапией или лекарственной полипрагмазией.

В амбулаторных и стационарных условиях больным чаще всего одновременно назначают от 2–3 до 6–10 лекарственных препаратов и более. Необоснованное назначе-

имеющиеся у пациента болезни (желательно побыстрее), а заодно предотвратить все возможные осложнения (желательно понадежней). Назначая комбинацию из нескольких препаратов, врач не в полной мере принимает во внимание все аспекты их фармакологического (фармацевтического, фармакодинамического, фармакокинетического) взаимодействия. Достаточно боль-

любых лекарств, в изобилии присутствующих на фармрынке. Особенно этому способствует увеличение доступности безрецептурных препаратов и самолечение. По данным ВОЗ, более половины больных принимают лекарства, не обращаясь к врачу и не зная об их совместимости. Больной сам себе нередко назначает антибиотики, слабительные, жаропонижающие и анальгезирующие препараты и даже седативные, снотворные, психотропные средства, не представляя всех последствий таких злоупотреблений. Многие пациенты являются активными потребителями широко рекламируемых биологически активных добавок к пище. Таким образом, сам пациент может устроить лекарственную полипрагмазию, не уведомив лечащего врача о том, чем он дополнил назначения.

Свой «вклад» в формирование полипрагмазии вносят и аптечные работники. Так, провизоры рекомендуют самостоятельное лечение 7 из 10 больных гриппом, 64% боль-

Термин «полипрагмазия» (от «*poly*» – много и «*pragma*» – предмет, вещь) означает одновременное и нередко необоснованное назначение множества лекарств или лечебных процедур.

ние более 5 лекарственных средств одновременно считается полипрагмазией. Количество назначаемых препаратов зависит не только от тяжести состояния, сопутствующих заболеваний больного, но и от настороженности врача и самого пациента.

Врачи склоняются к полипрагмазии, стремясь вылечить сразу все

количество пациентов любит врачей, которые назначают много препаратов. Зачастую имеется порочная особенность в психологии взаимоотношений врач–пациент: «Не назначил лекарство – плохой врач».

Случаи полипрагмазии постоянно растут и по причине коммерческой доступности практически

ным острым назофарингитом и ринитом и 33,3% больным острым бронхитом. Лидерами аптечных продаж больным с «простудой» при их обращении к фармацевту являются: противопростудные комплексные препараты, препараты от кашля, препараты от боли в горле, муколитики и отхаркивающие.

Высок риск полипрагмазии у пожилых пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями, в коррекции которых они нуждаются. Установлено, что полипрагмазия встречается у 56% больных моложе 65 лет и у 73% лиц более старшего возраста. Риск побочных эффектов и даже смертельных исходов от лекарственной перегрузки здесь в 3–7 раз выше, чем в молодом возрасте. Результаты клинических исследований оценки безопасности и эффективности полифармакотерапии у пожилых пациентов показали, что одновременное назначение большого количества препаратов существенно повышает риск развития нежелательных реакций. Так, при назначении менее 6 лекарственных препаратов нежелательные эффекты возникают в 18% случаев, при назначении более 6 препаратов – у 80% пациентов пожилого возраста.

Проблема полипрагмазии актуальна и у детей. Примером может служить ОРВИ, когда ребенку зачастую одновременно назначают противовирусные, антибактериальные, муколитические и отхаркивающие, жаропонижающие, антигистаминные препараты, деконгестанты (капли в нос), иммуностропные препараты, горчичники или банки. Конечно, лекарственная нагрузка на организм ребенка увеличивается, и лечение приносит больше вреда, чем пользы. Большое количество медикаментов, принимаемых больными ОРВИ (и взрослыми, и детьми), повышает риск возникновения самых разнообразных нежелательных эффектов. Так, негативными следствиями антибактериальной терапии (часто неоправданной) являются риск формирования антибиотикорезистентности, развития побочных эффектов, а также дополнительные затраты на лечение.

Применение деконгестантов по поводу ринита, назофарингита может вызывать сердцебиение, повышение артериального давления, приводить к «синдрому рикошета». Антигистаминные препараты способны вызывать опасные нарушения сердечного ритма.

Остро стоит проблема полипрагмазии во время беременности, когда врач, а зачастую и сама женщина, без врачебной рекомендации, стремятся максимально обезопасить беременность и плод с помощью многочисленных лекарственных препаратов.

Одной из причин полипрагмазии со стороны больного является снижение приверженности пациента к лечению. Согласно исследованиям, до 30% больных не поняли объяснений врача, касающихся названий, режима приема препаратов и задач лечения, и поэтому занялись самолечением. Около 30%, выслушав врача и согласившись с ним, самостоятельно отказываются от назначенного лечения по финансовым или иным соображениям и изменяют его, предпочитая дополнять рекомендованное лечение или привычными (по сути малоэффективными) лекарствами или средствами, использовать которые им посоветовали знакомые, соседи, родственники или другие медицинские работники.

В настоящее время полипрагмазия является источником многих негативных последствий. В случаях полипрагмазии может иметь место нерациональное сочетание лекарственных средств, повышенный риск лекарственных взаимодействий, ослабляющих или усиливающих активность каждого из назначенных препаратов. Все это может, с одной стороны, приводить к возникновению нежелательных побочных эффектов, а с другой – к недостаточной клинической эффективности лекарственного лечения. Существует прямая зависимость между количеством назначаемых препаратов и нежелательными эффектами терапии. Они регистрируются у 10% больных, принимающих одновременно 8 препаратов, и у 40%, принимающих 16 препаратов.

К примеру, полипрагмазия и неадекватное применение антибактериальных препаратов приводят к формированию резистентных штаммов, дисбиозу кожи и слизистых, лекарственным гепатитам, хронизации инфекционного процесса в органах-мишенях, снижению системного и местного иммунитета. Лечение становится более длительным и малоэффективным, возникает потребность в усилении терапии.

Попадая в организм человека, лекарственные средства не только влияют на патологический процесс, но и вступают во взаимодействие друг с другом. Рациональным сочетанием препаратов удастся в ряде случаев повысить их терапевтическую эффективность, изменить особенности фармакокинетики и фармакодинамики, уменьшить токсичность. Вместе с тем хорошо известно, что лекарственное взаимодействие может приводить к очень серьезным неблагоприятным последствиям. В случае применения сразу 5–7 препаратов для лечения заболеваний различных органов в организме пациента получается «химический коктейль из препаратов», результат действия которого мало кто может предсказать. Доказано, что прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% пациентов. Прием 5 лекарственных средств увеличивает частоту таких эффектов до 50%, при приеме 10 препаратов этот показатель достигает 100%.

По данным статистических исследований, по причине негативного лекарственного взаимодействия развивается около 50% побочных реакций, а среди пациентов, умерших в результате таких реакций, приблизительно 30% скончались от взаимодействия препаратов. По статистике, 80 тыс. пациентов ежегодно погибают по причине взаимодействия лекарственных препаратов. Например, известно, что препараты, применяемые при лечении язвенной болезни желудка (омепразол, фамотидин), очень опасны при взаимодействии с другими. Они способны ингибировать систему цитохромов и таким образом изменять концентрацию и действие других лекарственных веществ.

Поэтому сегодня любой врач должен очень тщательно собирать анамнез, устанавливать, какие еще препараты на данный момент принимает пациент. С целью профилактики неблагоприятных последствий, предотвращения снижения эффективности одного и/или обоих из применяемых препаратов наиболее оправданным является подбор комбинации лекарственных средств с наименьшей степенью взаимодействия.

Небезобидны в плане риска лекарственных взаимодействий и биологически активные добавки и даже травы. Возможна ситуация, когда пациент самостоятельно принимает травяные сборы, и этот факт «остается за кадром» в процессе подбора необходимой терапии, что не всегда безопасно. Например, трава зверобоя является мощным индуктором одного из семейства цитохромов, что приводит к снижению концен-

которые имеют защитный характер (лихорадка, продуктивный кашель при бронхите, диарея и рвота при кишечных инфекциях), другие – безопасны (сыпь при некоторых вирусных инфекциях), третьи лечатся по строгим показаниям.

Другой подход к профилактике избыточного использования препаратов – применение лишь тех из них,

с двумя и более путями выведения;

- каждое назначение нового препарата должно быть тщательно взвешенным с учетом особенностей действия препарата (фармакокинетики и фармакодинамики) и побочных эффектов, с ними следует ознакомить и самого больного. Прописыва-



Согласно древним постулатам при лечении каждого конкретного больного следует соблюдать принципы: *est modus in rebus* (соблюдай меру) и *non nocere* (не навреди)

трации оральных контрацептивов, циклоспорина, симвастатина, и ряда других препаратов. Клинически это проявляется недостаточным терапевтическим эффектом данных препаратов. В контексте этой проблемы необходимо учитывать и возможные реакции препаратов с пищей, алкоголем и др.

Таким образом, в настоящее время полипрагмазия остается широко распространенной проблемой в современной клинической медицине, причины ее многообразны, многие аспекты полифармакотерапии остаются еще малоизученными.

Основным путем предупреждения полипрагмазии является сформулированное известным терапевтом и клиническим фармакологом Б.Е. Вотчалом правило: «Поменьше лекарств: только то, что совершенно необходимо».

Одним из средств борьбы с полипрагмазией является четкое представление о том, что далеко не все симптомы надо лечить. Не-

эффективность которых считается доказанной, а безопасность достаточно велика, чтобы не пришлось потом лечить побочные эффекты от их использования.

При лечении пожилых пациентов следует придерживаться следующих принципов:

- «режима малых доз» в отношении почти всех препаратов, за исключением антибактериальных;
- правильно избирать пути выведения лекарств из организма пожилого человека, отдавая предпочтение препаратам

вая новое лекарство, необходимо подумать, не стоит ли отменить какое-то «старое»;

- больной (конечно, кроме urgentных ситуаций) не должен получать более 4 препаратов одновременно, а вопросы увеличения объемов лечения должны решаться совместно несколькими специалистами (консилиумом). При совместном обсуждении легче предугадать возможное лекарственное взаимодействие, реакцию целостного организма.

В заключение следует подчеркнуть, что лечение будет успешным только тогда, когда применяется как можно меньше лекарств и строго по назначению врача.

Список литературы

1. Байрак Д.М. О проблеме полипрагмазии вообще и в оториноларингологии в частности // Новости медицины и фармации. – 2009. – №16 (290).
2. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии. – М.: Изд-во «Бионика», 2002.
3. Вотчал Б.Е. Проблемы и методы современной терапии. Труды 16-го Всесоюзного съезда терапевтов. – М.: Медицина, 1972. – С. 215–9.
4. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н., Ефремов Л.И. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы // <http://www.consilium-medicum.com/magazines/cm/medicum/article/6452>.
5. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология: пер. с англ.: В 2-х т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1991. – 656 с.

УДК 616.211-002-056.3

Терапевтический эффект препарата Аква Марис® Эктоин у больных с аллергическим интермиттирующим ринитом

М.А. Мокроносова¹ – д.м.н., зав. лабораторией, Т.М. Желтикова¹ – д.б.н., А.С. Арефьева¹ – младший научный сотрудник, Г.Д. Тарасова² – д.м.н., главный научный сотрудник

¹ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», г. Москва

² ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии»

Федерального медико-биологического агентства России», г. Москва

Цель работы: оценить терапевтическую эффективность препарата Аква Марис® Эктоин в качестве «барьерного средства» при терапии больных АИР.

Пациенты и методы. Обследование проводили с 17 апреля по 24 мая 2015 г. в Московском регионе. Под наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с АИР. Согласно общепринятым стандартам диагностики, обследование включало: данные анамнеза, анкетирования, кожных проб с основным набором ингаляционных аллергенов, определение специфических IgE-антител в сыворотке крови к пыльцевым аллергенам, цитологический анализ назального секрета, оториноларингологический осмотр с регистрацией топических симптомов. Используемый в работе спрей для носа Аква Марис® Эктоин – натуральный продукт, содержит комбинацию эктоина и изотонического раствора морской соли. Пациентам назначали препарат Аква Марис® Эктоин по следующей схеме: по 1–2 впрыскивания в каждую половину носа 3–4 раза в день. При необходимости препарат разрешалось использовать так часто, как это было необходимо.

Результаты. Все пациенты были распределены на три группы:

- 1-я группа – пациенты, у которых применение препарата Аква Марис® Эктоин приводило к снижению симптомов (20 из 34 пациентов – 59%);
- 2-я группа – пациенты, у которых состояние ухудшилось (6 из 34 пациентов – 18%);
- 3-я группа – пациенты, у которых выраженность клинических симптомов АИР не изменилась (8 из 34 пациентов – 23%).

Таким образом, пациентов, у которых применение препарата Аква Марис® Эктоин приводило к снижению симптомов, было в 2,6 и 3,3 раза больше, чем пациентов, у которых выраженность клинических симптомов АИР не изменилась или у которых состояние ухудшилось. Наибольшее количество пациентов отмечало улучшение состояния по следующим симптомам: воспаление конъюнктивы и век, слезотечение, зуд в носу, стекание отделяемого по задней стенке глотки, нарушение обоняния на фоне снижения концентрации эозинофилов в назальном секрете.

Заключение. Таким образом, использование монотерапии препаратом Аква Марис® Эктоин на ранних этапах развития аллергического сезонного воспаления в верхних дыхательных путях позволяет существенно снизить антигенную нагрузку на слизистую оболочку полости носа сенсibilизированного организма. В этой связи включение препарата Аква Марис® Эктоин в стандарт лечения аллергического ринита в качестве «барьерного средства» представляется актуальным.

Ключевые слова: *аллергический ринит, пыльца, барьерная терапия.*

M.A. Mokronosova¹ – MD, Head of Clinic, T.M. Zheltikova¹ – Doctor of Biological Sciences, A.S. Aref'eva¹ – junior research associate, G.D. Tarasova² – MD, chief research associate

¹ Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Research Institute of Vaccines and Serums named after I.I. Mechnikov, Moscow

² Federal State Budgetary Institution Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology to the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow

Therapeutic effect of the preparation Aqua Maris® Ectoin in patients with allergic intermittent rhinitis

The objective of the work: to assess therapeutic efficacy on the preparation Aqua Maris® Ectoin as a «barrier solution» for patients with AIR.

Patients and methods. The examination was performed at the period of April, 17 to May 24, 2015 in Moscow region. 36 patients at the age of 20 to 45 years with AIR were observed. According to the general diagnostic standards the examination included: medical history data, survey, skin test with the basic set of inhalation allergens, defining the specific IgE-antibodies to pollen antigens in the serum, cytological analysis of the nasal secretion, otorhinolaryngological examination with the topical syndromes record.

The spray Aqua Maris® Ectoin used in the work is a natural product that contains a combination of ectoin and isotonic solution of sea salt. The patients were prescribed the preparation Aqua Maris® Ectoin according to the following treatment regimen: 1–2 spray into each nostril 3–4 times per day. When required the preparation was allowed to use as frequently as necessary.

Results. All the patients were divided into 3 groups:

- Group 1 – the patients in which the application of the preparation Aqua Maris® Ectoin resulted in reduction of the syndromes (20 of 34 patients; 59%);
- Group 2 – the patients in which the condition became worse (6 of 34 patients; 18%);
- Group 3 – the patients in which the AIR symptoms severity did not change (8 of 34 patients; 23%).

Therefore, the number of patients in which the application of the preparation Aqua Maris® Ectoin resulted in reduction of the syndromes exceeded the number of patients where the AIR symptoms severity did not change or the condition became worse, by 2,6 and 3,3 times.

The highest number of patients noted the following symptoms of deterioration of the condition: conjunctiva and lids inflammation, tears, nasal itching, post-nasal drip, impaired olfaction against the background of the low concentration of eosinophils in the nasal secretion.

Conclusion. Therefore, the application of the monotherapy with the preparation Aqua Maris® Ectoin at the early stage of development of allergic seasonal inflammation of the upper respiratory tract provides significant decrease in the allergic load on the nasal mucosa of the sensitized organism. In view of this fact, the inclusion of the preparation Aqua Maris® Ectoin into the standard of allergic rhinitis treatment as a «barrier solution» is deemed important.

Keywords: *allergic rhinitis, pollen, barrier therapy.*

Аллергический интермиттирующий ринит (АИР) – сезонное заболевание, обусловленное аллергическим воспалением слизистой оболочки полости носа, вызванным сенсibilизацией к пыльце растений и появлением в атмосфере пыльцевых аллергенов [1, 2]. На протяжении XX века во многих странах отмечался рост заболеваемости поллинозом. Так, в Швейцарии в 1926 г. сенной лихорадкой страдало 0,82% населения, в 1958 г. – 4,8%, в 1985 г. – уже 9,6%, а к 1995 г. этот показатель увеличился до 14,2% [3, 4]. Пик заболеваемости приходится на молодой возраст. Например, по данным эпидемиологических исследований, проведенных во Франции, аллергическим сезонным ринитом страдают 5–6% детей, 11–18% подростков и 25% молодых взрослых [5]. В зависимости от сроков цветения различных растений, экспозиции пыльцевых аллергенов и индивидуальной чувствительности выраженность проявлений ринита среди пациентов значительно варьирует [4].

Пыльца ветроопыляемых (анемофильных) растений, циркулирующая в воздухе в высокой концентрации, обладает высокой

аллергенной активностью. Выброс пыльцы у большинства растений происходит ранним утром, но ее концентрация в воздухе достигает максимальных значений днем или ранним вечером. Пыльцевые зерна имеют размер от 10 до 200 мкм. Однако наибольший интерес представляют размеры пыльцы березы, ольхи, злаков, являющихся доминирующими аллергенами в средней полосе России. Их размеры варьируют в диапазоне 15–30 мкм. В результате многолетних наблюдений была установлена зависимость содержания пыльцевых зерен в воздухе от абиотических факторов и метеорологических условий. В дождливые дни концентрация пыльцы резко уменьшается, однако повышение влажности способствует дезагрегации пыльцевых зерен с образованием более мелких частиц, способных проникать в нижние дыхательные пути. Суммарное содержание пыльцевых зерен в разгар цветения растений в средней полосе Европы и России может достигать 3000–15000 пыльцевых зерен/м³ атмосферного воздуха [4, 6, 7].

Пыльцевые зерна, попав в атмосферу, быстро разрушаются, образуя мелкие частицы, содержащие

белковые молекулы с аллергенной активностью. В связи с этим некоторые авторы считают недостаточным определение содержания в воздухе лишь неповрежденных пыльцевых зерен, поскольку концентрация аллергенов не всегда соответствует концентрации самой пыльцы [6].

В то же время в естественных условиях для проявления первых клинических симптомов поллиноза у наиболее чувствительных пациентов достаточно концентрации 20 зерен/м³ [8]. Это связано, по-видимому, с тем, что длительное время экспозиции приводит к тому, что в органах-мишенях накапливается значительное количество аллергенов. Например, на поверхности эпителия дыхательных путей концентрация их может достигать более 1 мг/мл, что достаточно для возникновения аллергического воспаления.

Контакт слизистой оболочки дыхательных путей больных поллинозом с пыльцевыми аллергенами вызывает развитие эозинофилии в назальном секрете [9, 10]. Тяжесть клинических проявлений поллиноза коррелирует с концентрацией пыльцы в атмосфере [8]. Ранее нами

была выявлена прямая зависимость между концентрацией пыльцевых зерен ветроопыляемых деревьев в атмосфере и уровнем эозинофилии назального секрета у пациентов с поллинозом [11]. Однако, учитывая многофакторный генез заболевания, корреляция между тяжестью течения АИР, содержанием эозинофилов в назальном секрете и концентрацией пыльцы в атмосфере у различных пациентов варьирует [12].

Одним из важных этапов терапии АИР принято считать ограничение (прекращение) контакта слизистой оболочки дыхательных путей с пыльцой [5] и др. Таким образом, актуальна разработка профилактических мероприятий по элиминации и предотвращению контакта пыльцы со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей.

Цель исследования. Оценить терапевтическую эффективность препарата Аква Марис® Эктоин в качестве «барьерного средства» при терапии больных АИР.

Пациенты и методы исследования

Обследование проводили с 17 апреля по 24 мая 2015 г. в Московском регионе. Под наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с АИР. Согласно общепринятым стандартам диагностики, обследование включало: данные анамнеза, анкетирование, кожные пробы с основным наборо-

ром ингаляционных аллергенов, определение специфических IgE-антител в сыворотке крови к пыльцевым аллергенам, цитологический анализ назального секрета, оториноларингологический осмотр с регистрацией топических симптомов.

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) наличие подтвержденной анализами моноаллергии к пыльце деревьев;
- 2) возраст от 18 до 60 лет;
- 3) пациенты обоего пола;
- 4) пациенты, получившие два курса АСИТ;
- 5) наличие АИР легкой и средней степеней тяжести;
- 6) подписание информированного согласия.

Критерии исключения:

- 1) наличие АИР тяжелой степени;
- 2) пациенты менее 18 лет и старше 60 лет;
- 3) наличие острого воспалительного процесса любой локализации;
- 4) наличие психического заболевания, не позволяющего пациенту участвовать в исследовании;
- 5) некомплаентность пациента;
- 6) наличие искривления перегородки носа со значительным затруднением носового дыхания;
- 7) операции в полости носа менее 1 месяца назад;
- 8) использование топических и системных противоаллергических препаратов.

Пациенты были обследованы дважды: на первом визите, который

выполняли в конце апреля перед началом цветения березы, и на втором – в середине мая. В момент обращения и в процессе обследования пациенты не получали лекарственную противоаллергическую терапию.

Все пациенты заполняли регистрационную карту.

Риноцитограмма. Назальный секрет собирали из обеих половин носа на предметное стекло. Препарат окрашивали отдельным методом красителями эозином и азуром. Подсчитывали не менее 200 клеточных элементов и определяли процентное содержание нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, эпителиальных клеток, наличие гранул. Исследование больным осуществляли дважды: до курса терапии и после использования препарата Аква Марис® Эктоин.

Препарат Аква Марис® Эктоин. Аква Марис® Эктоин – спрей для носа – натуральный продукт, который содержит комбинацию эктоина и изотонического раствора морской соли. Препарат за счет формирования на поверхности слизистой оболочки полости носа своеобразного «водного щита» (Эктоин Гидрокомплекс) препятствует адгезии аллергенов и других инородных частиц. Входящая в состав препарата морская соль (вспомогательный ингредиент) способствует регенерации слизистой оболочки, поврежденной под воздействием аллергенов.

Пациентам назначали препарат Аква Марис® Эктоин по следующей

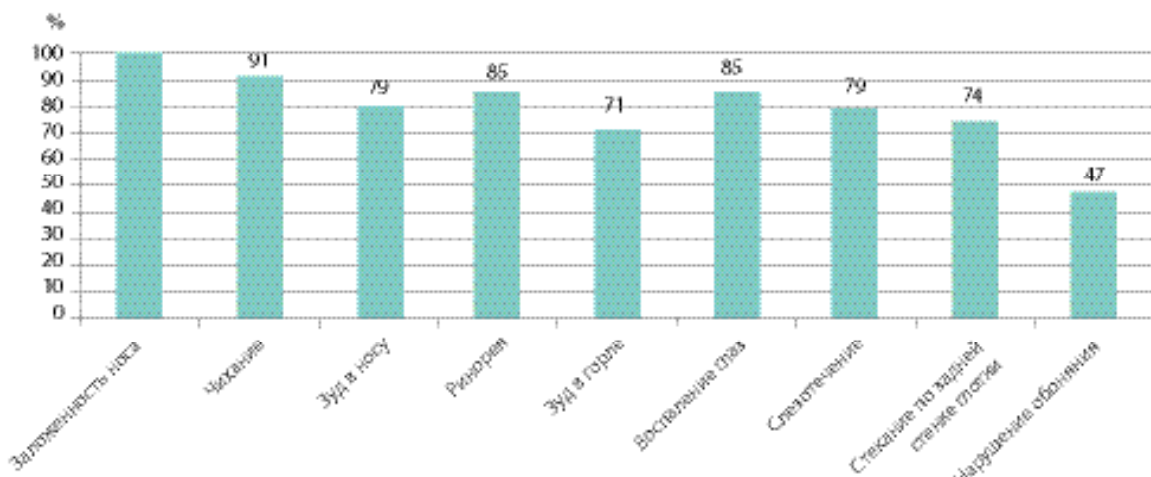


Рисунок 1. Частота выявления различных клинических симптомов (%) АИР у обследованных больных (n=34)

схеме: по 1–2 впрыскивания в каждую половину носа 3–4 раза в день. При необходимости препарат разрешалось использовать так часто, как это было необходимо.

Данные по пыльцевому мониторингу брали на сайте <http://www.allergology.ru/monitoring.aspx>, <http://www.allergology.ru/monitoring/archive.aspx>. В качестве модельного объекта была выбрана пыльца березы, поскольку в средней полосе России это один из ведущих пыльцевых аллергенов.

Статистические методы исследования. Статистическую обработку количественных данных выполняли с помощью статистических формул программы Microsoft Office Excel 2010 и Statistika 6.0.

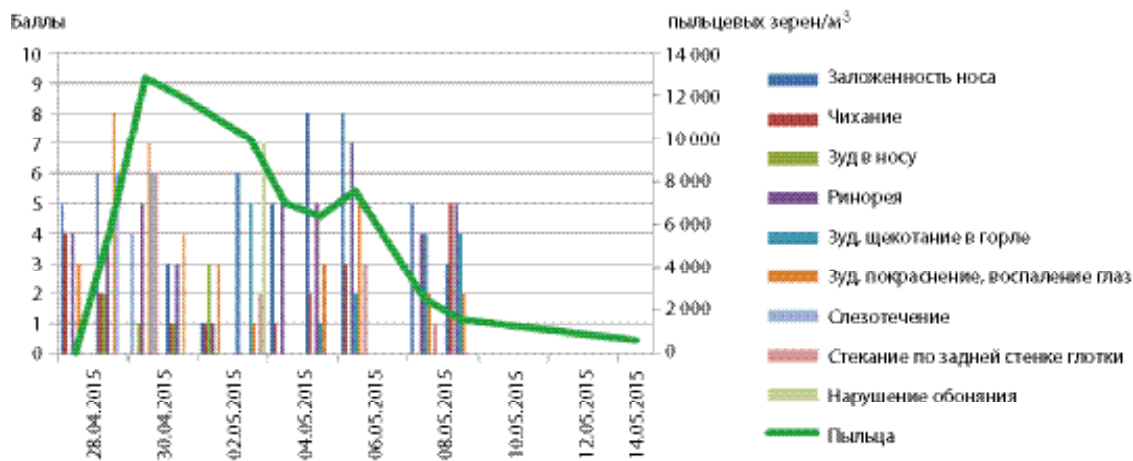


Рисунок 2. Динамика симптомов (снижение) до и после лечения препаратом Аква Марис® Эктоин (группа 1)

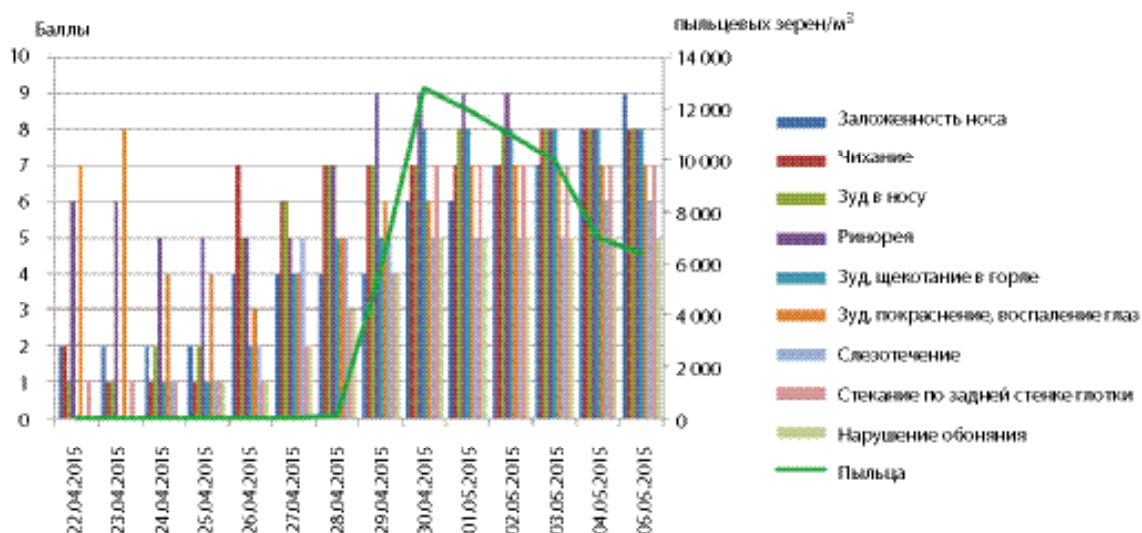


Рисунок 3. Динамика симптомов (нарастание) до и после лечения препаратом Аква Марис® Эктоин (группа 2)

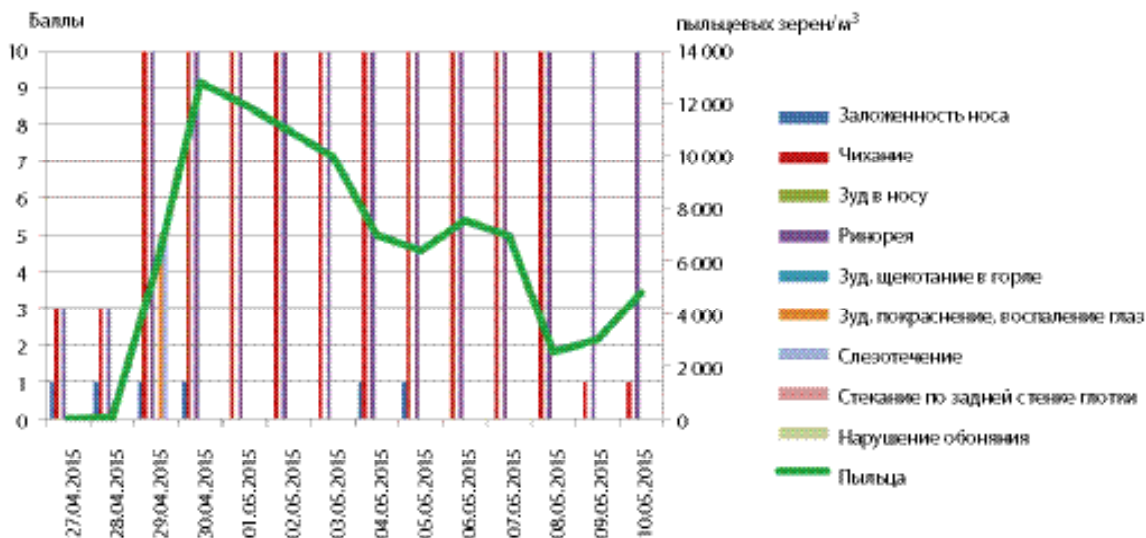


Рисунок 4. Отсутствие динамики симптомов до и после лечения препаратом Аква Марис® Эктоин (группа 3)

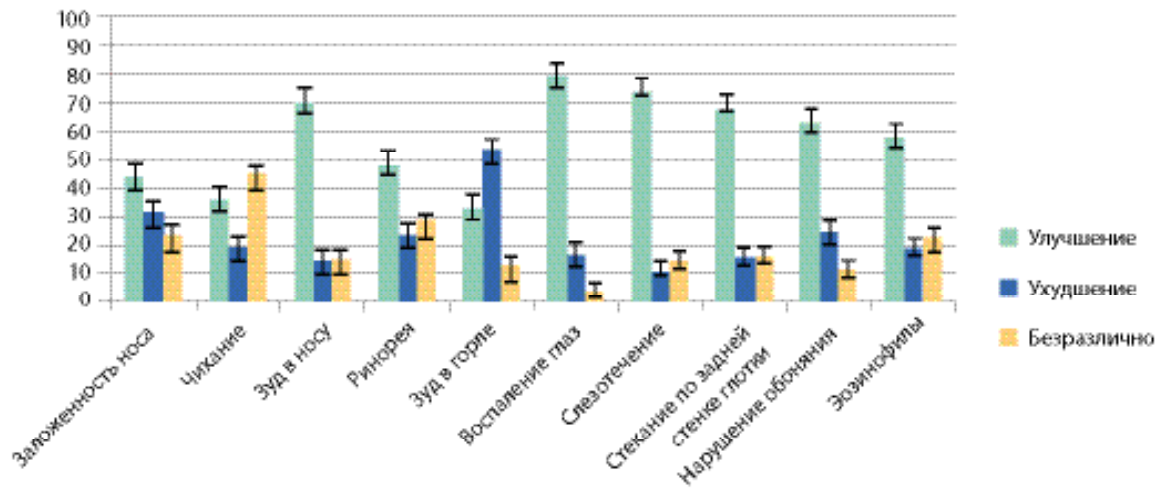


Рисунок 5. Терапевтический эффект препарата Аква Марис® Эктоин у больных с АИР (%)

Результаты и обсуждение

В исследование были отобраны 36 пациентов с АИР, 2 из которых не полностью заполнили регистрационную карту и выбыли из исследования. Среди всех оставшихся 34 пациентов была зарегистрирована заложенность носа. Другие симптомы АИР были выявлены в разной степени выраженности и не у всех пациентов (рис. 1).

Все пациенты по результатам данных анамнеза, оториноларингологического и аллергологического осмотра при включении в исследование и при выходе из него (по его результатам) были распределены на три группы.

В 1-ю группу вошли пациенты, у которых применение препарата Аква Марис® Эктоин приводило к снижению симптомов (20 из 34 пациентов – 59%) (рис. 2).

Во 2-ю группу вошли пациенты, у которых состояние ухудшилось (6 из 34 пациентов – 18%) (рис. 3).

3-я группа состояла из больных, у которых выраженность клинических симптомов АИР в большинстве случаев не изменилась (8 из 34 пациентов – 23%) (рис. 4).

Таким образом, пациентов, у которых применение препарата Аква Марис® Эктоин приводило к снижению симптомов, было в 2,6

и 3,3 раза больше, чем пациентов, у которых выраженность клинических симптомов АИР не изменилась или у которых состояние ухудшилось.

Наибольшее количество пациентов отмечало улучшение состояния по следующим симптомам: воспаление конъюнктивы и век, слезотечение, зуд в носу, стекание отделяемого по задней стенке глотки, нарушение обоняния на фоне снижения концентрации эозинофилов в назальном секрете (табл., рис. 5).

Элиминационная терапия (предотвращение (прерывание) контакта аллергена и организма человека) является неотъемлемой

Таблица. Терапевтический эффект препарата Аква Марис® Эктоин у больных с АИР, абс./%

Симптомы	Терапевтический эффект		
	Улучшение	Ухудшение	Безразлично
Заложенность носа (n=34/100%)	15/44	11/32	8/24
Чихание (n=31/91%)	11/36	6/19	14/45
Зуд в носу (n=27/79%)	19/70	4/15	4/15
Ринорея (n=29/85%)	14/48	7/24	8/28
Зуд в горле (n=24/71%)	8/33	13/54	3/13
Воспаление глаз (n=29/85%)	23/79	5/17	1/4
Слезотечение (n=27/79%)	20/74	3/11	4/15
Стекание по задней стенке глотки (n=25/74%)	17/68	4/16	4/16
Нарушение обоняния (n=16/47%)	10/63	4/25	2/12
Эозинофилы в назальном секрете (n=36)	21/58	7/19	8/23

и наиболее важной частью комплексной терапии АИР. Элиминация пыльцы со слизистой оболочки дыхательных путей может осуществляться несколькими путями:

- первый – это переезд в другую климатическую зону, где отсутствует растительность, вызывающая сенсibilизацию;
- второй – это пребывание в закрытом помещении, снабженном качественными воздухоочистителями, в течение периода палинации деревьев;
- третий – вымывание пыльцевых зерен из полости носа с помощью изотонического солевого раствора;
- четвертый состоит в защите слизистой оболочки дыхательных путей путем нанесения на нее «барьерных» препаратов, препятствующих проникновению аллергенов в организм человека. Они, образуя пленку

на поверхности слизистой оболочки, «разобщают» аллерген и организм человека и выполняют барьерную роль. Недавно в клиническую практику вошли так называемые «барьерные средства», которым и является Аква Марис® Эктоин. Учитывая то, что первые два метода достаточно проблематичны для многих больных, страдающих поллинозом, третий и четвертый методы доступны каждому как легко воспроизводимые и безвредные.

В период с 17 апреля по 24 мая 2015 г. в Московском регионе была определена эффективность монотерапии препаратом Аква Марис® Эктоин больных с АИР. Исследования показали, что у различных пациентов симптомы АИР «реагировали» на терапию препаратом Аква Марис® Эктоин по-разному. В целом отмеченный пациентами терапевтический эф-

фект от этого препарата проявлялся не у всех пациентов с АИР и не предотвращал развития симптомов заболевания полностью. При этом ряд больных указывали на положительный профилактический эффект препарата. Никаких побочных действий и негативных явлений при приеме препарата ни больные, ни врачи в процессе исследования не отметили.

Заключение

Использование монотерапии препаратом Аква Марис® Эктоин на ранних этапах развития аллергического сезонного воспаления в верхних дыхательных путях позволяет существенно снизить антигенную нагрузку на слизистую оболочку полости носа сенсibilизированного организма. В этой связи включение препарата Аква Марис® Эктоин в стандарт лечения аллергического ринита в качестве «барьерного средства» представляется актуальным.

Список литературы

1. Johansson S., Hourihane J., Bousquet J. A revised nomenclature for allergy // *Allergy*. – 2001. – Vol. 56, N9. – P. 813–824.
2. Гуцин И.С., Ильина Н.И., Польнер С.А. Аллергический ринит. Пособие для врачей. – М., 2002. – 72 с.
3. Cauwenberg P., Cipriandi G., Vermeiren J.S. Epidemiology of allergic rhinitis // *The USB Institute of allergy*. – 2001. – P. 27.
4. Адо В.А., Астафьева Н.Г. Поллинозы: Повышенная чувствительность к пыльце растений. – М.: Знание, 1991. – 224 с.
5. Asher I., Anderson H., Beasley R. International Survey of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods // *Eur Respir J*. – 1995. – Vol. 8. – P. 483–491.
6. Glassheim J., Ledoux R., Vaughan T., Damiano M.A., Goodman D.L., Nelson H.S., Weber R.W. Analysis of meteorologic variables and seasonal aeroallergen pollen counts in Denver, Colorado // *Ann Allergy Asthma Immunol*. – 1995. – Vol. 75, N2. – P. 149–156.
7. Severova E., Plevova S. Aeropalynological calendar for Moscow 1994 // *Ann. Agric. Environ. Med*. – 1996. – N3. – P. 115–119.
8. Rapijko P., Stanlaewicz W., Szczgielski K., Jurkiewicz D. Threshold pollen count necessary to evoke allergic symptoms // *Otolaryngol. Pol*. – 2007. – Vol. 61, N4. – P. 591–594.
9. Laaidi K., Besancenot J., Carli P. Evolution of eosinophilia during the pollen season among the general population: a way of determining new sensitizations // *Allerg Immunol (Paris)*. – 2002. – Vol. 34, N1. – P. 8–13.
10. Marccuci F., Sensi L.G., Migali E., Coniglio G. Eosinophil cationic protein and specific IgE in serum and nasal mucosa of patients with grass-pollen allergic rhinitis and asthma // *Allergy*. – 2001. – Vol. 56, N3. – P. 231–236.
11. Мокронослова М.А., Сергеев А.В., Кочетова Ю.И. Влияние экспозиции аллергенов пыльцы деревьев на содержание эозинофилов в назальном секрете больных поллинозом // *Успехи современного естествознания*. – 2003. – №2. – С. 73–76.
12. Сергеев А.В. Особенности сенсibilизации к пыльцевым и пищевым аллергенам растительного происхождения у больных поллинозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 16 с.
13. Annesi-Maesano I., Didier A., Klossek M. The Score for Allergic Rhinitis: a simple and valid assessment method in population studies // *Allergy*. – 2002. – Vol. 57, N2. – P. 107–114.
14. Желтикова Т.М., Тарасова Г.Д., Мокронослова М.А. Элиминация бытовых аллергенов как профилактика аллергических ринитов // *Рос. оториноларингология*. – 2003. – №2. – С. 221–225.

АКВА МАРИС®

спрей назальный 20 мл

ЭКТОИН

Профилактика и лечение аллергического насморка!

ПЫЛЬЦА РАСТЕНИЙ

ПЫЛЬ

ШЕРСТЬ ЖИВОТНЫХ



**ОБРАЗУЕТ ЗАЩИТНЫЙ
ГИДРОКОМПЛЕКС, БЛОКИРУЮЩИЙ
РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ**

- Облегчает симптомы аллергии:
зуд, насморк, чихание и заложенность носа
- Снижает неблагоприятное воздействие аллергенов на
раздраженную слизистую оболочку носа

Основные противопоказания: детский возраст до 2-х лет

Основные побочные действия: не выявлены.

Условия отпуска из аптек: без рецепта



Представительство ЯДРАН – ГАЛЕНСКИ ЛАБОРАТОРИЙ а.о.
в РК, г. Алматы, ул. Жамбаева, 126.
тел. +7 727 271 80 44
www.jadran.ru



Взрослым и детям с 2-х лет

PK-MIN-5 №01887 от 17.09.2013 г. до 17.09.2018 г.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Анализ сравнительного лечения ОРВИ в эпидсезоны 2015–2016 гг. на основе результатов мультиплексной ПЦР-диагностики в условиях амбулаторной практики

М.С. Савенкова¹, Е.И. Исаева², О.В. Караштина³, М.Б. Шабат³, Г.Н. Красева³, Н.А. Абрамова³, Т.Е. Красева³, Р.В. Душкин⁴

¹ Кафедра клинической функциональной диагностики ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

² ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи МЗ РФ, г. Москва

³ ОКДЦ ПАО «Газпром», г. Москва

⁴ ООО «Алоль», г. Москва

Представлены результаты исследования, целью которого стало выявление преобладающих возбудителей, циркулирующих в Москве, для выбора эффективного противовирусного лечения. В результате выявлена значимая статистическая зависимость у детей, получавших Кагоцел, по сравнению с детьми, находившимися на симптоматической терапии, тогда как при лечении умифеновиром такой связи получено не было.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, полимеразная цепная реакция в режиме реального времени, Кагоцел.

M.S. Savenkova¹, E.I. Isaeva², O.V. Karashtina³, M.B. Shabat³, G.N. Kraseva³, N.A. Abramova³, T.E. Kraseva³, R.V. Dushkin⁴

¹ Department of Clinical Functional Diagnostics FSBEI HE RNSMU n.a. N.I. Pirogov of RMH, Moscow

² FNIC of epidemiology and Microbiology n.a. N.F. Gamal of RMH, Moscow

³ RADC PAO «Gazprom», Moscow

⁴ ООО «Алоль», Moscow

Comparative analysis of treatment of ARVI in the 2015–2016 epidemic season based on the results of the multiplex PCR-RT diagnostics in outpatient practice

The results of the study, the aim of which was to identify the predominant pathogens circulating in Moscow, to select effective antiviral treatment. As a result, was found a significant statistical dependence in children receiving Kagocel, compared with children who were on the symptomatic treatment, while during the treatment with umifenovir such dependence has not been achieved.

Key words: acute respiratory viral infections, real-time polymerase chain reaction, Kagocel

Эпидемические подъемы заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) ежегодно возникают в осенне-зимний период времени. Этому обстоятельству способствует легкость передачи воздушно-капельных инфекций от больного при острой форме заболевания. Вирусы также передаются и при стертых формах заболевания. Частым респираторным заболеваниям способствует и формирование нестойкого постинфекционного иммунитета. Особенно короткий постинфекционный иммунитет свойствен вирусам гриппа, при парагриппозной и респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (РСВ) – более продолжительный: 3–5 лет. Более стойкий иммунитет вырабатывается к адено- и риновирусам [1]. К перечисленным выше причинам эпидемий относится высокая изменчивость вируса гриппа за счет возникновения новых мутаций в вирусном геноме.

Клиническая симптоматика респираторных инфекций во многом зависит от биологических свойств вирусов, их тропизма к слизистой оболочке дыхательного тракта. Для лиц, окружающих больного, эпидемиологическую опасность определяют два фактора: количество вируса в слизи верхних дыхательных путей и выраженность катарального синдрома у больного человека. Известно, что заразный период при разных ОРВИ варьируется. В среднем его продолжительность определяется типом вируса и составляет от нескольких часов (например, при гриппе) до нескольких дней – при других ОРВИ. Как известно, тяжесть респираторных заболеваний может быть различной – от легких до тяжелых случаев, обусловленных не только симптомами поражения респираторного тракта, но и осложнениями бактериального характера. Очевидно, что и подходы к лечению в амбулаторных и госпитальных условиях, и выбор препаратов могут быть различными.

Начиная с 2009 г. отмечен быстрый рост заболеваемости ОРВИ, обусловленный эпидемией гриппа А/Калифорния/7/2009 (H1N1)pdm09, затем в 2014 г. наблюдался некоторый спад. В 2015 г. болели в 3,8 раза больше человек, чем в 2014 г. В 2015 г. эпидемический период пришелся на январь–март месяцы. Анализ данных известных сайтов, отражающих динамику заболевания респираторными инфекциями, в част-



ности Роспотребнадзор, показал, что подъем заболеваемости в 2015 г. начался в январе и продолжался фактически по апрель. Однако четкая статистика по гриппу и гриппоподобным заболеваниям в России практически отсутствует.

По своей распространенности в период эпидемии гриппа острые респираторные заболевания занимают первое место. Известно более 200 разных вирусов, вызывающих ОРВИ. Тем не менее благодаря новым методам диагностики на практике появилась возможность диагностировать наиболее часто циркулирующие вирусы респираторной группы в человеческой популяции. Наряду с вирусами гриппа в группу ОРВИ входят следующие: парагрипп, риновирусная инфекция, аденовирусная, респираторно-синцитиальная инфекции, а также рео-, корона-, метапневмо- (HMPV – human metapneumovirus), бокавирусная (HBoV – human bocavirus).

Следует отметить, что в последние годы диагностике ОРВИ, особенно в условиях поликлиники, уделялось недостаточно внимания. Данное обстоятельство можно объяснить тем, что ОРВИ – заболевания в основном скоротечные и лишь тяжелые формы и осложнения требуют госпитализации в стационар.

К основным методам диагностики гриппа и ОРВИ относятся виру-

соскопические, вирусологические, серологические. Диагностика ОРВИ и гриппа в 1970–1980-е гг. основывалась на выделении вирусных антигенов с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунофлуоресцентного (ИФМ) свечения. Затем появились методы с определением титров специфических антител в парных сыворотках и значительно позже – метод исследования крови на основе выявления специфических антител к респираторным вирусам (IgG и IgM). Обнаружение антител не выявляет самого возбудителя, а регистрирует ответ организма на инфекцию. Однако эти методы требуют времени (от нескольких дней до 10–14 дней). Многие методы диагностики ОРВИ на современном этапе развития медицины трудоемки и сложны. К таковым относятся культуральные методы, требующие дополнительных материалов (куриных эмбрионов, аллантоисной или амниотической жидкости). Подтверждение диагноза с помощью культурального метода продолжается несколько дней, а это с учетом скоротечности заболевания нецелесообразно.

В настоящее время разработаны специальные тесты для быстрого определения антигена вируса (например, гриппа). К ним относятся латекс-тесты на определение антигена вируса гриппа А.

Однако традиционные методы не позволяют одновременно и с вы-

сокой чувствительностью выявлять в клинических образцах основные группы респираторных вирусов.

В последние годы более актуальным и целесообразным стал метод ПЦР (полимеразная цепная реакция)-диагностики в режиме «реального времени» (ПЦР-РВ – Real-Time PCR), который используется для одновременной амплификации и определения количества ДНК искомой молекулы. Преимуществом данного метода служит возможность совмещения детекции и количественного определения специфической последовательности ДНК в образце в реальном времени после каждого цикла амплификации [2].

Мультиплексная (мультипраймерная) ПЦР – это одновременная амплификация двух и более последовательностей ДНК в одной пробе. К преимуществам данного метода по сравнению с аналогичными относится возможность определения нуклеиновых кислот (НК) нескольких типов вирусов в одной пробирке [2]. С точки зрения зарубежных авторов, применение мультиплексной ПЦР на основе методов глубокого секвенирования позволяет быстро обнаруживать НК как вирусных, так и бактериальных возбудителей в исследуемом материале. Это новый революционный метод диагностики инфекций дыхательного тракта,

у которого перспективное будущее [3]. Диагностика респираторных вирусных инфекций с помощью автоматизированной системы мультиплексной ПЦР по сравнению с традиционными методами позволяет в короткое время (около 5 часов) определить возбудителя или микст-инфекцию [4]. В Российской Федерации в 2012 г. был опубликован патент «Способ дифференциальной диагностики респираторных вирусных инфекций методом мультиплексной ПЦР с детекцией в режиме реального времени и перечень последовательностей для его осуществления», в котором отражены его преимущества [5].

Вопрос о лечении гриппа – дискуссионный. Эффективность лечения других ОРВИ зависит от чувствительности к препаратам, применяемым в тех или других странах. Арсенал средств для лечения гриппа и ОРВИ небольшой. В целом имеются препараты с противовирусным действием, иммуномодуляторы и препараты с двойным действием: противовирусным и иммуномодулирующим. Основные противовирусные препараты представлены в порядках и стандартах медицинской помощи [6].

К таким препаратам относятся ингибиторы нейраминидазы, блокаторы М2-каналов, ингибиторы протеаз (рис. 1).

Эффективность лечения гриппа и ОРВИ негриппозной этиологии как у нас в стране, так и за рубежом за последние годы значительно снизилась. Большинство циркулирующих штаммов вирусов гриппа стали проявлять устойчивость к ингибиторам М2-каналов – амантадину и римантадину [7, 8].

Ингибиторы нейраминидаз – осельтамивир и занамивир – сохраняют свою эффективность при лечении гриппа А и В различной тяжести. Резистентных штаммов крайне мало: 1–2% (для осельтамивира) и 0,001% (для занамивира) [8].

Эффективность применения противовирусных препаратов при негриппозных инфекциях исследуется как при монотерапии, так

и при комбинированном лечении ОРВИ. За последние годы был проведен ряд сравнительных исследований эффективности лечения ОРВИ разными противовирусными средствами. Так, в исследовании М.С. Илюхиной и соавт. (2010) была оценена эффективность лечения различными препаратами. В результате был сделан вывод о высокой эффективности применения осельтамивира, интерферона альфа-2b (Виферон, Гриппферон) в виде монотерапии и при их сочетанном применении [10]. В 2014 г. в сравнительном исследовании И.П. Барановой и соавт. была получена информация о сопоставимой эффективности осельтамивира с Арбидолом (у детей), Ингавирином (у взрослых), а также ранним применением препаратов интерферона (ИФН) у беременных [11]. Различные схемы противовирусной терапии детей были исследованы в 2015 г. в работе А.Л. Заплатникова и соавт. В рамках исследования было проведено проспективное рандомизированное определение клинической эффективности и переносимости Эргоферона, Кагоцела, Арбидола [12].

В большинстве проведенных сравнительных исследований изучалась динамика клинических симптомов. Однако на сегодняшний день для более объективной оценки наряду с клинической симптоматикой целесообразно проводить оценку лечения, принимая во внимание динамику количества ДНК возбудителя, исследованной по методу мультиплексной ПЦР-РВ.

Целью настоящего исследования было на основе современного экспресс-метода диагностики (мультиплексной ПЦР-РВ) выявить преобладающих возбудителей, циркулирующих в Москве, для выбора эффективного противовирусного лечения.

Задачи исследования: определить основных возбудителей группы ОРВИ, циркулирующих в период эпидемического подъема респираторных вирусных инфекций у детей 3–15 лет; изучить

сравнительную эффективность отечественных противовирусных препаратов Кагоцела и умифеновира (Арбидола) в сопоставлении с группой сравнения (получавшей симптоматическую терапию).

Материал и методы

Настоящая работа проведена на базе ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ; поликлиника ОАО «Газпром», филиал №2; ФНИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи МЗ РФ.

В открытом проспективном сравнительном исследовании приняли участие 135 детей (59 мальчиков, 76 девочек) с ОРВИ. Основные клинические диагнозы: ОРВИ, назофарингит, бронхит. Заболевание протекало в основном в легкой и среднетяжелой формах. Тяжелых форм не было. Наблюдение за детьми проведено в период эпидемического подъема в Москве с января по март (включительно) 2015 г. Возраст детей составил от 3 до 6 лет – 46 (34%), 6–9 лет – 41 (30,4%), 9–12 лет – 20 (14,8%), 12–15 лет – 28 (20,8%). В исследование включены дети, как впервые заболевшие, так и из группы часто болеющих детей с ОРВИ.

Взятие мазков (ПЦР-диагностика отдельно нос и зев) проведено в первые 3 дня от начала ОРВИ (1-й визит), затем в конце лечения – на 7–8-й день (2-й визит). На втором визите заполнялась разработанная нами карта больного, где указывалась динамика клинических симптомов (температура, кашель, ринит, увеличение лимфоузлов).

Критерии включения в исследование: дети от 3 до 15 лет; дети с острой формой ОРВИ в первые 3 дня от ее начала.

Критерии исключения: возраст до 3 лет; тяжелая врожденная и соматическая патология со стороны центральной нервной системы, сердца, почек; дети, обратившиеся по поводу ОРВИ позже 3-го дня заболевания.

Возраст детей	Препараты	Стандарты		Схема назначения
		Усредненный показатель частоты предоставления		
с рождения	Виферон-свечи Генферан-свечи Кипферон-свечи	0,1*	0,8**	1. Препараты с противовирусным действием
с 1 месяца	Анаферон	0,7*	1,0**	
с 6 месяцев	Эргоферон			2. Опосредованно с противовирусным действием (интерфероносодержащие)
с 1 года	Осельтамивир	0,5**	0,7***	
с 3 лет	Умифеновир Кагоцел Мнозин прановекс	0,2*	0,5**	
с 4 лет	Метгумана вирдонацетат		1,0**	
с 5 лет	Дантимовир			
с 7 лет	Тилорон	0,7*	1,0**	
с 13 лет	Ингавирин			

Обозначения:
 * При легкой степени гриппа.
 ** При средней степени гриппа.
 *** При тяжелой форме гриппа.

Рисунок 1. Препараты, разрешенные к лечению гриппа и ОРВИ в РФ в зависимости от возраста [9]

Для анализа ПЦР-РВ применены специальные ДНК-амплификаторы с оптическим блоком, позволяющие детектировать флуоресценцию внутри реакционной пробирки в ходе реакции. В работе использована лицензионная система AmpliSens, разработанная в НИИ эпидемиологии.

По сравнению с другими методами анализа метод ПЦР реального времени имеет ряд преимуществ [12]:

- количественный анализ специфической НК в широком диапазоне концентраций;
- сравнительный количественный анализ нескольких типов НК в одной пробирке;
- обнаружение и определение процентного содержания НК с измененной последовательностью;
- автоматизация и стандартизация ПЦР-анализа.

В данном исследовании определяли НК следующих вирусов:

- Iv A и B – гриппа A(H1N1), A(H3N2), гриппа B;
- hRS – РС-вируса;
- hMpv – метапневмовируса;
- hCv – коронавируса;
- hRv – риновируса;
- Adv – аденовируса (2, 5 типа);
- hVv – бокавируса;
- Piv – парагриппа-вируса (1, 4 типа).

Для лечения ОРВИ были выбраны два отечественных противовирусных препарата с интерферонопосредованным действием,

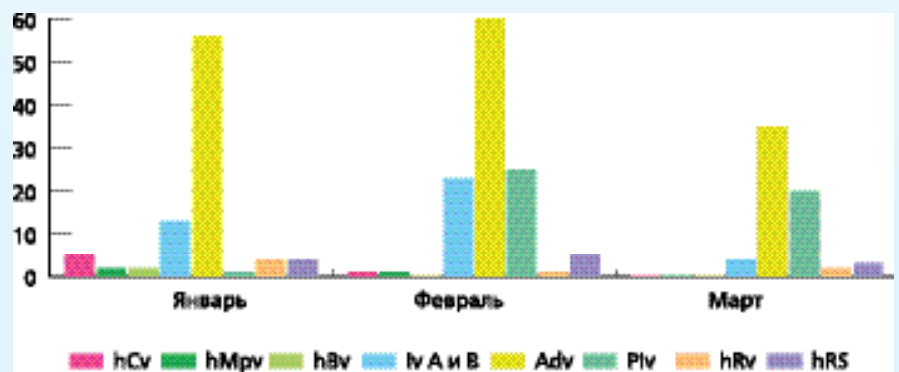


Рисунок 2. Распределение вирусов по месяцам (январь–февраль–март), n=336, %

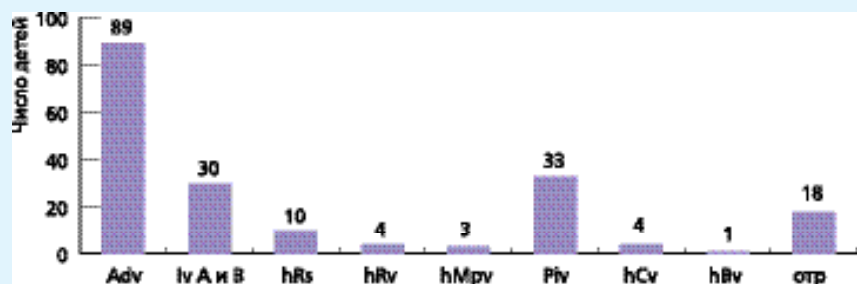


Рисунок 3. Число детей с выявленными вирусами респираторной группы

которые назначались в первые 3 дня от начала заболевания.

Участники исследования (n=135) в процессе амбулаторного обследования были рандомизированы в 3 группы:

1-я (56 детей) получали Кагоцел, 2-я (42 ребенка) – умифеновир (Арбидол), 3-я группа (37 детей) получала только симптоматическую терапию. Размер выборки был достаточным для формулирования выводов.

Кагоцел (согласно инструкции) синтезирован на основе натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы и

низкомолекулярного госсипола, выделенного из хлопчатника; вызывает в организме человека образование позднего интерферона, являющегося смесью ИФН, которые обладают высокой противовирусной активностью. Титр ИФН в сыворотке крови достигает максимальных значений через 48 часов. Препарат может применяться в первые 4 дня от начала ОРВИ.

Кагоцел назначают детям (с 3 лет) и взрослым по схеме:

Лечение ОРВИ и гриппа, длительность курса – 4 дня: взрослым

Таблица 1. Выделенные НК вирусов (ПЦР-диагностика)

Вирусы	Нос	Зев	Всего (%)
hCv	4	4	6 (1,7)
hMpv	2	1	3 (0,8)
hBv	1	1	2 (0,6)
Iv A и B	28	12	40 (11,9)
Adv	77	74	151 (44,9)
Piv	16	30	46 (13,7)
hRv	4	3	7 (2,08)
hRS	10	2	12 (3,6)
Всего (+) результатов (%)	142 (42,3)	125 (37,2)	267 (79,5)
Отрицательный результат (%)	34 (10,1)	35 (10,4)	69 (20,5)
Итого (%)	176 (52,4)	160 (47,6)	336 (100)

первые два дня по 2 таблетки 3 раза в сутки, последующие два дня – по 1 таблетке 3 раза в сутки. Всего на курс – 18 таблеток.

Детям в возрасте от 3 до 6 лет назначают первые два дня по 1 таблетке 2 раза в сутки, последующие два дня – по одной таблетке 1 раз в сутки. Всего на курс – 6 таблеток.

Детям в возрасте от 6 лет и старше – в первые два дня по 1 таблетке 3 раза в сутки, в последующие два дня – по 1 таблетке 2 раза в сутки. Всего на курс – 10 таблеток.

Профилактика гриппа и ОРВИ проводится 7-дневными циклами: взрослым – 2 дня 2 таблетки 1 раз в сутки, 5 дней перерыв, затем цикл повторить. Детям от 3 лет и старше – 2 дня по 1 таблетке в сутки, 5 дней перерыв, затем цикл повторить. Длительность профилактического курса – от одной недели до нескольких месяцев.

Умифеновир (Арбидол) действует на ранних стадиях вирусной репродукции и ингибирует слияние вирусной липидной оболочки с внутриклеточными мембранами, предотвращая проникновение вируса внутрь клетки. Не влияет на вирусную транскрипцию и трансляцию, а также на активность нейраминидазы и адсорбцию вируса.

Арбидол назначают (согласно инструкции) при гриппе и ОРВИ без осложнений:

- взрослым и детям старше 12 лет – 200 мг 4 раза в сутки;
- детям в возрасте от 6 до 12

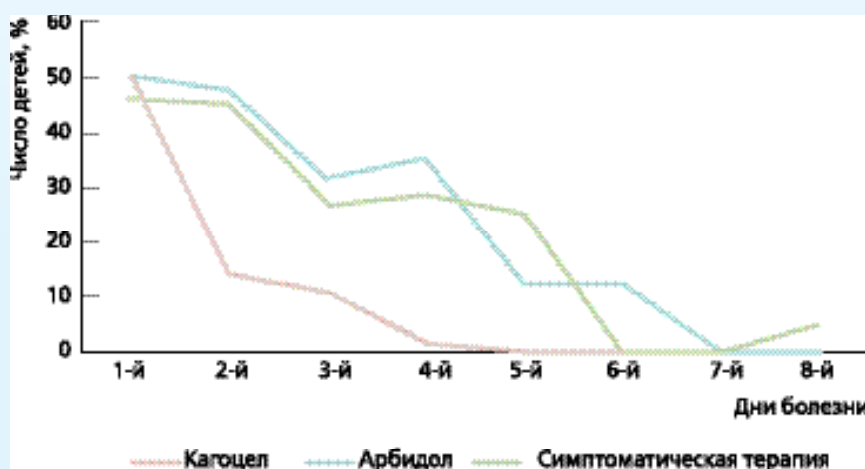


Рисунок 4. Динамика гипертермии (по дням болезни)

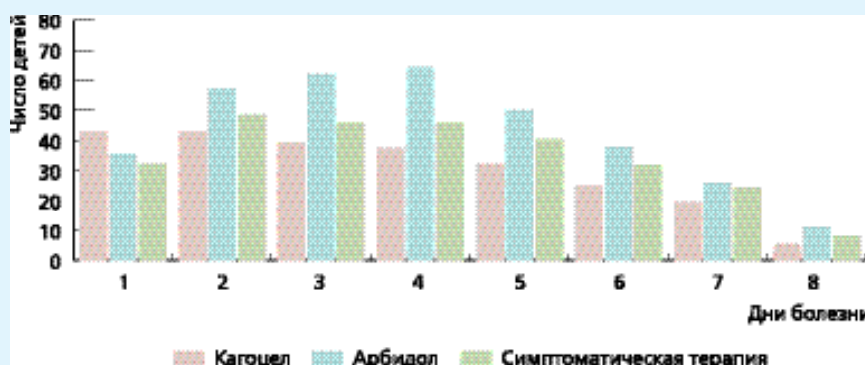


Рисунок 5. Динамика симптомов ринита у детей

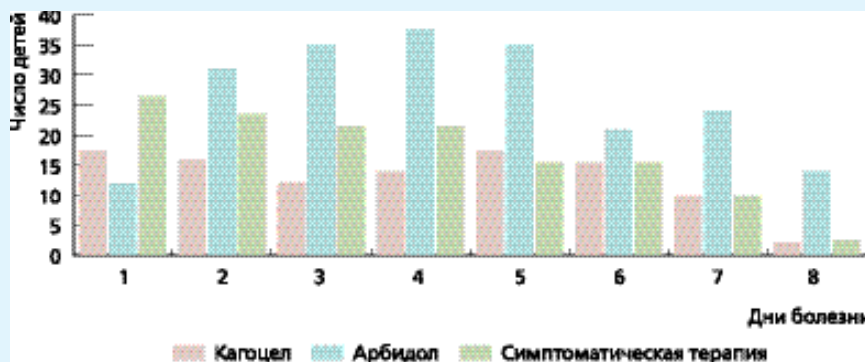


Рисунок 6. Динамика симптомов кашля у детей

Таблица 2. Оценка эффективности лечения ОРВИ и гриппа по результатам ПЦР-диагностики

Результат (количество копий)	Кагоцел		Арбидол		Симптоматическая терапия	
	нос (71)	зев (68)	нос (51)	зев (53)	нос (46)	зев (42)
Было (+), % Стало (-), %	50,7	41,2	44,2	41,5	24,0	19,0
Снизилось, %	15,5	13,2	19,6	30,2	30,4	35,7
Повысилось, %	4,2	4,4	9,8	5,7	17,5	9,5
Было и осталось (-), %	15,5	22,0	19,6	17,0	21,7	9,5
Нет контроля, %	0	1 (1,4)	3,9	5,6	4,3	4,8

Примечание. Сравнительная эффективность лечения Кагоцелом и умифеновиrom по сравнению с группой детей, получавших симптоматическую терапию, оценивалась точным тестом Фишера.

Таблица 3. Сравнение эффективности лечения Кагоцелом с симптоматической терапией на основании точного теста Фишера

Лечение	Нос, $p=0,0060$ (0,60%)*		Зев, $p=0,0090$ (0,90%)*		Нос и зев одновременно, $p=0,0040$ (0,40%)*	
	эффект есть	эффекта нет	эффект есть	эффекта нет	эффект есть	эффекта нет
Кагоцел	29	14	22	15	18	9
Симптоматическая терапия	8	17	6	19	3	13

* Между столбцами и строками существует сильная статистически значимая зависимость.

Примечание. Эффект есть – после лечения вирусная ДНК/РНК не обнаружена. Эффекта нет – после лечения вирусная ДНК/РНК обнаружена (в т.ч. в сниженном виде).

- лет – по 100 мг 4 раза в сутки;
 - детям от 3 до 6 лет – по 50 мг 4 раза в сутки;
 - курс лечения – 5 дней;
 - при развитии осложнений увеличивается продолжительность лечения (до 4 недель), доза после 5-го дня уменьшается вдвое.
- Профилактика ОРВИ Арбидолом:
- взрослым и детям старше 12 лет – 200 мг/сут.;
 - детям от 6 до 12 лет – 100 мг/сут.;
 - детям в возрасте от 3 до 6 лет – 50 мг/сут.;
 - принимать по 1 дозе 2 раза в неделю в течение 3 недель.
- Эффективность лечения оценивалась по следующим параметрам:
- динамике клинических симптомов (по дням наблюдения): температуры, ринита, увеличения лимфоузлов, гиперемии зева, кашля;
 - динамике изменения коли-

чества копий НК вируса до и после лечения (1–3-й день и 7–8-й) и отдельно.

В работе с разных позиций было изучено количество НК вирусов по следующим параметрам:

- результат был положительным, стал отрицательным;
- снижение количества копий;
- увеличение количества копий;
- результат был и остался отрицательным;
- результат был отрицательным, стал положительным.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2010. Для параметрических переменных определялось среднее значение показателя по группе пациентов (M) со стандартным отклонением (s). Различия средних величин считались значимыми при уровне $p < 0,05$, которое оценивалось при помощи точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение

У 135 детей было выполнено 336 мазков (из зева – 160 и из носа – 176).

НК вирусов респираторной группы представлена в табл. 1.

Из всех вирусов у большинства детей в период подъема респираторных заболеваний диагностировали аденовирусы (44,9%), парагрипп (13,7%) и грипп А и В (11,9%). Доля остальных вирусов была значительно меньше. Следует обратить внимание на тот факт, что выделение НК вирусов из проб зева и носа было разным. В пробах из слизистых носа детекция НК была лучше для вирусов гриппа и РС-вируса. В то же время в зеве чаще детектировался парагрипп. Геном аденовируса с одинаковой частотой определялся в мазках из зева и носа.

Из 336 мазков 267 (79,5%) были положительными, 69 (20,5%) отрицательными. Отрицательные ре-

Таблица 4. Сравнение эффективности лечения Арбидолом с симптоматической терапией на основании точного теста Фишера

Лечение	Нос, $p=0,1661$ (16,61%)*		Зев, $p=0,1628$ (16,28%)*		Нос и зев одновременно, $p=0,0827$ (8,27%)*	
	эффект есть	эффекта нет	эффект есть	эффекта нет	эффект есть	эффекта нет
Арбидол	15	13	13	17	10	10
Симптоматическая терапия	8	17	6	19	3	13

* Между столбцами и строками отсутствует сильная статистически значимая зависимость.

Примечание. Эффект есть – после лечения вирусная ДНК/РНК не обнаружена. Эффекта нет – после лечения вирусная ДНК/РНК обнаружена (в т.ч. в сниженном виде).

Расчет p-значений производился при помощи онлайн-сервиса: <http://graphpad.com/quickcalcs/contingency1.cfm>

зультаты имели место у детей в возрасте от 5 до 8 лет и чаще у девочек.

В 2015 г., как видно из рис. 2, преобладало выделение аденовирусов – с января по март.

Количество позитивных мазков (ДНК аденовирусов) представлено на рис. 3, где указано число детей, при обследовании которых были выявлены вирусы респираторной группы. Из 135 обследованных детей у большинства (89 [65,9%]) была выявлена (Adv) аденовирусная инфекция, причем у 21 определен 5-й тип, у 68 – 2-й. Грипп (Iv A и B) выделен у 30 (22,2%) детей: преобладал грипп A(H1N1) – 28, и лишь у 2 – грипп B. Парагриппозная инфекция (Piv) была определена у 33 (24,4%) детей, преобладал тип 1 у 21 ребенка, а тип 4 был выявлен у 12. Остальные вирусы респираторной группы были диагностированы у меньшего числа детей: РС-вирус (hRs) – 7,4%, риновирус (hRv) – 2,9%, метапневмовирус (hMpv) – 2,2%, коронавирусы (hCv) – 2,9%, бокавирус (hBv) – 0,7%. У 45 (33,3%) детей имело место микст-инфицирование, у 72 (53,3%) – моноинфицирование. Из 45 детей с микст-инфицированием в возрасте до 6 лет были 13 человек, преобладали дети старше 6 лет (32 пациента). Наиболее частым сочетанием было адено+парагрипп.

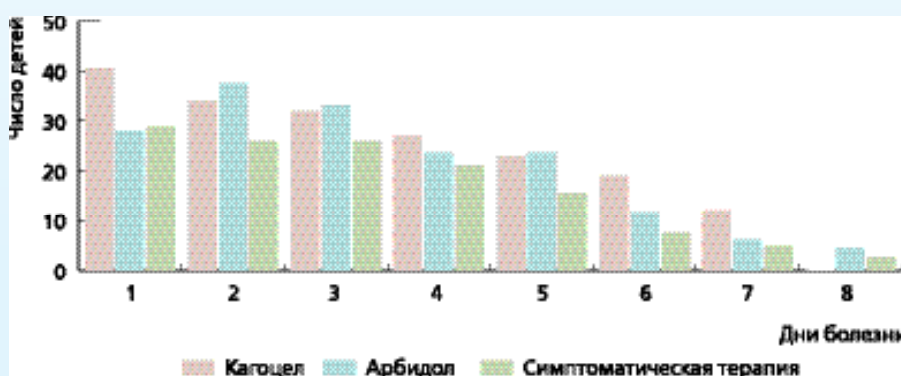


Рисунок 7. Динамика уменьшения лимфоузлов

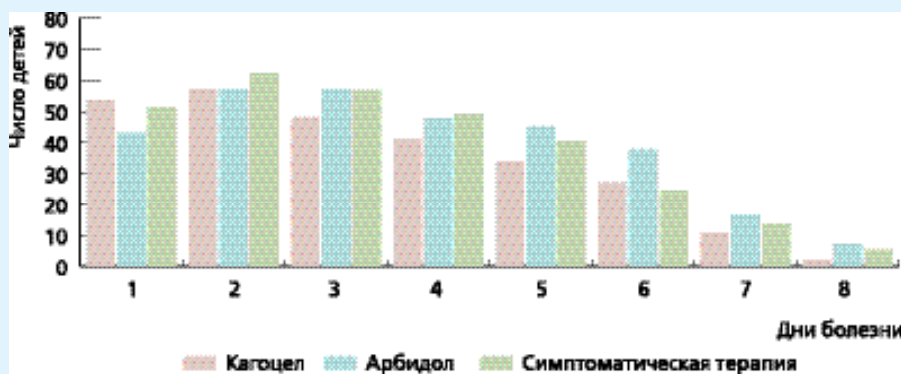


Рисунок 8. Динамика гиперемии зева

Как уже было сказано в разделе «Материалы и методы», все пациенты (n=135) в зависимости от назначенной терапии были разделены на три группы: 1-я (56 детей) получала Кагоцел, 2-я (42 ребенка) – умифеновир (Арбидол), 3-я группа (37 детей) – только симптоматическую терапию.

Динамика клинических симптомов представлена на рис. 4–7.

При сравнительном исследовании трех групп детей снижение температуры тела более значимым было в группе детей, получавших

Кагоцел (ко 2-му дню), в то же время в двух других группах – лишь к 4–5-му дню.

Среди детей, получавших Кагоцел, выраженность катаральных симптомов и ринита (рис. 5, 6) на фоне проводимой терапии закономерно уменьшилась к 3–5-му дню болезни. В то же время умифеновир на симптомы ринита и кашля влияния практически не оказывал.

Однако динамика таких симптомов, как гиперемия зева и увеличение лимфоузлов (рис. 7, 8), во всех группах была практически одинаковой.

кагоцел®

противовирусное средство



Работает

ПРИ ГРИППЕ И ОРВИ!

Противовирусный препарат для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа у взрослых и детей с 3 лет

Показания к применению. Кагоцел® применяют у взрослых и детей в возрасте от 3 лет в качестве профилактического и лечебного средства при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ), а также как лечебное средство при герпесе у взрослых.

Способ применения и дозы. Для приема внутрь. **Для лечения гриппа и ОРВИ взрослым** назначают в первые два дня – по 2 таблетки 3 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 3 раза в день. Всего на курс – 18 таблеток, длительность курса – 4 дня. **Профилактика гриппа и ОРВИ у взрослых** проводится 7-дневными циклами: два дня – по 2 таблетки 1 раз в день, 5 дней перерыв, затем цикл повторить. Длительность профилактического курса – от одной недели до нескольких месяцев. **Для лечения герпеса у взрослых** назначают по 2 таблетки 3 раза в день в течение 5 дней. Всего на курс – 30 таблеток, длительность курса – 5 дней. **Для лечения гриппа и ОРВИ детям в возрасте от 3 до 6 лет** назначают в первые два дня – по 1 таблетке 2 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 1 раз в день. Всего на курс – 6 таблеток, длительность курса – 4 дня. **Для лечения гриппа и ОРВИ детям в возрасте от 6 лет** назначают в первые два дня – по 1 таблетке 3 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 2 раза в день. Всего на курс – 10 таблеток, длительность курса – 4 дня. **Профилактика гриппа и ОРВИ у детей в возрасте от 3 лет** проводится 7-дневными циклами: два дня – по 1 таблетке 1 раз в день, 5 дней перерыв, затем цикл повторить. Длительность профилактического курса – от одной недели до нескольких месяцев.

Побочные эффекты. Возможно развитие аллергических реакций. Если любые из указанных в инструкции побочных эффектов усугубляются или вы заметили другие побочные эффекты, не указанные в инструкции, сообщите об этом врачу.

Противопоказания. Беременность, период лактации, детский возраст до 3 лет, повышенная чувствительность к компонентам препарата, дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Особые указания. Для достижения лечебного эффекта прием Кагоцела® следует начинать не позднее четвертого дня от начала заболевания.

Возможность и особенности применения беременными женщинами, женщинами в период грудного вскармливания. В связи с отсутствием необходимых клинических данных Кагоцел® не рекомендуется принимать в период беременности и лактации.

Условия отпуска: без рецепта.

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

Разрешение №1330 от 24.07.2017 до 16.02.2021. Регистрационное удостоверение РК-ЛС-5N122075 от 16.02.2016 до 16.02.2021. Подробную информацию вы можете получить на сайте: www.kagocel.ru

Производитель: ООО «ХЕМОФАРМ», Россия, 249030, Калужская обл., г. Обнинск, Киевское ш., д. 62. Тел.: +7 (48439) 90-500; факс: +7 (48439) 90-525.

Владелец регистрационного удостоверения: ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия, 125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д.12. Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.

Торговый представитель в Республике Казахстан: ТОО «Казахская фармацевтическая компания «МЕДСЕРВИС ПЛЮС», Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Маметовой, д. 54. Тел./факс: +7 (727) 323-21-92.

По результатам обследования, проведенного на 7–8-й день болезни, результаты оценивались по количеству копий вирусов (табл. 2). Как видно из таблицы, к концу наблюдения у большинства детей, получавших Кагоцел, результаты стали отрицательными в носу (50,7%) и зеве (41,2%), а у 1,5% произошло уменьшение репликации вируса. У детей, получавших умифеновир, также были получены отрицательные результаты в носу (44,2%) и зеве (41,5%). Гораздо ниже были показатели у детей, вообще не получавших противовирусных препаратов. У данной группы детей в основном происходило уменьшение количества копий вирусов, и в этой ситуации вероятность формирования носительства возрастает.

На основании проведенного исследования с помощью точного теста Фишера была определена эффективность лечения. В результате выявлена значимая статистическая зависимость у детей, получавших Кагоцел, по сравнению с детьми, находившимися на симптоматической терапии, тогда как при лечении умифеновиром такой связи получено не было (табл. 3 и 4).

Расчет р-значений производился при помощи онлайн-сервиса: <http://graphpad.com/quickcalcs/contingency1.cfm>

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить наиболее распространенные возбудители острых респираторных заболеваний у детей, циркулирующих в 2015 г. в Москве (в амбулаторных условиях): аденовирус (преобладал 2-й тип), парагрипп (преобладал 1-й тип) и грипп (преимущественно А(Н1N1)). При одновременном взятии материала нос/зев выделение генома вирусов из зева и носа было разным: в носу детекция НК была выше для вирусов гриппа и РС-вируса. В то же

время в зеве чаще обнаруживали парагрипп. Геном аденовируса с одинаковой частотой определялся в зеве и носу.

Динамика таких клинических симптомов, как снижение температуры, уменьшение катаральных симптомов, была более значимой (по дням болезни) у детей, получавших Кагоцел.

Отрицательные результаты ПЦР после проведенного лечения преобладали у детей, получавших в составе терапии препарат Кагоцел (50,7%; 41,2%), менее выражены были различия у детей, получавших Арбидол (44,2%; 41,5%), в то время как у детей, находивших-

ся на симптоматической терапии, достоверное снижение количества выделяемых вирусов наблюдалось лишь у 24%.

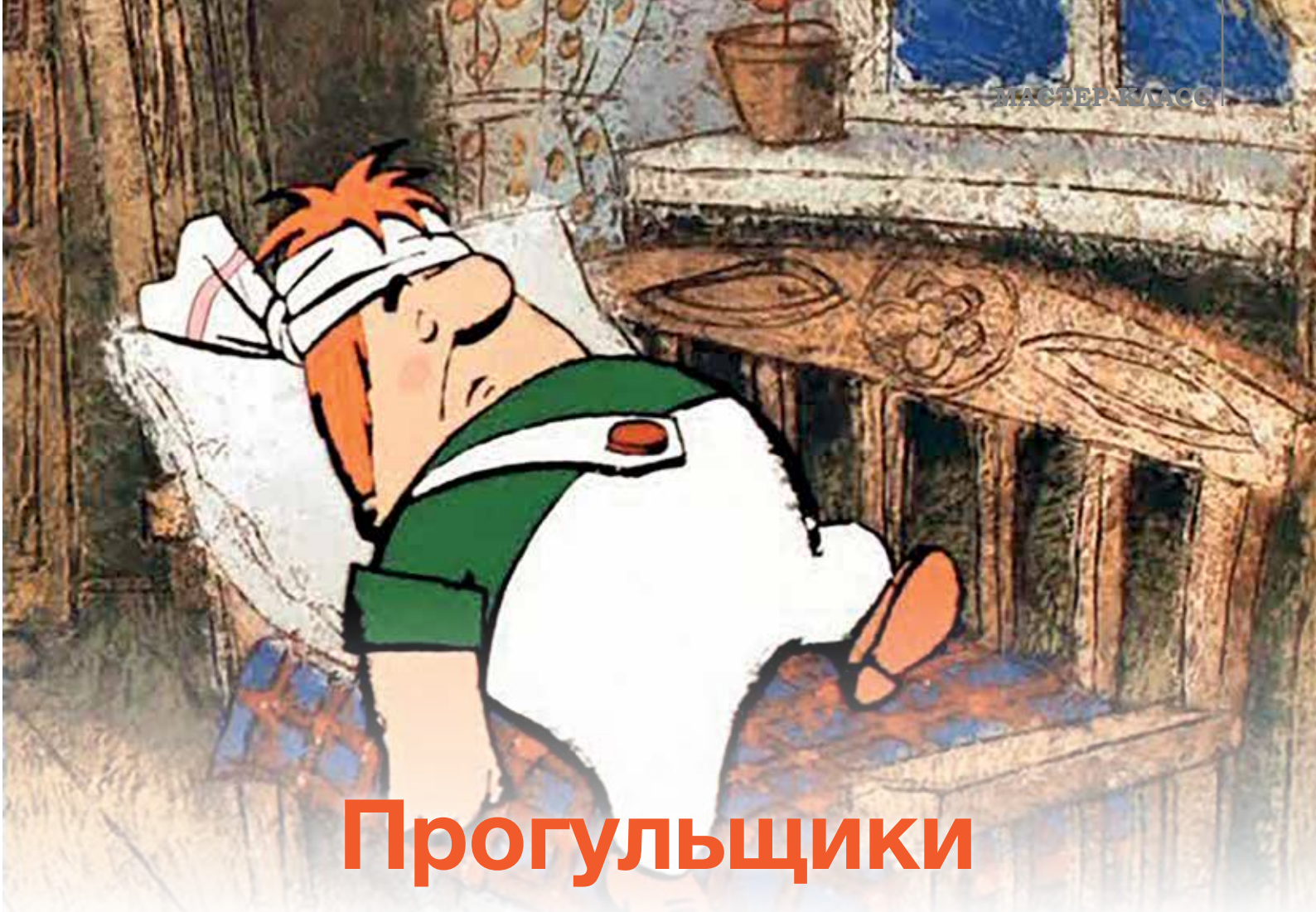
Для Кагоцела показана статистически значимая эффективность ($p < 0,01$) по сравнению с симптоматическим лечением. Для Арбидола такого уровня значимости не выявлено ($p > 0,05$).

Что касается симптоматической терапии, как показало настоящее исследование, у большинства детей к 7–8-му дню болезни не происходит санации слизистых оболочек и вероятность длительного носительства в данной группе сохраняется. ■

Список литературы

1. Барычева Л.Ю., Голубева М.В., Погорелова Л.В. Острые респираторные инфекции у детей: клиника и лечение. Ростов-на-Дону. – 2012.
2. Основы полимеразной цепной реакции (ПЦР). Методическое пособие. ДНК-технология. – М., 2012. – 76 с.
3. Zulma A., Al-Tawfiq J.A., Kidd M., Drosten C., Breuer J., Muller M., Hui D., Maeurer M., et al. Rapid point of diagnostic test for viral and bacterial respiratory tract infections – needs, advances, and future prospects. *Lancet Infect. Dis.* – 2014; 14 (11): 1123–35.
4. Marcone D.N., Carballal G., Ricarte C., Echavarria M. Respiratory viral diagnosis by using an automated system of multiplex PCR (FilmAttay) compared to conventional methods. *Revista Argentina de microbiologia.* – 2015; 47: 29–35.
5. Файзулов Е.Б., Никонова А.А., Оксанич А.С., Лободанов С.А., Малахов С.Г., Зверев В.В. Патент (РФ 2460803) «Способ дифференциальной диагностики респираторных вирусных инфекций методом мультиплексной ПЦР с детекцией в режиме реального времени и перечень последовательностей для его осуществления». 10.09.2012.
6. Стандарты медицинской помощи. Воздушно-капельные инфекции. – М., 2016. – 445 с.
7. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты: Справочник. 20-е изд. – М., 2006.
8. Zulma A., Memish Z.A., Maeurer M., Bates M., Mwaba P., Al-Tawfiq J.A., Denning D.W., Hayden F.H., Hui D.S. Emerging novel and antimicrobial-resistant respiratory tract infections: new drug development and therapeutic options. *Lancet Infect. Dis.* – 2014; 14 (11): 1136–49.
9. Савенкова М.С. Диагностика и лечение гриппа у детей. *Детские инфекции.* – 2016; 1: 48–54.
10. Илюхина М.С., Кондюков В.М., Савенкова О.Р., Савостьянова Ю.А., Локшина Э.Э. Принципы терапии острых респираторных инфекций: клинический опыт детского стационара. *Детские инфекции.* – 2010; 3: 42–6.
11. Баранова И.П., Свистунова Н.В. Сравнительное исследование эффективности антивирусных препаратов в комплексном лечении гриппа. *Инфекционные болезни.* – 2014; 12: 46–53.
12. Зорина В.В. Основы полимеразной цепной реакции (ПЦР). Методическое пособие. – М., ДНК-технология. – 2012. – 76 с.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов. Впервые опубликовано в журнале «Фарматека», №1, 2017 г., стр. 38–45.



Прогульщики в коллективе, или Как вылечить мнимого больного

Каждый руководитель готов к тому, что в аптеку будут приходить больные люди – собственно, для этого она и существует. Правда, предполагается, что все больные останутся в пределах торгового зала, по ту сторону окошка провизора. И платить за их болезни, реальные и надуманные, владельцам аптеки не придется. Равно как и нести убытки от частого отсутствия сотрудника на рабочем месте. Но жизнь вносит свои коррективы...

Эхо школьной жизни

Больничный как повод для прогула – неприятная и разочаровывающая вещь. Потому что, во-первых, руководитель начинает чувствовать себя злобным монстром: а вдруг у человека на самом деле беда, а мы его подозреваем в злоупотреблении привилегиями. Во-вторых, даже если ситуация ясна, как погожий день, нет законных оснований для увольнения (ведь в вашей аптеке все официально и в рамках закона). Документ – вот он, с подписями и печатями. Пусть даже и шестой за последние два месяца. В-третьих, такой сотрудник создает прецедент, вызывает брожения в коллективе под девизом «Если ему можно, почему мне нельзя?».

Попробуем разобраться, почему так происходит, и что делать в подобных ситуациях.

Причины имеют значение

Начнем с того, что некоторую пользу больничных для аптеки отрицать сложно. Представим себе картину: посетитель

приходит за витаминами, а провизор отпускает товар, громко сморкаясь и чихая, еще и покашливая в кулачок. Как-то не на пользу имиджу аптеки, да и сила противопростудных лекарственных средств, представленных в ассортименте, резко подвергается сомнению. Не говоря о том, что больной сотрудник распространяет вирусы, и ОРВИ грозит «выкосить» всех сотрудников. Если же заболевание неинфекционного характера (высокое давление, болит желудок, голова, колет в боку), провизор будет обслуживать клиентов с таким мученическим видом, что лучше его сразу отправить домой подлечиться. В конце концов, все мы люди, а не роботы.

Но что, если больничный – только удобный способ «отлынивать» от работы? Тут уже действия руководства зависят от причин и последствий. Мотивы пропускать работу могут быть вполне благородными. Например, человек ухаживает за нетрудоспособным членом семьи, испытывает личные проблемы. На такие факторы начальство влиять не может. Другое дело – когда причина сказаться больным кроется на рабочем месте. Так бывает, если возник конфликт между сотрудниками (например, имеет место какой-нибудь вариант школьного бойкота) или провизора с заведующей. Каждому человеку хочется уйти от некомфортной ситуации, вызывающей стресс, и больничный в данном случае – очень удобный выход. Хотя и напоминает решение ребенка зажмурить глазки, чтобы спрятаться от бабайки: проблема-то не решается, лишь ставится на паузу. И тут самое время принять меры непосредственному руководителю – и по отношению к «мнимому больному», и к тем сотрудникам, которые вошли с ним в конфликт.

Нередко пропуски с больничным говорят о том, что человек не на своем месте. Например, если он прогуливает, потому что не удовлетворен своей работой, у него отсутствует восприятие политики



больничных отпусков. Наконец, фатальная причина – недостаточное понимание того, что работа включает не только денежное вознаграждение, но и определенные обязанности.

Ложечка варенья для больного Карлсона

Таким образом, стандартного решения на все случаи нет. Все ситуации индивидуальны. Поэтому начинать процесс решения проблем с большим количеством больничных листов нужно с расследования причин. Это поможет спроектировать необходимые мероприятия. Ниже – несколько советов для профилактики прогулов.

Совет 1. Будьте в курсе и быстро реагируйте на первые признаки напряженности или несчастья работников.

Совет 2. Предложите вознаграждения за нулевые прогулы.

Совет 3. Тщательно обучите новых сотрудников политике компании, и если она изменится, убедитесь, что вы предупредили об этом всех.

Совет 4. Учитывая тот факт, что работа провизора проходит «на ногах» и тяжела даже чисто физически, исследуйте и открывайте новые способы снижения физической нагрузки работников.

Совет 5. Рассмотрите возможности предоставления работ-

Мировой опыт оплаты больничных

В Германии, Швейцарии и Австрии работодатели выплачивают работникам, находящимся на больничном, все 100 % зарплаты, но только в течение месяца. Потом обязанность содержать больного переходит государству. В Люксембурге работодатель оплачивает первые 76 дней больничного, а в Норвегии – только 16 дней.

Самый низкий процент выплат по больничному листу среди европейских стран в Великобритании – 8,68 %, если больничный длится дольше одного месяца. Также невысокие выплаты в Исландии (40 %), Ирландии (12,04 %), Финляндии (35 %) и Франции (20 %).

В США не требуют от организаций платить за отпуск по болезни, хотя многие государственные и местные органы власти в настоящее время рассматривают необходимость принятия новых законов в этой области. Некоторые американские компании сокращают пособие по болезни, чтобы компенсировать повышение расходов на медицинское страхование для своих работников.

никам дополнительных выходных дней – может, в вашей аптеке слишком тяжелый график, и люди банально устают.

И самое главное: будьте гибкими в вопросе разрешения работникам наверстать упущенное время по обоснованной причине – например, по уходу за больным членом семьи. Проявляйте понимание и сострадание, дайте понять, что вы неравнодушны к нуждам сотрудников, когда они на самом деле в этом нуждаются. Если люди будут знать, что, работая несколько дополнительных часов каждый день, на следующей неделе они смогут восполнить потерянный день, у них не возникнет желания хитрить и изворачиваться. Как говорил Иешуа в «Мастере и Маргарите», правду говорить легко и приятно.

Марина ЧИБИСОВА

Материал предоставлен компанией «Агентство Медицинского Маркетинга»

www.amm.net.ua



Чем болеют фармацевты?

Существует ряд профессиональных заболеваний, характерных для аптечных работников. **Первое место среди них удерживает, конечно же, лекарственная аллергия.** В воздухе аптечных помещений выявляется высокое содержание лекарственной пыли. Наибольшие концентрации химических веществ наблюдаются при распаковке и заполнении аптечной тары, а также при изготовлении порошковой смеси, включающей множество компонентов с малым удельным весом. Чаще всего аллергия проявляется аллергическим ринитом, конъюнктивитом, дерматитом, а если контакт с веществом продолжается, то может перерасти в бронхиальную астму.

Второе место можно отдать заболеваниям опорно-двигательного аппарата, связанным с длительным нахождением на ногах (остеохондроз, артрит и пр.). Варикозное расширение вен – также очень частая проблема. Наконец, тройку «лидеров» замыкает стресс и связанные с ним состояния (тревожность, бессонница, депрессивные расстройства) – работа с людьми не лучшим образом сказывается на состоянии нервной системы, особенно если человек склонен принимать все близко к сердцу.



НЕМНОГО ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Правила «больничного листа»

Больничный лист – лист временной нетрудоспособности. Он выдается при:

- острых или обострении хронических заболеваний;
- травмах и отравлениях, связанных с временной потерей трудоспособности;
- искусственном прерывании беременности;
- уходе за больным ребенком;
- беременности и родах;
- усыновлении/удочерении новорожденного ребенка;
- долечивании в санаторно-курортных организациях;
- карантине;
- протезировании.

Работодатель обязан, в соответствии со ст. 133 Трудового кодекса РК, за счет своих средств выплачивать работникам социальное пособие по временной нетрудоспособности. Размер месячного пособия не может превышать 15 МРП (месячных расчетных показателей). Выплаты определяются путем умножения ежедневного среднего заработка на количество рабочих дней, подлежащих оплате согласно листу нетрудоспособности.

В каких случаях работодатель не оплачивает больничные листы?

В соответствии с пунктом 7 Правил назначения и выплаты социального пособия, а также определения его размера, утвержденных Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 ноября 2015 года № 907, пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается:

- работнику, временная нетрудоспособность которого наступила вследствие травм, полученных при совершении им уголовного правонарушения, в случае установления виновности вступившим в законную силу приговором суда;
- за время принудительного лечения работника по определению суда (кроме психически больных);
- за время нахождения работника под арестом и за время судебно-медицинской экспертизы, в случае установления его виновности, вступившим в законную силу приговором или постановлением суда;
- при временной нетрудоспособности работника от заболеваний или травм, наступивших вследствие употребления алкоголя, наркотических и токсикологических средств;
- за дни временной нетрудоспособности, приходящиеся на оплачиваемый ежегодный трудовой отпуск.

Если нетрудоспособность продолжается и после окончания отпуска, то пособие выдается со дня, когда работник приступил к работе.

Кроме того, согласно пункту 6 Правил, при наступлении временной нетрудоспособности в период, когда работник был отстранен от работы (должности) в соответствии с действующим законодательством, пособие не выплачивается. Если временная нетрудоспособность продолжается и после допуска к работе, пособие выплачивается со дня допуска работника к работе.



Социальные типы клиентов

Существуют так называемые социальные типы клиентов, описанные Карлом Густавом Юнгом. Если вы разбираетесь в социальных типах, то с большей вероятностью можете предсказать их ценности и нащупать болевые точки.

Социальные типы клиентов классифицируются по двум осям: вертности (открытости) и доминантности (уверенности). Под вертностью мы понимаем направленность личности внутрь или вне себя (интроверсия, экстраверсия). Экстраверты более экспрессивны, обращают внимание на детали своего окружения, быстро принимают решения. Интроверты более сдержаны, отстранены, им нужно больше времени на обдумывание. Причем вертность не имеет никакого отношения к эмоциональности, просто у экстравертов эмоции быстрее вытекают наружу.

Второй параметр – это доминантность (уверенность), он характеризует уверенность в себе, способность отстоять собственную точку зрения. Доминантные люди более конфликтогенны.

Итак, рассмотрим четыре квадранта.

Уверенный открытый (доминантный экстраверт) – это экспрессивный пациент. Ключевые ценности: ИМИДЖ и НОВИЗНА. Любит признание, одобрение, эмоциональное удовлетворение, статусные аптеки, современные схемы терапии.

Неуверенный открытый (недоминантный экстраверт) – добродушный и любезный тип па-

циента. Испытывает ТРЕВОГУ, поэтому на первый план выходит ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЗОПАСНОСТИ, ОДОБРЕНИИ, ПРИЗНАНИИ. Предпочитает недорогие и безопасные схемы лечения, аптеки-дискаунтеры. Часто советуется с близкими людьми, для него важно социальное одобрение.

Уверенный закрытый (доминантный интроверт) – пациент-директор. Это решительный пациент, пациент-драйвер. Ключевые ценности: ИМИДЖ, ВЛАСТЬ, СТАТУС. Он нацелен на самореализацию, результат. Предпочитает самые эффективные схемы терапии, аптеки «по ходу».



Неуверенный закрытый (недоминантный интроверт) – пациент-аналитик. Ключевые ценности: АЛЧНОСТЬ (не хочет переплачивать, всегда соотносит цену и качество терапии, сомневается), а также КОМФОРТ и БЕЗОПАСНОСТЬ, оценит проверенную аптеку.

Для образности можно взять известных героев мультфильмов и кинофильмов и потренироваться классифицировать их.

Винни Пух, Пятачок, Кролик, Ослик Иа – кто есть кто? Здесь все просто.

Винни Пух – открытый уверенный.

Пятачок – открытый неуверенный.

Кролик – закрытый уверенный.

Ослик Иа – закрытый неуверенный.

А вот с Атосом, Портосом, Арамисом и д'Артаньяном не все так очевидно. Если мы вспомним фильм, то легко сделаем ошибку – харизма актеров добавляет сложности в классификацию.

И все же.

В практической жизни не так уж и сложно разобраться в социальных типах пациентов и адаптировать свое поведение.

Например, **уверенный открытый** будет ярко одеваться, экспрессивно говорить, размашисто жестикулировать, прыгать с темы на тему. Часто такие люди обаятельные и харизматичные. Если фармацевт будет говорить больше о пациенте, делать ему комплименты, использовать прием «только для вас», проявлять проницательность, рекомендовать новые схемы лечения, то это пациент точно оценит.

Неуверенный открытый – ведомый пациент, который часто хочет сбросить с себя ответственность, почувствовать поддержку. Консультация должна быть максимально комфортной и безопасной, рекомендуемые лекарственные схемы – проверены временем, одобрены большинством, они хотят слышать от фармацевта «Я здесь, я доступна, если что – я помогу!».

Уверенный закрытый нуждается в четких выгодах, хочет видеть уверенного специалиста. Они терпеть не могут ждать, хотят быстрых результатов, не любят ни конкретики, ни комплиментов, только факты. Ситуация должна быть под контролем. Самые эффективные схемы терапии, которые гарантируют быстрое выздоровление, – вот их основные ожидания.

Неуверенный закрытый хочет 100 % гарантий от врача, он не склонен даже к минимальному риску, ненавидит сюрпризы, долго принимает решения. Поэтому такой пациент оценит проверенную рекомендацию, доказательную базу.

Очень простая и функциональная типология людей – ПРИМЕНИЙТЕ!

Юрий ЧЕРТКОВ,

бизнес-тренер, директор компании «Агентство Медицинского Маркетинга»

Уверенный открытый – д'Артаньян.

«Смеется над конем тот, кто не осмелится смеяться над его хозяином!», «Постарайтесь не заставить меня ждать. В четверть первого я вам уши на ходу отрежу!».



Неуверенный открытый – Портос.

– Шампанского!
– Портос, за нами же гонятся.
– Ты прав... для погони больше подойдет красное вино...
«Вот так всю жизнь. Чем больше я хочу, тем меньше мне везет».



Уверенный закрытый – Арамис.

– Мы сражались с Гримо по нашему кодексу чести, по нашим правилам. Но сейчас мы знаем, какими мы должны быть теперь. Никакой пощады.
– Никаких правил.
– Никакой чести.

– Говорю же, я шел от любовницы.
– Так почему же ушел до рассвета?
– Настоящая любовь длится до утра.



Неуверенный закрытый – Атос.

– Почему эта женщина всюду сеет смерть?
– Потому что она призрак. Потому что она умерла несколько раз. Она сумасшедшая. Она выжила в бойне, где погибли ее родители. Выжила, когда священник, отказавшись от сана из любви к ней, хотел ее убить за измену. Она выжила, когда ее первый муж повесил ее на дереве, потому что обнаружил на ее плече клеймо – знак гулящей девки.
– Как мужчина мог такое сотворить с женщиной?
– Этим мужчиной был я. Шарлотта де Брейль, урожденная Баксон, была графиней де Ля Фер.

После вышла замуж за милорда Винтера. Она была моей женой, единственной женщиной, которую я любил. Единственной женщиной, которую я люблю. До сих пор. Мир этой женщины полон насилия, в нем нет места ни вере, ни закону. Она манит за собой, как и другие, я пошел за ней. Вино позволяет мне забыть тот стыд и то отвращение к самому себе. Шарлотта отобрала у меня все. Все, кроме жизни. Чтобы я сожалел о моей любви к ней до последнего вдоха.



Музыка как лекарство!

Возможно ли хоть один день прожить без музыки? Конечно нет, кроме того, люди, которые слушают музыку и любят напевать веселые мелодии считаются оптимистами. Но музыка бывает разной. Одна может успокоить, другая, напротив, вызвать агрессию, третья поднять настроение, иная поможет углубиться в печальные воспоминания и всплакнуть.

В статье мы выясним, как музыка влияет на человека, а именно попытаемся понять, какое влияние музыка оказывает на психику человека, на его настроение, здоровье и самочувствие, способствует ли она каким-нибудь образом достижению человеком жизненных успехов.

Положительное влияние музыки на человека (и на все живое) на самом деле факт, уже неоднократно доказанный многочисленными экспериментами ученых из различных стран. Просто захотелось собрать сведения воедино, чтобы вы, дорогие читатели, поняли, в чем сила музыки и использовали ее себе во благо. Итак...

Как музыка помогает человеку в работе, творчестве?

Для начала давайте поговорим о том, как музыка влияет на

человека в плане работы и творчества. Помогает ли музыка человеку сконцентрироваться? И да, и нет! Вообще, чтобы человеку на чем-то сконцентрироваться, слушать музыку необязательно, ведь для лучшей концентрации хорошо подходит полная тишина. И это касается большинства из нас. Однако некоторым людям в процессе работы, для обдумывания и принятия важных решений необходим какой-нибудь фон. Им звуки музыки помогают не только сосредоточиться, но и повысить умственную работоспособность.

И наоборот, воздействие музыки на человека, настраивающегося на работу, а не слушающего ее непосредственно во время работы, в большинстве случаев положительное. И лишь немногие не придают никакого значения музыке, как чему-то вдохновляющему.

В 2005 году ученые из Великобритании выяснили, что спортсменам во время тренировок прослушивание музыки помогает увеличить результативность на 20 процентов. Получается, что влияние музыки на психику человека подобно допингу, применяемому

некоторыми спортсменами. Вот только в отличие от запрещенных веществ музыка не нанесет вред здоровью и не проявится в антидопинговых тестах.

Спортсменам для улучшения результатов можно посоветовать, во время интенсивных тренировок слушать музыку с быстрым темпом, а во время перерывов медленную музыку. Офисным же работникам (ну или тем, кто занят на удаленной работе), считающим, что музыка помогает человеку в работе, совет такой – если музыка во время работы вам действительно необходима, желательнее слушать ту, которая не содержит слов.

О том, что музыка нам строить и жить помогает, свидетельствуют результаты опроса, проведенного среди специалистов, а также менеджеров среднего и высшего звена LinkedIn (социальная сеть для установления деловых связей и расширения профессиональных контактов). Обратите внимание на инфографику, 71% участников заявили, что ощущают положительное воздействие музыки на продуктивность и производительность труда. Также вы можете видеть, какому направлению отдают предпочтение опрошиваемые в той или иной обстановке.

Касаемо физического труда здесь дело обстоит проще. В данном случае музыкальная композиция отвлечет вряд ли, ведь несложная физическая работа выполняется на автомате, а музыка здесь больше используется для поднятия настроения. Кстати, о настроении.

Как музыка влияет на настроение человека?

То, как музыка помогает человеку справиться с трудными жизненными ситуациями, вряд ли сопоставимо с каким-либо другим воздействием внешних факторов. Музыка способна создать и поддерживать нужное настроение. Она помогает расслабиться (не удивительно, что после работы некоторые люди, первым делом пере-



ступая порог собственного дома, включают любимые композиции), а может наоборот зарядить энергией. По утрам лучше слушать бодрящую и ритмичную музыку, она поможет проснуться и заставит вас соскочить с постели в желании изменить свою жизнь к лучшему. Также веселая и энергичная музыка влияет на психику человека и заставляет его сменить грусть на радость, а печаль – на оптимизм и жизнелюбие.

Спокойная и плавная музыка поможет расслабиться и успокоиться, отвлечься от повседневных забот, уменьшить количество мыслей в голове и сосредоточиться на саморегуляции. Медленная и релаксирующая музыка влияет на человека как снотворное, поэтому если вас мучает бессонница, и вы не знаете, как быстро уснуть, используйте этот факт.

Какое бы настроение вы не хотели задать с помощью музыки, важно выбрать те композиции и мелодии, которые вам нравятся, и которые будут ласкать ваш слух. Сила музыки заключается в том, что ее влияние обусловлено психоэмоциональным состоянием человека. Она способна положительно воздействовать и сделать человека счастливее, если будет гармонировать с этим состоянием. В противном случае влияние музыки на человека может оказаться негативным.

Что касается стилей и направлений музыки, то здесь не все так просто. С одной стороны, человек должен слушать ту музыку, которая ему по душе, с другой стороны, исследования ученых говорят о том, что различные направления музыки способны воздействовать на физическое и эмоциональное состояние человека по-разному.

Воздействие разных стилей и направлений музыки

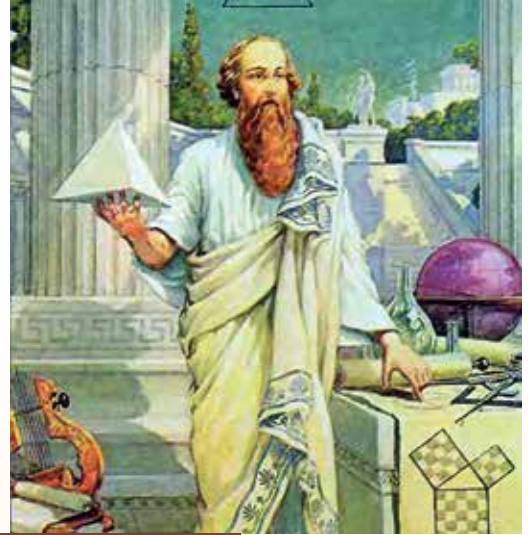
Самое всестороннее влияние на человека оказывает классическая музыка. Именно о влиянии классической музыки на человека говорится больше всего. Ученые приписывают классическим произведениям просто чудодейственный эффект.

Больше всего разговоров ведется вокруг творений таких признанных гениев, как Вивальди, Моцарт, Бетховен, Чайковский, Шуберт, Григ, Дебюсси и Шуман. Принято считать, что музыка Моцарта способствует быстрому усваиванию информации и влияет на умственную работоспособность. Снять мигрень помогут «Венгерская рапсодия» Листа, Полонез Огинского и «Фиделио» Бетховена. Лучшим средством от бессонницы считаются пьесы Сибелиуса и Грига, ну, конечно Чайковского. Если не знаете, что делать с плохой памятью, вам должно помочь периодическое прослушивание произведений, входящих в цикл «Времена года» Вивальди.

В отличие от классической музыки медики не рекомен-

дуют долго слушать группы, играющие в стиле рэп, хард-рок и хеви-метал. Хард-рок часто является причиной неосознанной агрессии, рэп также пробуждает отрицательные эмоции, а хеви-метал и вовсе может стать причиной психических расстройств.

Что касается других жанров: блюз, джаз и регги могут вывести вас из депрессивного состояния; музыка в стиле поп кому-то может поднять настроение, а кому-то испортить; мышечное и нервное напряжение снимет мелодичный рок, а тяжелый рок наоборот введет в ступор.



Из истории

Окунувшись в историю, можно узнать, что впервые научное объяснение влияния музыки на здоровье человека прозвучало из уст древнегреческого ученого и философа Пифагора – «Всякая мелодия синхронизирует работу внутренних органов человека. Происходит это потому, что любой из наших органов это источник энергии и электромагнитных волн заданной частоты, а так как звуки музыки тоже являются волнами, они входят с ними в резонанс – и настройки нашего тела меняются. Когда звучит мелодия, ее акустическое поле налагается на акустическое поле организма и получается, что мы испытываем на себе определенного рода клеточный массаж».

Пифагор излечивал многие как душевные, так и физические заболевания, с помощью специально составленных им композиций. Каждое утро он начинал с пения, по его словам, это помогало ему возбудить активность к дневной жизни и освободить свой ум ото сна. А вечером он пел песни, дабы успокоить нервы и настроиться на отдых.

Пифагор ничуть не колебался относительно влияния музыки на организм человека, и повсеместно доказывал огромное ее воздействие на чувства и эмоции человека, на ум и тело. Он даже ввел такое понятие как – «музыкальная медицина». «Душа должна быть очищена от противных рассудку влияний торжественным и величественным песнопением, которому полагается аккомпанировать на лире», говорил древнегреческий ученый.

Однако Пифагор был не единственный, кто в древние времена лечил людей с помощью музыки. Так, еще в египетских папирусах были найдены упоминания о том, как древние жрецы оздоравливали египтян с помощью мелодий и звуков. А в Ветхом Завете говорится, что Давид игрой на арфе лечил нервное помешательство царя Саула. Да и в самой Греции кроме Пифагора были другие мудрецы, верившие в целительные свойства музыки и ее влияние на здоровье человека.

Например, греческий врач Эскулап больших радикулитом лечил громкой игрой на трубе. Были и другие «лекари-музыканты»: одни игрой на флейте снимали боли, другие пением умирляли психически больных. Так что человечество издревле знакомо с врачующим действием музыки.

Чтобы понять, какое воздействие на вас оказывает музыка того или иного жанра, следует просто понаблюдать за своими эмоциями и ощущениями.

Культурная и национальная принадлежность человека тоже является фактором восприятия той или иной мелодии. Скажем для европейца звучание восточных мотивов не всегда приятно, а длительное воздействие подобной музыки является не просто раздражителем, а может привести к серьезным психическим расстройствам. Это же касается и азиатов, влияние западной музыки на психику человека с востока вряд ли окажется полезным. Поэтому-то ученые и рекомендуют людям слушать композиции своих народностей. Человек должен помнить о своих корнях, народная музыка оказывает положительное влияние на человека – она отлично успокаивает, как бы возвращая людей к их историческим корням. Этническая музыка очищает пространство от негативного воздействия и открывает энергетические центры, насыщает биополе человека энергией и нормализует жизненные потоки.

Звуки инструментов

Некоторые специалисты убеждены, что не только жанр, ритм и тональность произведения имеют значение, но и то, на каком именно музыкальном инструменте была



сыграна мелодия. Звучание отдельно взятого музыкального инструмента влияет на определенный орган человеческого организма. Так, например, струнные инструменты (скрипка, гитара, арфа и виолончель) – оказывают оздоровительный эффект на работу сердечно-сосудистой системы. Помимо этого, звучание струнных вызыва-

ют у человека чувство благодарности, сострадания и жертвенности.

Игра на пианино и рояле гармонизирует психику, очищает щитовидную железу, приводит в норму работу мочеполовой системы. Звуки органа нормализуют энергетические потоки в позвоночнике и стимулируют мозговую активность. Духовые инструменты очищают бронхи и улучшают работу дыхательной системы, а также положительно влияют на кровообращение. В свою очередь ударные инструменты лечат печень и кровеносную систему.

Впрочем у тех, кто серьезно занимается изучением воздействия музыки на здоровье человека, порой мнения о том, какой из инструментов положительно сказывается на каком органе, расходятся.

Давайте более подробно остановимся на том, как музыка помогает человеку побороть то или иное заболевание.

Лечебные свойства музыки

Как уже было написано выше, наибольшим терапевтическим эффектом, по мнению ученых и медиков, обладает классическая музыка, которая нормализует сердечный ритм и повышает в крови уровень иммуноглобулина.

Объясняется это тем, что ритмы классической музыки и ритмы сердца человека совпадают (в минуту 60–70 ударов), что объясняет их благотворное влияние на все основные функции организма.



Классические мелодии увеличивают лактацию, как у кормящих женщин, так и у млекопитающих. С удовольствием слушают классику дельфины, растения быстрее растут и зацветают. При хронической усталости обеспечат зарядом бодрости и энергии «Скрипичный концерт» и «Венгерские танцы» Брамса.

Бессонница. Немецкими учеными установлено, что колыбельные песни гораздо эффективнее снотворных. Прослушиваемые на ночь колыбельные обеспечивают глубокий, здоровый сон, как детям, так и взрослым.

Выработке мелатонина – гормона сна способствуют: «Концерт для фортепиано» (2-я часть) Бетховена, «Возблагодарим Господа» (116 псалом) Моцарта, Дебюсси «Лунный свет», «Вторая симфония» (3-я часть) Рахманинова, Вивальди «Концерт для гобоя», григорианские псалмы. Наибольший эффект достигается при прослушивании музыки перед сном.

Алкоголизм лечится успешнее под звуки балета Равеля «Дафнис и Хлоя».

Шизофреники ведут себя более стабильно под музыку Генделя.

Улучшение кровообращения вызывают звуки кларнета и флейты-пиккало.

Нормализуют давление и сердечную деятельность негромкие, спокойные мелодии струнных инструментов и «Свадебный марш» Ф. Мендельсона.



Будущим мамам полезно слушать классику, которая способствует правильному формированию костной структуры плода. Кроме того, гармонические звуки закладывают основу духовного и физического развития будущего малыша. Беременные женщины, слушая классическую музыку, могут излечиться от сердечных, сосудистых, нервных расстройств. Особенно благотворно влияет на беременную женщину и на плод творчество Моцарта. Наблюдается разная реакция плода на звуки в зависимости от уровня громкости, частоты, ритма, стиля исполнения. По толчкам малыша можно понять, нравится ли ему музыка. Спокойные мелодии могут его успокоить, а веселые – взбодрить.

Учеными было замечено, что малыши запоминают, а позже реагируют на музыкальные заставки сериалов, которые их мамы люби-

Ученые установили, что звуки, исходящие с различной периодичностью и в определенной тональности, способны убивать болезнетворные микробы. Когда в средние века города охватывала эпидемия чумы, чтобы справиться с ней народ, не переставая звонил в колокола. И это действительно помогало. Сегодня достоверно известно, что активность микробов в организме человека падает на 40%, после того, как он продолжительное время слушает церковную музыку или колокольный звон.

ли смотреть в период беременности. Во время звучания знакомых мотивов у детей даже учащается пульс. На шестом месяце развития ребенок начинает двигаться под звуки оркестровой музыки. От всемирно известных мелодий Моцарта плод успокаивается уже на 4 месяце нахождения в живо-





тике мамы. Сочинения Брамса и Бетховена, напротив, тревожат его. Маленькие «пузожители» любят, когда мама им напевает колыбельные, а из колонок доносятся произведения Генделя и Вивальди. Ритмы этих мелодий напоминают размеренное сердцебиение. А новорожденные ведут себя спокойно при звуках морских волн или водопада, ведь они схожи с родными внутриутробными шумами.

Рекомендации

Музыка только тогда приносит пользу, когда доставляет удовольствие, когда ее слушают, пропуская через свои мысли и сознание.

Следите за своими реакциями, если музыка вызывает внутренний протест (жанр, исполнение, неприятные ассоциации), то использовать ее в качестве музыкальной терапии не стоит, даже если она рекомендована врачом.

Применяя музыку в лечебных целях, не переусердствуйте! Сеанс музыкотерапии должен заканчиваться, как только вы почувствуете, что мелодия начинает вас раздражать и утомлять. Даже несколько минут способны оказать положительное воздействие.

Музыка должна звучать только для вас, настраивайтесь на соответствующий лад, останавливайте ход ваших мыслей, особенно тревожных, представляйте тот эффект, который вы желаете получить.



Музыка Моцарта – феномен положительного воздействия звуков на живые организмы: она **развивает интеллект, повышает умственные способности** у всех слушателей, независимо от того, нравится мелодия или нет, обладает обезболивающим эффектом, улучшает периферийное зрение.

Уменьшить тревожность, выйти из стрессового состояния помогут мажорные небьюстрые мелодии этнических композиций, симфонии Чайковского, рапсодии Листа, «Вальсы» и «Мазурка» Шопена, «Мелодии» Рубинштейна.

Успокоение и снятие нервного напряжения. Расслабляют звуки флейты, игра на скрипке или фортепиано, звуки природы, полезны классические произведения:

Дебюсси «Свет луны», «Ноктюрн соль-минор» Шопена, «Симфония №6» Бетховена, «Аве Мария» Шуберта, «Колыбельная» Брамса.

Улучшение общего самочувствия, поднятие жизненного тонуса. Необходимы маршевые мелодии, оказывающие мобилизующее действие, ускоряющие сердечный ритм. Из классики: 3-я часть «Шестой симфонии» Чайковского, «Увертюра Эдмонд» Шопена, «Венгерская рапсодия 2» Листа.

Избавление от мигрени и многих болей принесут религиозные мелодии, полонез Огинского, Моцарта «Дон Жуан», Хачатуряна «Сюита Маскарад», Листа «Венгерская рапсодия 1», «Фиделио» Бетховена, «Юморески» Дворжака.

Подготовила Ольга Шматова



Дефицит магния – недооцененный фактор риска развития сердечно- сосудистых заболеваний

Дефицит магния в организме человека является довольно распространенным явлением. В связи с этим ученые Соединенных Штатов Америки провели обзор ранее опубликованных исследований, в рамках которого изучили распространенность этого состояния, причины, последствия и взаимосвязь дефицита магния с развитием различных хронических заболеваний. Результаты этой работы опубликованы 13 января 2017 г. в разделе «Open Heart» Британского медицинского журнала «The BMJ».

Прежде всего стоит отметить, что уровень магния в сыворотке крови не всегда отображает количество внутриклеточного микроэлемента, которое составляет более 99% общего количества магния в организме человека, поэтому большинство случаев дефицита магния в обычных клинических ситуациях не диагностируют. Кроме того, из-за хронических заболеваний, приема лекарственных средств, снижения содержания магния в продовольственных товарах, употребления

очищенных и обработанных пищевых продуктов подавляющее большинство людей в современных условиях подвержены риску развития дефицита магния.

Некоторым людям необходим дополнительный прием препаратов магния, чтобы предотвратить субоптимальный дефицит этого микроэлемента, особенно в профилактических целях в отношении развития некоторых хронических заболеваний, так как даже субклинический дефицит магния повыша-

ет риск возникновения многих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Отмечается, что более 50% пациентов, госпитализированных по поводу одного из следующих патологических состояний, скорее всего, имеют дефицит магния в организме: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная патология, заболевания желудочно-кишечного тракта и алкоголизм.

Указывается, что у 80% пациентов, принимающих некоторые мочегонные препараты (в основном петлевые и тиазидные диуретики), выявляют дефицит магния в организме, несмотря на нормальный или даже повышенный уровень этого микроэлемента в сыворотке крови. Известно, что дефицит витамина B₆, а также избыток кальция и витамина D могут привести к дефициту магния. Также имеются данные

об ассоциациях дефицита магния с повышенными физическими нагрузками, а также метаболическим синдромом, сахарным диабетом, депрессией, галлюцинациями и другими заболеваниями эндокринологического и психоневрологического профиля.

Магний оказывает прямое влияние на релаксационную способность клеток гладких мышц сосудов и участвует в регуляции других микроэлементов, воздействующих на уровень артериального давления, таких как натрий, калий и кальций, в результате чего он как непосредственно, так и опосредованно может играть важную роль в развитии артериальной гипертензии. Также дефицит магния может predispose к усиленной реакции на применение сосудосуживающих средств, таких как ангиотензин II и катехоламины.

Низкий уровень магния может приводить к развитию эндотелиальной дисфункции, потенциально повышая риск возникновения тромбоза и атеросклероза. Гипомагниемия может нарушать высвобождение оксида азота из эндотелия коронарных сосудов, в то время как прием препаратов магния может улучшить эндотелийзависимую вазодилатацию у пациентов с ишемической болезнью сердца. Поскольку оксид азота является одновременно сосудорасширяющим агентом и ингибитором агрегации тромбоцитов, это делает применение препаратов магния перспективным видом фармакотерапии при лечении пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Более того, прием препаратов магния может способствовать высвобождению простаглицлина из сосудистой стенки.

Указывается, что дефицит магния может приводить к повышенной кальцификации и прогрессированию фиброза в различных органах, а также негативно модифицировать липидный профиль. Более того, ранее уже было доказано, что клинически дефицит магния может проявляться развитием нарушений сердечного ритма и судорогами,

а на основании результатов многочисленных исследований клиницистам рекомендуют рассматривать необходимость дополнительного внутривенного введения препаратов магния пациентам, у которых не достигается необходимый ответ на традиционную антиаритмическую терапию при развитии рецидивирующей желудочковой тахикардии/фибрилляции на фоне острого инфаркта миокарда, идиопатической дилатационной кардиомиопатии или застойной сердечной недостаточности.

Ученые отмечают, что дополнительный прием препаратов магния может быть эффективным при лечении пациентов с рефрактерной желудочковой тахикардией, фибрилляцией желудочков, мультифокальной предсердной тахикардией, фибрилляцией предсердий и суправентрикулярной тахикардией, пролапсом митрального клапана I степени, регургитацией, суправентрикулярной или желудочковой экстрасистолией, а также пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией.

Аутопсийные исследования демонстрируют низкое содержание магния как в некротизированных, так и в не затронутых инфарктом участках миокарда у умерших по причине острого инфаркта миокарда, а результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о повышении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в регионах с низким содержанием магния в питьевой воде.

Как известно, магний необходим для образования и активации аденозинтрифосфата и является неотъемлемой частью формирования сократительной способности сердечной мышцы и реакций окислительного фосфорилирования в митохондриях кардиомиоцитов. В одном из изученных исследований указывают, что внутривенное введение сульфата магния сразу после завершения тромболитической терапии значительно снизило смертность от всех причин, а также частоту развития последующих желудочковых аритмий и повторного инфаркта миокарда.

Показано, что дополнительный прием препаратов магния ингибирует тромбообразование у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца на 35%, и этот эффект является аддитивным по отношению к ацетилсалициловой кислоте и не зависит от агрегации тромбоцитов. Все это указывает на то, что магний является антитромботическим и антиагрегантным агентом и что дефицит магния может обуславливать тромботические процессы.

В заключение исследователи пришли к выводам, что субклинический дефицит магния является довольно распространенной и явно недооцененной проблемой во всем мире. Важно отметить, что субклинический дефицит магния не проявляется в виде клинически выраженной симптоматики и, следовательно, не так легко распознается клиницистом. Несмотря на этот факт, субклинический дефицит магния, вероятно, приводит к развитию артериальной гипертензии, нарушениям сердечного ритма, повышенной кальцификации стенок артериальных сосудов, атеросклероза, сердечной недостаточности и повышенному риску тромбоза.

Это говорит о том, что субклинический дефицит магния является одним из основных, но недооцененным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим авторы считают необходимым приложить еще больше усилий в области общественного здравоохранения для информирования как пациентов, так и практикующих врачей о распространенности, вреде и необходимости своевременного выявления субклинического дефицита магния.

DiNicolantonio J.J., O'Keefe J.H., Wilson W. (2018) Subclinical magnesium deficiency: a principal driver of cardiovascular disease and a public health crisis. *Open Heart*, 5: e000668.

Олег Мартышин

www.umj.com.ua

Редакция «Украинского медицинского журнала»

Подчеркнуть все достоинства фигуры просто!



Каждая женщина мечтает выглядеть привлекательной и стильной, но, порой, не всегда получается идеально сочетать вещи, цвета и аксессуары, либо скрыть какой-либо недостаток фигуры или напротив подчеркнуть ее достоинства. А для того чтобы уметь все это делать, важно знать тип своей фигуры. Каждый из типов фигур обладает особенностями, которые лучше скрыть от чужих глаз, и изюминкой, которую можно подчеркнуть при помощи одежды. Как это сделать?

Фигура «Перевернутый треугольник» или «Морковка»

Женщин с фигурой типа «перевернутый треугольник» отличают широкие плечи невыразительная талия и узкие бедра. Величина груди бывает разной. Ягодицы у «перевернутого треугольника» обычно плоские, ноги длинные и тонкие.

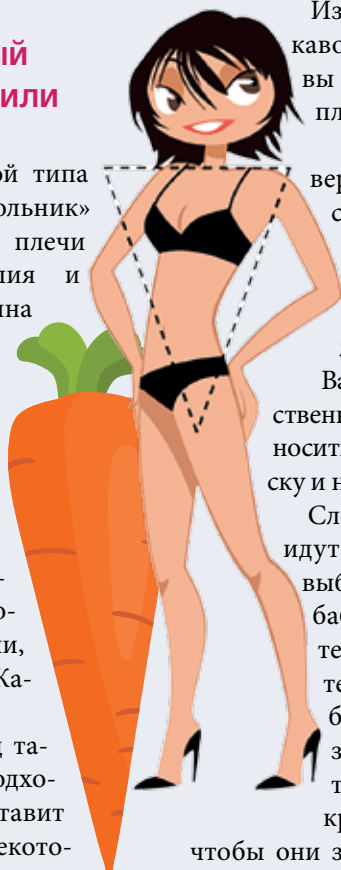
Среди звезд фигурами «перевернутый треугольник» обладают Анастасия Волочкова, Анджелина Джоли, Кэтрин Зета Джонс, Камерон Диас.

Для обладательниц такого типа выбирать подходящую одежду не составит труда. Используйте некоторые рекомендации для этого.

Желательно, чтобы вокруг шеи была полоска ткани (ну или чего-нибудь другого), чтобы визуально сузить плечи. Хорошо будет смотреться так называемая американская пройма.

Старайтесь, чтобы вырез был V-образным, глубоким овальным или в виде сердца.

Для вас хороша юбка-солнце, которая хорошо держит форму. Она визуально расширит ваши бедра.



Избегайте коротких рукавов и узких юбок: ими вы подчеркнете широкие плечи и узкие бедра.

Если у платья темный верх и светлый низ, оно сделает вашу фигуру пропорциональной.

Туники и одежда без бретелек тоже отлично вам подойдет.

Ваш тип фигуры – единственный, который позволяет носить горизонтальную полоску и не выглядеть полной.

Следующим номером идут топы и рубашки. Ваш выбор – топы с рукавом-бабочкой. Старайтесь, чтобы они были темнее, чем юбка или брюки – так вы сузите верхнюю часть тела. Кроме того, крайне желательно,

чтобы они заканчивались на середине бедра – талия будет казаться уже. Попробуйте одежду с рукавом реглан.

Не покупайте вещей, перегруженных деталями. Вам так же следует избегать широких воротников и больших рукавов. Избегайте вырезов «лодочка».

Юбки должны создавать объем, поэтому откажитесь от юбки-карандаш. Ваш выбор – юбки-трапеции или плиссированные, или с завышенной талией, или крой



«солнце». Для «перевернутого треугольника» – косые линии, светлые тона, то есть все, что сделает вашу попу пропорциональной плечам. Лучшая длина – до колена.

«Перевернутый треугольник» особенно эффектно смотрится в расклешенных брюках и «бойфрендах».

В принципе, «треугольник» не особенно проблемная женская фигура. И позволить себе, если нет сильной диспропорции, можно очень многое. Самое критичное – это лишний вес, так как верхняя часть может стать очень массивной. А это очень нарушает пропорцию фигуры.

Одежда «треугольников» не должна быть перегружена деталями в верхней части, чтобы не утяжелять ее.



**Фигура
«Песочные
часы»**

У «песочных часов» сбалансированные пропорции: грудь и бедра ярко выражены и имеют примерно одинаковые параметры. Талия всегда четко выделяется и составляет примерно 75% от размера бедер. Если женщина – песочные часы поправляется, то жир откладывается в нижней части фигуры – на попе и бедрах.

Стоит сказать, что «песочные часы» в 19 веке считались идеальной фигурой. Чтобы добиться именно такой фигуры женщины затягивались в корсеты. И сегодня такие формы считаются совершенными – и очень нравятся мужчинам.

Среди звезд с фигурой песочные часы можно отметить Софи Лорен, Мэрилин Монро, Скарлетт Йоханссон.



Этому типу фигуры подобрать одежду намного проще. Если у вас нет лишнего веса, вам можно носить практически все. Песочным часам пойдет любой стиль: и спортивный стиль, и романтичный, и деловой – выбор только за вами.

Отличный вариант для «песочных часов» – топ без бретелек или блузки с глубоким декольте – таким образом, вы уравновесите верх и низ. Обтягивающие или с запахом топы, кофты или блузки также подчеркнут вашу талию.



Главное правило – избегайте мешковатой одежды – она сделает вас квадратной, и не делайте акцентов на бедра.

Если у вас великолепные ноги, смело носите мини-юбки. Юбки-карандаш и юбки с завышенной талией также отлично подойдут вашему типу фигуры.

Старайтесь не надевать юбки полосатые или с крупным орнаментом, так как в них ваша попа будет выглядеть очень большой.

Не носите джинсы с низкой посадкой – так вы сделаете акцент на ваши бедра, и они будут казаться больше. Не покупайте брюки с накладными карманами по бокам, а также с вышивкой и другими акцентами на бедра.



Фигура «Яблоко»

У женщин с типом фигуры «яблоко» – широкая талия, большая грудь, но бедра и ноги – относительно стройные.

Выделяют два типа фигуры «яблоко». Это «яблоко» – округлый тип. Основная часть объема располагается выше бедер – в области груди и талии. Бедра и плечи практически одинаковы, талия же бывает шире их. Наиболее широкие части тела – это грудная клетка и спина, талия обозначена нечетко. Плечевой пояс достаточно широкий.

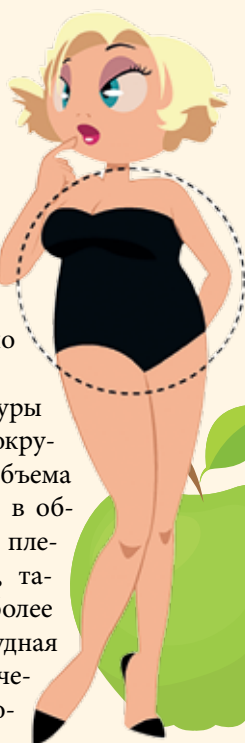
У обладающих этим типом фигуры бывают округлые ягодицы, но встречаются и плоские; то же самое касается и груди: грудь может быть пышной, а может быть средней величины. Вес набирается по большей части в области живота, что делает фигуру немного похожей на яблочко или шарик.

Тип фигуры «яблоко» очень коварен, поэтому надо с особой тщательностью подходить к выбору одежды.

На вас отлично будут сидеть платья, скроенные по косой, и платья с поясом. Выбирайте монохромные платья. Можете добавить цвет, но только ближе к низу, чтобы отвлечь внимание от талии.

Избегайте летящих тканей, так как они чересчур развеваются и создают объем. А вам это не нужно.

При выборе топов руководствуйтесь следующими правилами:



- Избегайте слишком облегающих и слишком мешковатых силуэтов. Форма выреза – любая. V-образный или «лодочка», или фигурный, может быть и высокий ворот.
- Избегайте больших и пышных рукавов. Вам подойдут топы, облегающие грудь, и свободные в районе талии. Старайтесь, чтобы длина была ниже талии, дабы не акцентировать внимание на животе. Открывайте шею и грудь. Подчеркивайте грудь.
- Кстати, вам очень пойдут жилетки. Они сделают вашу талию более стройной. Попробуйте многослойность. Если вы наденете топ-майку и легкую блузку, вы сможете визуально уменьшить свой живот.

Общее правило для подбора юбок и брюк – темные тона. Юбка с

высокой талией сделает вашу талию стройнее, скроет животик, и поможет избежать перетянутости, а следовательно, у вас не будет никаких выступающих боков. Визуально создать форму «песочных часов» вам помогут юбки-трапеции. Кроме того, попробуйте и юбки-солнце, а если надеть полуприлегающий топ или кофту, вы определенно будете выглядеть стройнее.

А вот юбка-карандаш вам не подойдет, как бы она вам не нравилась. И никаких мини – в них вы будете смотреться как шарик на ножках.

Идеальная для вас длина – до колена или середины икры. И никаких броских поясов.

К сожалению, вам противопоказаны джинсы и брюки с заниженной талией. Зато брюки с высокой талией или слегка заниженной вам отлично подойдут – они создадут отличный силуэт без перетяжек.



Фигура «Груша»

У женщин с типом фигуры «груша» – тяжелый низ. У них узкие плечи и широкие бедра, талия хорошо очерчена. Фигура типа «груша» бывает трех видов:

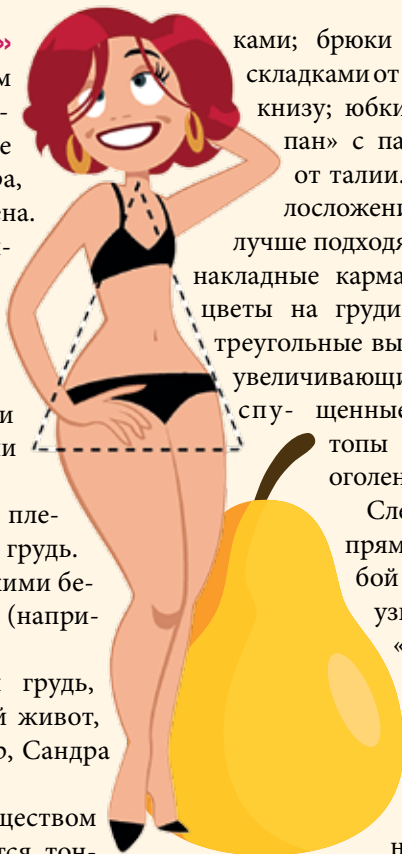
Кегля – грудь среднего размера, стройная талия, небольшой животик, широкие бедра и худые икры, как у Холли Берри.

Колокольчик – узкие плечи и талия, небольшая грудь. Талия короткая с широкими бедрами и большая попа (например, Хилари Клинтон).

Груша – маленькая грудь, длинная талия, плоский живот, и мощные ноги. Пример, Сандра Баллок.

Главным преимуществом фигуры «груша» является тонкая талия, которая не зависит от роста и веса ее обладательницы, поэтому именно ее и следует подчеркивать, грамотно составляя гардероб. Кроме того, чтобы добиться гармонии в фигуре, акцент с полных бедер необходимо переносить на хрупкую верхнюю часть.

Гармонично в облике будут смотреться приталенные жакеты с закругленными плечами, изогнутыми отворотами, плавными кромками; укороченные блузы с подплечни-



ками; брюки с несколькими складками от пояса, суженные книзу; юбки фасона «тюльпан» с парочкой складок от талии. Этому типу телосложения как нельзя лучше подходят жабо и банты, накладные карманы и тканевые цветы на груди, квадратные и треугольные вырезы, визуально увеличивающие линию плеч, спущенные рукава, а также топы и кофточки с оголенными плечами.

Следует избегать: прямых платьев любой длины, юбок и узких брюк, брюк «галифе», джинсов мужского покроя, вещей с низкой талией, с выступающими карманами на боках и сзади, низких поясов, а также крупных рисунков и горизонтальных линий в области бедер. В силу контрастности данного типа фигуры необходимо уделять особое внимание тканям, из которых изготовлена одежда. Так, предметы для верхней части тела (кофты, свитера, пиджаки, джемпера) должны быть преимущественно из более тяжелой ткани, чем брюки и юбки. Хорошо смотрятся на такой фигуре изделия крупной вязки.



Прямые от бедра джинсы создадут эффект длинных ног, и никаких зауженных к низу брюк. Это только сделает ваши бедра больше.

5 вещей, которые должны быть в гардеробе женщин с фигурой «груша»:

- Расклешенные от колена брюки. В них ваши ноги будут казаться стройными.
- Юбка-трапеция.
- Топы или свитера с квадратными вырезами или полосками.
- Жакеты и топы до талии.
- Цветные топы.



Фигура «Прямоугольник»

Тип женской фигуры «прямоугольник» (тип Н) характеризуют одинаковые по ширине плечи и бедра, слабо выраженная талия, которая при наборе веса практически исчезает, среднего размера грудь, стройные ноги, прямые бока, достаточно плоские ягодицы и, в целом, тело, внешне напоминающее прямоугольник. Женщины с такой фигурой могут иметь тенденцию к полноте, при этом лишние килограммы, в основном, накапливаются в области бедер и живота, и

Знаменитости – Кэмерон Диас, Натали Портман.

Подбирая гардероб, помните, что фасон нарядов должен повторять силуэт вашей фигуры. Отметим несколько вариантов, которые помогут добиться объемных, плавных линий: удлиненные модели свитеров, пиджаков и кардиганов – главное, чтобы вырез был не круглый. А также одноцветные сарафаны, платья, топы, а также блузки с высокой талией, собранные под грудью, а книзу расклешенные. Подойдут вам и модели на основе не слишком узких корсетов.

Учтите, что женщинам с типом

у вас стройные, ровные ноги, подберите капри. Купите утягивающее белье: пояса, высокие шорты, длинные майки. Эти элементы гардероба помогут скрыть живот и зрительно сузить талию.

«Прямоугольникам» категорически запрещена облегающая и мешковатая одежда, а также слишком узкие юбки. Отдавайте предпочтение кофтам с овальным или квадратным вырезом, также прекрасно смотрится глубокий V-образный. Что касается тканей, то нежный шифон, шелк, гипюр и кружево не сделают ваш образ элегантным – подбирайте более плотные материалы. Чтобы придать плечам более женственные плавные линии, используйте подплечники.

И еще несколько рекомендаций, чтобы не портить внешний вид своей фигуры, женщине-«прямоугольнику» нельзя носить: юбки на резинке (широкие), узенькие брючки и юбочки, мешковатую одежду, удлиненные жакеты, маечки и топы на тоненьких бретельках, «продвинутые» джинсы, обтягивающие брюки, юбочку-карандаш.



чем больше избыточного веса, тем менее рельефными становятся контуры фигуры. Поэтому людям с таким типом фигуры следует всегда держать себя в форме.

«прямоугольник» не рекомендуется застегивать пиджак – это поможет уравновесить бедра и плечи. Такая одежда, как юбки, джинсы или брюки должны быть с завышенной талией, длиной не ниже колена. Если





Сочетание цветов и оттенков

Если вы надеваете одежду красного цвета, будьте готовы к повышенному вниманию: это цвет для уверенных в себе людей. Мы не советуем носить красный тотал-лук, чтобы избежать излишней сексуальности. Настоящей классикой является сочетание черного и красного. Выбирайте такие вещи, чтобы цвета были представлены крупными цветовыми блоками. Например, комбинируйте брюки и свитер черного цвета с красным пальто. Пастель! Смело сочетайте пастельные оттенки: в этом году наступает их время. Всемирно известный институт Pantone назвал два цвета года: розовый кварц и бледно-лавандовый. Наступающая весна будет нежной и сентиментальной!

Белый! Белый комбинируется со всеми другими цветами. Особенно выигрышно он смотрится с синим, красным и черным. Для создания casual-образов обратите внимание на красивое сочетание белого с песочным или коричневым. Такие сдержанные цвета будут прекрасно смотреться и в деловом стиле.

Деним! Долгое время сочетание денима разных цветов было под запретом, сейчас же оно регулярно встречается на street-фотографиях со всех недель моды. Не бойтесь сочетать джинсовые вещи. Главное правило: оттенки не должны совпадать. Например, носите светлую рубашку и темно-синие джинсы.

Морская тема! Первой матроску начала носить Коко Шанель в 30-е годы прошлого века. Темно-синяя полоска до сих пор считается одним из самых стильных принтов. Цветовая гамма морской темы включает синий, белый, черный и красный цвета. Для создания изысканного образа дизайнеры советуют добавлять золотые аксессуары.

Горчичный! Горчичный идеально сочетается с коричневым, шоколадным, древесным, беже-

вым, желтым. Также для создания классического образа его можно комбинировать с базовыми цветами: белым и черным. Наш выбор – сочетание горчичного и розового. Такой микс можно носить даже в офис, оставаясь при этом нежной и женственной. К тому же горчичный считается самым модным цветом 2018 года.

Марсала! Невероятно красивый цвет марсала назван в честь сицилийского вина. Этот винный оттенок легко комбинируется со множеством других цветов. Лучше всего его сочетать с классическими: черным, белым, серым. Также марсала можно смешивать с бежевым, молочным, кофейным.

Розовый! Чтобы создать нежный и женственный образ – носите розовый цвет. Он сочетается с белым, бежевым, голубым, коричневым, синим. Самое выигрышное сочетание розовый цвет образует с белым: в таком виде можно пойти даже на работу или деловую встречу. Наступила весна, а значит самое время купить розовое пальто, не находите эту идею идеальной?! Носите его с бежевыми или белыми брюками.

Серый! Серый цвет – не значит скучный. Он является идеальной основой для офисного стиля, но мы не советуем носить его с ног до головы. Лучше отдайте предпочтение комбинации серого и зеленого. Серый цвет сочетается с любым оттенком зеленого: от мятного до оливкового.

Синий! Синий цвет является одним из самых аристократичных в цветовой палитре. Он удачно сочетается с белым, бежевым и цветом слоновой кости. Также его можно комбинировать с коричневым, красным и желтым. Сочетание с коричневым создаст благородный образ!

Надеемся, что наши рекомендации помогут вам выглядеть стильно и всегда пребывать в хорошем настроении. Будьте модными!

Подготовила Ольга Шматова



Для лечения остеоартроза и остеохондроза - Хондроксид®



ХОНДРОКСИД® Таблетки 250 мг №60

- Оказывает противовоспалительное действие и уменьшает болезненность.
- Тормозит процессы разрушения хрящевой ткани.
- Способствует восстановлению хряща суставов.
- Увеличивает подвижность пораженных суставов.

Представительство ОАО «Нижегородский химико-фармацевтический завод»
в Республике Казахстан, г. Алматы, мкр. Хан Танири, 55Б,
тел.: 222-21-00, 398-64-95

STADA
Стандарт
немецких препаратов

РК-ПС-5-№013494 от 18.12.2013 г.
Разрешение №КЗ75VBV00000190 от 26.05.2014 г.

Состав

Одна таблетка содержит хондроитина сульфат натрия 250 мг

Показания к применению

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника (остеоартроз, в т.ч. остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава, спондилоартроз, остеохондроз, остеопороз).

Способ применения и дозы

Внутрь, по 0,5 г (2 таблетки) 2 раза в сутки.
Таблетки принимают, запивая небольшим количеством воды.
Рекомендуемая продолжительность начального курса составляет 6 месяцев.
Терапевтическое действие препарата сохраняется в течение 3-5 месяцев после его отмены в зависимости от локализации и стадии заболевания.

Побочные действия

Аллергические реакции; тошнота, рвота, запор, боли в эпигастрии, метеоризм, диарея.

Противопоказания

Гиперчувствительность к компонентам препарата, детский и подростковый возраст до 18 лет, беременность, период лактации, склонность к кровотечениям, тромбофлебиты, выраженные нарушения функции почек.

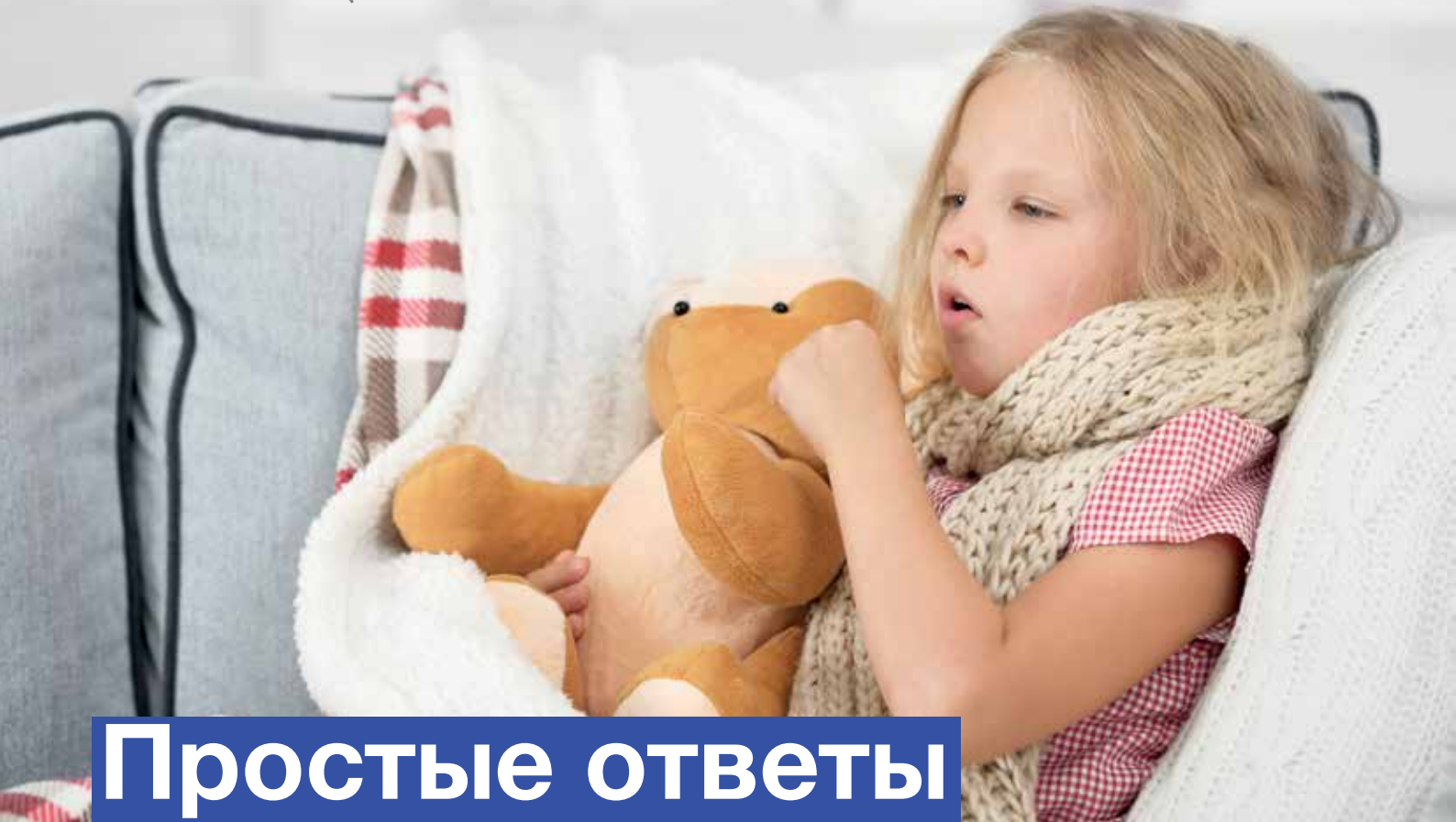
Особые указания

При совместном применении препарата с непрямыми антикоагулянтами, антиагрегантами, фибринолитиками требуется более частый контроль показателей свертывания крови. Не применяется при кровотечениях или склонности к ним. Не оказывает влияния на способность управлять автомобилем или потенциально опасными механизмами.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Перед применением изучите инструкцию по медицинскому применению.



Простые ответы на сложные вопросы о муколитиках для детей

DOI: 10.15690/vsp.v14.i4.1391

О.И. Симонова^{1,2} – д.м.н., профессор, заведующая отделением

¹ Научный центр здоровья детей, г. Москва

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва

Статья посвящена применению N-ацетилцистеина в педиатрической практике. Рассмотрены различные клинические эффекты ацетилцистеина, в т.ч. при острых респираторных инфекциях у детей, особенности его применения. Отдельно проанализированы причины, которые вызывают у детей феномен «заболачивания» легких на фоне терапии мукоактивными средствами, предложены меры по его профилактике. Приведены результаты многоцентровых исследований и данные систематических обзоров, демонстрирующие высокую терапевтическую эффективность и безопасность ацетилцистеина при инфекциях верхних и нижних дыхательных путей, как острых, так хронических. Препарат способен изменять реологические свойства трахеобронхиального секрета, снижая его вязкость, ускоряя процессы выведения из бронхиального тракта и в результате приводя к более быстрому выздоровлению больного.

Ключевые слова: дети, ацетилцистеин, острые респираторные инфекции, кашель, мокрота, муколитики.

O.I. Simonova^{1,2}

¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow

² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Simple Answers to Complex Questions about Mucolytics for Children

The article discusses the use of N-acetylcysteine in pediatric practice and examines various clinical effects of acetylcysteine, including in acute respiratory infections in children, and peculiarities of its application. The causes for the phenomenon of «lung bogging» in the course of treatment with mucoactive means are analyzed separately and the measures for its prevention are proposed. The article contains the results of multicenter studies and data of systematic reviews that show high therapeutic efficacy and safety of acetylcysteine in treating both acute and chronic infections of the upper and lower respiratory tracts. The drug can modify the rheological properties of the tracheobronchial secretion reducing its viscosity and accelerating the discharge processes from the bronchial tract, which results in a more rapid recovery of the patient.

Keywords: children, acetylcysteine, acute respiratory infections, cough, phlegm, mucolytics.

Введение

Муколитическая терапия широко используется при острых и хронических респираторных заболеваниях у детей, сопровождающихся мукостазом и кашлем. Это обусловлено тем, что большинство заболеваний, протекающих с кашлем, связано с воспалением слизистой оболочки респираторного тракта. Воспалительный процесс дыхательных путей ведет к изменению реологических свойств трахеобронхиального секрета и развитию мукостаза (застоя вязкого секрета в бронхиальном дереве), следствием чего является возникновение кашля.

Муколитики, в отличие от других мукоактивных препаратов, способны изменять реологические свойства биологических жидкостей – адгезию, вязкость и эластичность. Особенностью их является также и то, что они не увеличивают объем секретируемой жидкости [1]. Все многообразие муколитиков, представленное современной фармацевтической сферой, сводится к двум группам лекарственных средств – ферментным (дорназа альфа) и неферментным муколитикам (N-ацетилцистеин, амброксола гидрохлорид, карбоцистеин). Из неферментных муколитиков у детей и взрослых широко применяется ацетилцистеин. Действие лекарственного средства наступает быстро, что позволяет относить его к препаратам выбора при острых респираторных инфекциях (ОРИ). Кроме того, ацетилцистеин оказывает антиоксидантный и противовоспалительный эффект [2].

Особый интерес в педиатрической практике вызывает применение различных лекарственных форм ацетилцистеина. Имеются сотни научных публикаций зарубежных и отечественных авторов, в которых приведены результаты успешного использования ацетилцистеина по новым показаниям у детей различного возраста. Однако настороженность в этом вопросе сохраняется. В данной статье приводятся аргументированные ответы на самые часто задаваемые вопросы, которые волнуют педиатров, что, несомненно, поможет им в практической работе.

В чем отличие N-ацетилцистеина от амброксола и карбоцистеина?

Принципиальным отличительным свойством N-ацетилцистеина от других неферментных муколитиков (амброксола гидрохлорида и карбоцистеина) является его способность оказывать прямое воздействие на реологические свойства биологических жидкостей, в частности разжижать мокроту. Это происходит потому, что в его составе имеется сульфгидрильная (SH) группа, которая, вступая в химическую реакцию, быстро теряет атом водорода. В результате молекула ацетилцистеина становится биполярно заряженной, что позволяет ей взаимодействовать со свободными радикалами и другими молекулами. Именно эта реакция обуславливает реализацию не только прямого муколитического, но и антиоксидантного, а также противовоспалительного эффекта [3].

Во время респираторного эпизода происходит испарение водной фракции мокроты, изменяется не только гелевый слой, но истончается и золь, в котором располагаются реснички дыхательного эпителия, поэтому работа их парализуется, что нарушает цилиарный транспорт. В отличие от других муколитиков, которые действуют опосредованно через бокаловидные клетки, ацетилцистеин напрямую разжижает вязкую мокроту, освобождая реснички мерцательного эпителия, увеличивает скорость их движения, что приводит к быстрой и эффективной эвакуации мокроты из дыхательных путей. Следует добавить, что у ацетилцистеина есть еще несколько важных характеристик: препарат способен разжижать кровяные сгустки и фибрин, стимулируя синтез мукозных клеток, снижать колонизацию бактерий и вирусов в слизистой оболочке дыхательных путей, ингибируя их адгезию, оказывая таким образом вторичный противовоспалительный эффект.

В сравнительных исследованиях по эффективности и безопасности ацетилцистеина, амброксола и бромгексина у детей с острым бронхитом показано, что именно ацетилцистеин

обладал самым быстрым клиническим эффектом, регистрируемым уже на 2-е сут. от начала заболевания [4].

При каких клинических симптомах и в какие сроки острого заболевания нижних дыхательных путей целесообразно назначать ацетилцистеин?

С какого дня следует назначать муколитики при ОРВИ и остром бронхите у детей? Нужно ли применять ацетилцистеин при сухом кашле, ведь ацетилцистеин является муколитиком и должен разжижать мокроту, которой в первые дни болезни пока еще нет? Следует ли назначать ацетилцистеин только при влажном кашле с мокротой? Может ли ацетилцистеин быть стартовым муколитиком при ОРВИ?

Отвечая на эти вопросы, следует иметь в виду, что препараты ацетилцистеина являются антиоксидантами и будут полезны в первые дни течения вирусной инфекции (особенно при гриппе). Быстро нормализуя мукоцилиарный транспорт, ацетилцистеин способствует санации и восстановлению системы местной защиты (барьерной и иммунной функции) респираторного тракта, повышению содержания секреторного иммуноглобулина А, других классов иммуноглобулинов. Назначая препарат при появлении первых симптомов заболевания, можно предотвратить развитие мукостаза и все патологические явления, связанные с ним.

Известно, что на стенках бронха при полном здоровье обязательно в небольшом количестве должна присутствовать слизь, выполняющая защитную функцию, очищающая дыхательные пути от инородных частиц, вирусов, бактерий, которые в течение дня в огромном количестве оседают на поверхности трахеобронхиального дерева. Защитный слой слизи невелик. С одной стороны, он не мешает движению воздуха при дыхании, с другой – его вполне достаточно для работы ресничек мерцательного эпителия.

Патофизиологическая реакция при инфицировании начинается практически сразу, как только бак-

терии или вирусы попадут на слизистую оболочку бронхиального тракта. Увеличивается гелевый слой жидкости, золь уменьшается. Это приводит к нарушению работы цилиарного эпителия. Изменяются реологические свойства слизи (вязкость и адгезия). На всем протяжении бронхиального дерева (от крупных бронхов до терминальных) увеличивается число бокаловидных клеток, и уже с первых минут ослабевает противовирусная и антимикробная функция слизистой оболочки, поскольку существенно и быстро изменяется состав секретов: снижается содержание интерферонов, лактоферрина и лизоцима, а также секреторного иммуноглобулина А [5, 6].

Симптоматика быстро прогрессирует, нарастает мукостаз, усиливается бронхообструктивный синдром. Следует добавить, что застойный секрет всегда служит хорошей питательной средой для бактерий и других микроорганизмов, особенно на фоне высокой адгезии клеток к слизистой оболочке дыхательных путей.

Количество мокроты в дыхательных путях в первые сутки уже увеличено, но она еще не отделяется, поэтому ребенок не может откашляться. Клинически это выражается непродуктивным кашлем, который субъективно воспринимается как сухой. Именно поэтому в первые часы целесообразно назначать ацетилцистеин с целью уменьшения адгезии вирусов и бактерий к слизистой оболочке бронхов, быстрого разжижения мокроты, улучшения ее реологических свойств, облегчения удаления мокроты из бронхиального дерева. «Быстро перевести сухой непродуктивный кашель во влажный и продуктивный» – это смысл раннего назначения ацетилцистеина [7].

Клиническая симптоматика в виде влажного малопродуктивного кашля с трудноотделяемой мокротой появляется к 4-м сут. болезни, когда из-за выраженного мукостаза практически заблокирован мукоцилиарный клиренс, и эвакуация слизи невозможна. Понятно, почему целесообразность применения ацетилцистеина в первые дни заболевания оправдана с целью профилактики

развития мукостаза, осложнений в виде бронхиальной обструкции. Кроме того, раннее назначение ацетилцистеина препятствует развитию оксидантного стресса и интоксикации.

Каковы показания к применению ацетилцистеина?

Ацетилцистеин имеет прямые показания к назначению при острых и хронических заболеваниях органов дыхания, которые сопровождаются развитием мукостаза. Ацетилцистеин широко используют в стационарах и в амбулаторных условиях. Применяют препарат коротким курсом при острой ситуации и пожизненно – при хронических бронхитах на фоне пороков развития бронхов при муковисцидозе и синдроме Картагенера [8].

Мукостаз в течение эпизода респираторного заболевания играет крайне неблагоприятную роль, т.к. он:

- нарушает бронхиальную проходимость;
- является одной из ведущих причин бронхообструктивного синдрома;
- способствует развитию ателектазов;
- удлиняет сроки разрешения бронхолегочного процесса;
- нарушает газообмен;
- снижает легочную вентиляцию;
- вызывает гипоксию;
- способствует размножению микробной флоры в очаге поражения;
- препятствует эрадикации микроорганизмов из дыхательных путей;
- способствует хронизации бронхолегочного процесса;
- снижает эффективность воздействия медикаментов на слизистую оболочку дыхательных путей.

Ацетилцистеин позволяет в значительной мере устранить эти явления.

Если говорить об ОРИ, ацетилцистеин способен контролировать воспаление в 1-е сут. заболевания,

поскольку повышает содержание глутатиона в дыхательных путях, который, в свою очередь, подавляет выработку медиаторов воспаления и препятствует прямому повреждению легочной ткани свободными радикалами [9].

С какого возраста возможно назначение ацетилцистеина?

У детей всегда актуальна проблема эффективного дренажа, прежде всего из-за несовершенного кашлевого рефлекса. Полноценно он формируется только к 5–6 годам. Практически любой респираторный эпизод у ребенка наряду с повышенной гиперсекрецией слизи сопровождается неэффективным малопродуктивным кашлем [10, 11]. Усугубляют ситуацию и такие анатомо-физиологические особенности детского организма, как узкие и короткие дыхательные пути, неполноценная коллатеральная вентиляция, маленький объем гладкой мускулатуры, гиперплазия железистой ткани. В связи с этим важно отметить, что ацетилцистеин разрешен к применению у детей с двухлетнего возраста. В исследованиях подтверждена эффективность и безопасность препарата в этом возрастном периоде [12, 13].

Действительно ли муколитики прямого действия вызывают эффект «заболачивания» легких?

Муколитики выгодно отличаются от противокашлевых и отхаркивающих средств тем, что они не увеличивают объем бронхиального секрета, но при этом разжижают мокроту. Это очень важно в педиатрической практике, т.к. при слабом кашлевом рефлексе может развиваться феномен «заболачивания» легких, когда в легких ребенка скапливается большое количество мокроты в результате затруднения ее эвакуации [14]. Важно учитывать, что применение любых муколитиков не должно сочетаться с приемом лекарственных средств, угнетающих кашлевой рефлекс (кодеин, оксаладин, преноксдиазин и др.), поскольку именно это может

привести к застою в легких большого количества мокроты. Совместное применение таких препаратов противопоказано.

Ситуация, когда ребенок не в состоянии откашлять мокроту, может возникнуть при приеме любого мукоактивного лекарственного средства, особенно при неправильной его дозировке, или нерациональном приеме препарата, или нарушении правил кинезитерапии (дыхательная гимнастика, дренаж, откашливание мокроты).

Для того чтобы муколитическая терапия была эффективной, необходимо объяснять родителям целесообразность применения муколитика, его эффекты, правила откашливания мокроты и дренирования.

Особую осторожность при муколитической терапии следует соблюдать у маленьких детей. Как показал наш опыт, ацетилцистеин действует быстро и легко; разжижающий эффект наступает практически через 30–45 мин. после приема внутрь, поэтому обязательно после этого следует провести вибрационный массаж грудной клетки и хорошо откашляться. Развития осложнений при выполнении этих несложных рекомендаций не происходит, а эффективность муколитического средства усиливается, что способствует более быстрому выздоровлению.

Какой режим приема муколитических средств необходимо соблюдать пациентам?

Как показывают наши наблюдения, к сожалению, нередко врачи, пациенты и их родители не придают значения правилам приема муколитиков, из-за чего снижается клиническая эффективность препаратов. «Золотым» правилом муколитической терапии является одновременное выполнение элементов кинезитерапии. Это означает, что разжиженную мокроту обязательно нужно эвакуировать с помощью специальных дыхательных упражнений, массажа и откашливания [15].

Ошибкой считается прием муколитика перед сном, т.к. положение лежа является, по своей сути, дре-

нажным и после приема муколитика мокрота начнет активно отходить с помощью кашля. В итоге вместо ночного отдыха у ребенка будет беспокойный сон и, как следствие, плохое самочувствие. Все муколитики рекомендуется принять за 3–4 ч. до сна (ориентировочно до 18:00), чтобы перед сном успеть эвакуировать мокроту. Для усиления муколитического эффекта следует выпивать большое количество жидкости, например, негазированной минеральной воды.

Высокий уровень безопасности ацетилцистеина был показан во многих исследованиях [16–18]. Побочные эффекты отмечали с такой же частотой, как и при приеме плацебо, и они не требовали отмены препарата. Привлекательным является тот факт, что ацетилцистеин как производное аминокислоты (цистеина) содержится в природе в животных белках, например, в мясе птицы, рыбе, яйцах, молочных продуктах и даже в соевых бобах. К тому же он как предшественник восстановленного глу-



Чтобы оценить эффективность муколитической терапии, необходимо обратить внимание на следующие признаки:

- динамику и характеристику кашля (особенно продолжительность), скорость трансформации сухого кашля в продуктивный;
- аускультативные изменения в легких – исчезновение хрипов;
- частоту бактериальных осложнений;
- продолжительность периода болезни, сроки исчезновения мукостаза и бронхообструкции.

Насколько безопасно применение ацетилцистеина у детей?

Как уже отмечалось, муколитический эффект ацетилцистеина может быть охарактеризован как выраженный и быстрый. Однако именно высокая скорость наступления клинического эффекта часто вызывает опасения у педиатров.

татиона является эндогенным антиоксидантом.

Побочные эффекты обычно выражаются дисфункцией желудочно-кишечного тракта (изжога, тошнота, диспепсия, диарея, редко рвота). Эндоскопические и гистологические исследования показали, что прием ацетилцистеина внутрь больными с заполненным желудком не приводит к каким-либо патологическим изменениям [19], поэтому рекомендуется применение препарата после еды.

Систематический обзор, в который было включено более 20 клинических исследований с участием более 1000 детей, также показал безопасность ацетилцистеина у детей старше 2 лет. Высокая клиническая безопасность препарата была подтверждена на основании результатов анализа крови, функции печени, почек и легких, рентгенологических исследований. Хорошая переносимость препарата при пероральном приеме была показана в большинстве исследований, при этом не отмечено случаев возникновения

бронхоспазма или «заболачивания» легких [12].

Нужно ли совместно с ацетилцистеином принимать другие муколитики для выведения мокроты, которую он разжижает?

Неферментные муколитики имеют в своей основе 3 различные химические формулы (N-ацетилцистеин, амброксола гидрохлорид и карбоцистеин), а значит, и 3 различных механизма действия, однако одинаково направленных на разжижение и эвакуацию мокроты. Так, к примеру, амброксол, стимулируя работу ресничек мерцательного эпителия, восстанавливает мукоцилиарный транспорт. Карбоцистеин способствует синтезу нормальной физиологичной слизи, которая начинает хорошо эвакуироваться из дыхательных путей.

Ацетилцистеин не только делает секрет разжиженным и легким для эвакуации, но и, увеличивая количество золя, восстанавливает работу мерцательного эпителия. Он способен самостоятельно выводить слизь из дыхательных путей, поэтому нет необходимости усиливать муколитический эффект дополнительным приемом амброксола или карбоцистеина. Наоборот, такое усиление муколитической терапии может вызвать чрезмерное разжижение мокроты и увеличение ее объема, что затруднит эвакуацию мокроты из бронхиального дерева.

У пациентов с хроническими заболеваниями легких, особенно с выраженным мукостазом (как при муковисцидозе), сочетание ацетилцистеина и разных муколитиков возможно и довольно часто применяется [10], но в рутинной практике у детей с ОРВИ и острыми бронхитами оно нецелесообразно.

Обладает ли ацетилцистеин какими-либо дополнительными эффектами, помимо муколитического?

Активная молекула ацетилцистеина обуславливает ряд важных клинических эффектов, свойственных прямым муколитикам.

Муколитический эффект. Ацетилцистеин уменьшает вязкость слизи за счет прямого муколитического действия, обусловленного способностью разрывать дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, поэтому его эффект наступает быстро. Кроме того, ацетилцистеин стимулирует синтез секрета бокаловидными клетками и тормозит полимеризацию мукопротеидов, что также способствует уменьшению вязкости мокроты [20].

Антиоксидантное действие. Уже 30 лет широко используются антиоксидантные свойства ацетилцистеина. Они обусловлены как прямым (за счет наличия свободной SH-группы), так и непрямым (за счет того, что он является предшественником глутатиона) механизмом действия [2]. Антиоксидантное действие ацетилцистеина способствует улучшению защиты клеток от повреждающего действия свободных радикалов и уменьшению интенсивности воспалительной реакции.

«Антимикробное» действие. Ацетилцистеин оказывает влияние на бактериальные биопленки, поскольку благодаря снижению вязкости мокроты и увеличению мукоцилиарного транспорта он уменьшает способность бактерий к адгезии и колонизации на слизистой оболочке дыхательных путей. Это еще один важный аргумент в пользу назначения ацетилцистеина в начале заболевания в качестве стартовой муколитической терапии. Кроме того, благодаря этому свойству ацетилцистеин способствует повышению эффективности антибактериальной терапии при инфекционно-воспалительных болезнях органов дыхания в случае необходимости назначения антибиотиков [21–23].

Эффект детоксикации. Ацетилцистеин является единственным антидотом при отравлении парацетамолом [2].

Иммуностимулирующее действие. Ацетилцистеин обладает иммуномодулирующим свойством, так же как молекула амброксола [24, 25]. В частности, у больных ВИЧ-инфекцией он блокирует экспрессию NF-κB и стимулирует образование колоний T-клеток.

Возможно ли одновременное назначение ацетилцистеина и антибиотиков?

В некоторых клинических ситуациях приходится назначать антибиотики и муколитики одновременно. В этом плане для ацетилцистеина не существует противопоказаний. Действительно, взаимодействие антибиотиков для перорального применения с тиоловой группой ацетилцистеина возможно. Если непосредственно смешивать эти средства, то инактивацию антибиотиков можно наблюдать только при исследовании *in vitro*.

Чтобы избежать снижения антибактериальной активности, необходимо соблюдать режим приема: антибиотики и ацетилцистеин следует разносить по времени приема с интервалом 2 ч. При этом ацетилцистеин усиливает действие антибиотика, т.к. мокрота быстро разжижается и эвакуируется, и антибиотик проникает в орган-мишень – слизистую оболочку бронхиального дерева.

Показано, что SH-группа молекулы ацетилцистеина способна не только разрушать биопленки бактерий, но и предотвращать их образование. В этом отношении данная молекула более активна, чем молекулы амброксола или карбоцистеина. Так, уменьшение интенсивности синтеза матрикса биопленок золотистого стафилококка у ацетилцистеина составляет 72%, тогда как у амброксола – 20% [21, 22]. Положительный эффект от совместного назначения ацетилцистеина и антибиотиков был подтвержден клинически: комбинация препаратов приводила к достоверному уменьшению длительности заболевания инфекциями дыхательных путей у детей на 3-и сут. [23].

Совместим ли ацетилцистеин с жаропонижающими средствами?

Сочетание ацетилцистеина и жаропонижающих средств, например, парацетамола и ибупрофена, не противопоказано. Более того, обладая сильным антиоксидантным действием, ацетилцистеин в моменты высо-

кой температуры при респираторной инфекции снижает интоксикацию и уменьшает оксидативный стресс.

Этот вопрос врачей связан с тем, что ацетилцистеин при передозировке парацетамолом действует как специфический антидот. Однако здесь важно отметить, что речь идет именно о передозировке, и в таких случаях его вводят парентерально, в дозах, значительно превышающих обычные терапевтические. Дело в том, что в норме при приеме терапевтических доз парацетамола его метаболит ацетил-бензохинонимин обезвреживается глутатионом и не оказывает токсического эффекта. При недостатке глутатиона или в случае передозировки парацетамола накопление метаболитов происходит быстрее, чем восстановление запасов глутатиона, что может блокировать ферментные системы клеток печени и вызывать их некроз [2]. Ацетилцистеин, легко проникая внутрь клетки, метаболизируется до L-цистеина и далее до глутатиона. Таким образом, ацетилцистеин опосредованно влияет на детоксикацию метаболитов парацетамола, способствуя повышению интенсивности синтеза внутриклеточного глутатиона и предупреждая истощение его запасов.

Чем обусловлено применение ацетилцистеина при синуситах?

Верхние и нижние дыхательные пути объединяет наличие общего эпителия, который имеет одинаковое строение на всем своем протяжении – от полости носа до альвеол. Сходные механизмы воспаления слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей при развитии инфекции приводят к продукции вязкого трудноотделяемого секрета в пазухах носа, что требует срочного назначения муколитиков [26]. При ОРВИ вязкость, адгезия и эластичность слизи, выстилающей околоносовые пазухи, резко изменяются, слизь становится более густой. Снижение вязкости слизи с помощью муколитиков позволяет восстановить нарушенную функцию ресничек и реактивировать мукоцилиарное очищение. После применения муколитика через 30–45 мин. необходимо тщательно эвакуировать слизь из носа (хорошо промыть нос с помощью назального душа и высморкаться).

Заключение

Ацетилцистеин, являясь прямым муколитиком, обладает значительной клинической эффективностью и имеет высокий уровень безопасности у детей в возрасте старше 2 лет. Наличие в составе молекулы препараты SH-группы обеспечивает несколько терапевтических эффектов: мощный муколитический, антиоксидантный, противовоспалительный и др. Для быстрого выздоровления, купирования мукостаза и кашля ацетилцистеин целесообразно назначать в первые сутки заболевания. Соблюдение правильного режима эвакуации мокроты дополняет клиническую эффективность препарата.

Конфликт интересов

О.И. Симонова – получение гонорара за выступление в качестве спикера от фармацевтической компании ЗАО «Сандоз».

Список литературы

1. Симонова О.И. Муколитики в педиатрической практике: рациональный выбор, лечебные эффекты и особенности терапии. Вопросы современной педиатрии. – 2013; 12 (4): 136–141.
2. Зайцева О.В. Особенности терапии кашля у детей. Вопросы практической педиатрии. – 2015; 10 (1): 68–74.
3. Деньгин В.В. Перспективные направления клинического применения N-ацетилцистеина. Фарматека. – 2008; 4: 48–52.
4. Зайцева О.В. Рациональный выбор муколитической терапии в лечении болезней органов дыхания у детей. РМЖ. – 2009; 19: 1217–1222.
5. Маев И.В., Бусарова Г.А. Муколитические средства в хронической обструктивной болезни легких. Лечащий врач. – 2003; 1: 41–47.
6. Мукоактивная терапия. Под ред. А.Г. Чучалина, А.С. Белевского. – М.: Атмосфера. – 2006. – 127 с.
7. Симонова О.И. Муколитики для детей: сложные вопросы, важные ответы. Вопросы современной педиатрии. – 2014; 13 (1): 26–32.
8. Муковисцидоз. Современные достижения и актуальные проблемы. Методические рекомендации. 4-е изд., перераб. и доп. Под ред. Н.И. Капранова, Н.Ю. Каширской. – М.: МГНЦ. – 2011. – 124 с.
9. Behr J., Maier K., Degenkolb B., Krombach F., Vogelmeier C. Antioxidative and clinical effects of high-dose N-acetylcysteine in fibrosing alveolitis: adjunctive therapy to maintenance immunosuppression. Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1997; 156: 1897–1901.
10. Сорока Н.Д. Муколитическая терапия затяжных вариантов течения заболеваний органов дыхания у детей. Вопросы современной педиатрии. – 2008; 7 (4): 111–114.
11. Клячкина И.Л. Еще раз о муколитиках. Consilium medicum. – 2008; 10 (3): 124–128.
12. Chalumeau M., Duijvestijn Y.C.M., Acetylcysteine and carbocysteine for acute upper and lower respiratory tract infections in paediatric patients without chronic bronchopulmonary disease. Cochr. Database Syst. Rev. – 2013; Issue 5: CD003124. DOI: 10.1002/14651858.CD003124.pub4.
13. Локшина Э.Э., Зайцева С.В., Зайцева О.В. Новые возможности муколитической терапии у детей с острыми респираторными заболеваниями. Вопросы практической педиатрии. – 2011; 6 (1): 67–72.
14. Беседина М.В. Ацетилцистеин – новый «старый знакомый». Практика педиатра. – 2007; 5: 64–66.
15. Симонова О.И. Особенности применения и эффективность N-ацетилцистеина при респираторной патологии у детей. Врач. – 2010; 2: 56–61.
16. Demedts M., Behr J., Buhl R., Costabel U., Dekhuijzen R., Jansen H., MacNee W., Thomeer M., Wallaert B., Laurent F. et al. High-dose acetylcysteine in idiopathic pulmonary fibrosis. N. Engl. J. Med. – 2005; 353: 2229–2242.
17. Hodson M.E., Mearns M.B., Batten J.C. Meconium ileus equivalent in adults with cystitis fibrosis of pancreas. A report of six cases. Brit. Med. J. – 1976; 2: 790–791.
18. Chodosh S. Safety of acetylcysteine. Eur. J. Respir. Dis. – 1980; 61 (Suppl. 111): 169.
19. Marini U., Visconti G., Spotti D., Geniram A. Controlled endoscopic study on gastroduodenal safety of acetylcysteine after oral administration. Eur. J. Respir. Dis. – 1980; 61 (Suppl. 111): 147–150.
20. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н. Муколитики прямого действия: комплексное влияние на инфекционный процесс. ЛОР-практика. – 2011; 2: 1–5.
21. Roveta A., Debbia E., Schito G., Marchese A. Comparison of the activity of N-acetylcysteine, ambroxol, bromexine and sobrerol on *Staphylococcus aureus* biofilms. GIMMOC. – 2004; 8: 1–12.
22. Davis S.S., Deverell L.C. Rheological factors in mucociliary clearance: the assessment of mucotropic agents using in vitro model. Mod. Prob. Paediatric. – 1977; 19: 207–232.
23. Bellomo G., Giudice S. Controlled study on the efficacy of a combination «thiamphenicol-acetylcysteine» in oral administration in respiratory infections in pediatrics. Clin. Pediatr. – 1972; 54: 30–51.
24. Samuni Y., Goldstein S., Dean O., Berk M. The chemistry and biological activities of N-acetylcysteine. Biochimica et Biophysica Acta. – 2013; 1830: 4117–4129.
25. Kupczyk M., Kuna P. Mucolytics in acute and chronic respiratory tract disorders. II. Use for treatment and antioxidant properties. Pol. Merkuriusz. Lek. – 2002; 12 (69): 248–252.
26. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: Методические рекомендации. Сост. С.В. Рязанцев. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи. – 2013. – 40 с.

Сон, сновидения и сонники у предков и современников

В этой статье мы не будем говорить о бессоннице, о здоровом и нездоровом сне, не будем предсказывать значения сновидений. Но мы поделимся удивительными фактами исследований ученых, узнаем мнение религиозных экспертов, о сне и том, правильно ли мы спим.

Наши предки спали не так, как мы

В это трудно поверить, но ученые и многие историки склоняются к мнению, что современный человек спит совсем не так, как его древние предки. Изначально природой был заложен для нас совершенно иной режим сна и бодрствования. С внедрением в жизнь научно-технического прогресса, человек сам решил распорядиться своим временем.

Но как? О чем гласят исторические сведения? Самым знающим экспертом в этой области можно считать историка Роджера Экирха. Его исследования длились на протяжении 15 лет. При этом было собрано и изучено внушительное количество исторических фактов, документов и свидетельств. Таким образом, ученый пришел к поразительному выводу: ночной сон наших предков делился на две части с трехчасовым перерывом приблизительно в полночь.

В книге Экирха было собрано 500 ссылок на исторические рисунки, в которых изображались наши спящие предки. Эти исторические свидетельства взяты из дневников, медицинских записей и книг. И все как один источники указывают на привычку спать с перерывом.

Восьмичасовой сон – сравнительно новая тенденция. На самом деле наши предки не знали, что можно спать по 8 часов подряд каждую ночь, и это неудивительно. Во времена, когда об электричестве еще не было известно, темнота не давала заниматься привычными делами. Люди не находили ничего лучшего, как с закатом солнца ложиться в постель. Однако сон в течение половины суток неприемлем для организма. Именно поэтому, ложась спать около 8 часов вечера, наши предки просыпались в полночь. Это время считалось наиболее продуктивными и творческими часами. За 2–3 часа бодрствования можно было успеть позаниматься сексом, либо отвести время для науки или написания книг. С наступлением второй волны усталости, наши предки снова отходили ко сну, теперь уже до восхода солнца.



Это интересно!

Еще в 1990 году психиатром Томасом Веером был проведен эксперимент, возвращающий современного человека к условиям существования древних людей. 14 добровольцев были помещены в лабораторные условия замкнутого пространства, где полностью отсутствовали окна. Свет для участников подавался на 14 часов подряд. Оставшиеся 10 часов добровольцы проводили в полном мраке. За месяц участники смогли полностью поменять привычный режим бодрствования. Уже на четвертой неделе добровольцы стали спать по ночам за два приема. Каждый из отрезков длился 3–4 часа.

Историк Роджер Экирх не остановился на одном лишь изучении режима дня далеких предков. Он решил выявить причину, которая привела нас к распорядку, что мы имеем сейчас. Так, в конце XVII века в буржуазной Европе модой правил высший класс. Элита общества любила устанавливать собственные правила, разглядев в дроблении ночного сна пережитки прошлого. Начало XX века было ознаменовано промышленной революцией. Рабочие во многих странах были вынуждены трудиться на износ. Это заставило людей спать за один прием, отходя ко сну максимально поздно.

В 1667 году в Париже появляется первое уличное освещение. Средневековый французский обыватель сразу же полюбил прогулки



при луне и любованию пейзажами ночной столицы.

Поэтому передовые умы направили свои взоры на пересмотр привычного распорядка дня в угоду увеличения эффективности и производительности. Теперь жизнь европейца была поделена не на дни или сутки, а на часы.

Человек бросил вызов природе. По мнению Экирха, в этой намеренной смене режима и кроется большинство проблем со сном у современного человека. Мы решили идти против природы и позволили себе спать в один прием. Однако наш организм изначально запрограммирован иначе. Поэтому нет ничего удивительного, если вы страдаете от хронической бессонницы или часто просыпаетесь посреди ночи. Мы не заставляем вас перекраивать привычный распорядок и слепо копировать образ жизни средневекового человека.

Однако нет нужды беспокоиться, если вы внезапно проснулись посреди ночи и не можете заснуть. Лучше используйте это время с пользой, ведь этот период может

стать самым плодотворным даже в сравнении с утренними часами. Кстати, и само понятие «бессонница» зародилось в психиатрии в XIX веке. Раньше люди не знали о такой проблеме, но с полным упразднением двухфазового ночного сна она сразу же дала о себе знать. Не знаете чем занять себя в часы ночного бодрствования? Помимо занятий сексом со своим романтическим партнером, это время можно провести с пользой для души. Медитируйте, размышляйте, приводите свои мысли в порядок и молитесь. Вы можете начать читать увлекательный роман, посвятить время творчеству или работе над очередным проектом. Если организм готов принять такой режим, в дальнейшем можно начинать ложиться спать пораньше.



Можно ли верить снам?!

Каждый человек хоть раз проснулся утром с мыслью: «К чему мне это приснилось?». И неважно, верите ли вы сну, или вас просто удивило яркое ночное «кино». Увидев во сне что-то необычное, вы задумаетесь: а вдруг это неспроста? Существует целая теория по классификации и расшифровке ночных видений. И самое забавное, что один и тот же предмет может обозначать абсолютно разные события. Верить или нет предсказаниям сонников?

Если посмотреть дату первого издания сонников, то выяснится, что толкованием сновидений интересовались еще наши далекие предки. В стародавние времена считалось, что с помощью сновидений с нами пытаются связаться и сообщить важную новость умершие родные, и человек, верящий в подобные утверждения, вовсе не считался чудаком. Так что же на самом деле означают наши сны? Древний способ предсказания будущего или предрассудки, корни которых уходят в прошлую эпоху?

Верите ли вы снам или не верите, но в пользу вещей ночных видений говорит множество фактов. Давайте вспомним необычные сны великих людей, которые привели



последних к великим открытиям. Менделеев увидел свою знаменитую таблицу во сне. Мендель открыл законы наследственности. Гаусс – закон индукции. Флемингу приснилась формула пенициллина. Но результаты таких сновидений очень легко поддаются объяснению. Все вышеперечисленные люди очень долго обдумывали будущие открытия, и во сне мозг просто подсказывал нужное решение. Он «додумал» все комбинации. И если бы человек не вспомнил свой ночной сон, то пришел бы к нужному решению естественным путем.

Итак, вернемся к нашему вопросу: можно ли верить своим снам?

На самом деле, верите ли вы снам или нет – зависит от степени вашей подверженности внешнему влиянию и внушению. Приснился вам кусок сырого мяса? Сонник услужливо подсказывает: «болезнь». И что вы делаете? Начинаете прислушиваться к собственному организму в поисках тревожных симптомов. В итоге портится настроение, начинает болеть голова, а следом поспевают и все остальные болячки, которые могут появиться в некогда здоровом теле. А началось все с чего? Всего-навсего с приснившегося мяса!

Батюшка, помоги разобраться!!!

Так как все мы видим сны, то этому явлению дает объяснение и религия. Углубляясь в историю, можно привести еще и еще множество примеров таинственности наших сновидений. Кто-то получает особые откровения и ответы на вопросы жизни, как, например, известный английский писатель Вальтер Скотт. Он говорил: «Многие из моих сюжетов так никогда и не увидели бы свет, если бы я не записывал все, что являлось мне во снах». Кому-то снятся даже цветные сны, а многие композиторы во сне слышат музыку. Бывают такие сны, что, проснувшись, будильник хочется расцеловать... А кто-то повторит слова Золушки: «Сон – это желание, которое загадывает сердце, когда человек крепко спит». Ис таким сном совсем не хочется расставаться. Одним словом, сны и сновидения – тема и для духовной беседы.

Если открыть «Лествицу» сочинения святого Иоанна Лествичника, которые состоят из 30 глав, представляющих собой «ступени» добродетелей, по которым христианин должен восходить на пути к духовному совершенству и немного ее почитать, то в этой книге мы най-

дем много мудрых советов, в том числе и о снах. Итак, «сновидения есть движение ума при недвижности тела» (Лествица 3, 25).

В этих словах «Лествицы» говорится о важном свойстве нашего ума – его подвижности. Остановить движение ума и сердца никто не может, но можно задать им правильное направление. Как источник не может не источать воду, а горящий огонь – свет и тепло, так и ум не может не рождать помышления. К сказанному добавим, что не только разум, но и сердце постоянно пребывает в движении. Оно порождает чувства. Остановить движение ума и сердца никто из людей

не может, но зато можно задать им правильное направление, также с точки зрения Евангелия – священной книги Православного христианина.

Известно, что обычный человек 1/3 своей жизни проводит во сне. Для неверующих людей здесь все просто. Сон – это время, необходимое для телесного отдыха и восстановления утраченных сил. Сон для большинства – это бесплатное туристическое бюро, позволяющее за 8 часов отправиться в неизвестное путешествие.

У христианина немного иной взгляд на ночной сон. В христианстве человек никогда не сравни-



вался с заведенными часами. Назначение человека намного выше всевозможных трудов и хлопот по снисканию хлеба насущного и обустройству временной жизни. Каждый призывается к Богоугождению. Жизнь христианина воспринимается как важная и ответственная задача, поставленная Самим Богом, которая заключается – в познании и исполнении воли Божией. Таким образом, сон – это особый период христианской жизни, и задача христианина – сделать его временем духовного накопления. Что для этого требуется? Прежде всего, нужно опытно убедиться в различии нашего состояния в периоды бодрствования и ночного отдыха. Первый период можно назвать активным и сознательным, и потому полноценным, в то время как сон – это состояние заторможенности и бессознательности, что и определяет его неполноценность. Днем человек накапливает впечатления и переживания; ночью идет их обработка и, что немаловажно, – особое воздействие на нашу внутреннюю жизнь. Можно уподобить дневное время киносъемке, а ночное – просмотру записанного. Все увиденное и услышанное в период бодрствования не исчезает, а откладывается в особом архиве,



каковым является память. Ночью этот архив активизируется с помощью тонких душевных механизмов, полноценно работающих даже во сне.

Очень важен еще один момент. На христианина и его внутренний мир влияют не только добрые ангелы, но и падшие злые духи. Бесы есть духи, имеющие способность проникать в сферу нашего сознания, а потому – они творцы многих наших снов. Примерно то же самое говорил древнегреческий мудрец и философ Платон: «Внутри каждого, даже самого лучшего из нас, дремлет неуправляемый дикий зверь, который просыпается, когда мы спим».

Во сне притупляется воля и утрачивается контроль над вниманием, и человек полностью отдается во власть сна. Сны рождаются в нашем сознании и могут принять любое направление не только от естественных причин, например, от болезни или переизбытка, но и от воздействия на человека злых духов – бесов. Тогда сновидения становятся опасными внушениями, кошмарами, ложными «вещами» знаками. Суеверный человек, скорее всего, воспримет увиденное в таком сне как откровение свыше, а христианин примет это как искушение от падших духов.



Если вновь обратиться к «Лествице», то там мы найдем такие слова: «Бесы стараются возмущать нас сновидениями, представляя нам сродников наших или сетующих, или за нас в заключении держимых и другие напасти терпящих». Здесь говорится о «сродниках», т.е. о наших родственниках, которые ушли из земной жизни, т.к. увидеть во сне умерших людей на многих из нас наводит жуткое чувство и даже страх. А также книга дает важный совет, который, возможно, для многих послужит ответом на вопрос: Нужно ли верить снам? – «Кто верит снам, тот подобен человеку, который бежит за своей тенью и старается схватить ее».



Как относится к снам мусульманин?

Термин «толкование снов» упоминается и в Коране. И как каждый термин Корана заслуживает внимательного рассмотрения. В Коране сообщается, что Юсуф толковал увиденный им сон, а также давал толкование снам других людей. Толкование снов – это знание, и это знание было даровано пророку Юсуфу. Это указывает нам на то, что не следует с пренебрежением относиться к увиденным сновидениям. Значит, во снах, которые мы видим, может быть скрыт определенный смысл. Но, наряду с этим, нельзя утверждать, что все, что мы видим во сне, на сто процентов является истиной, так как двери сновидений открыты для всевозможных иллюзий. Чтобы дать правильное толкование сну, необходимо истинное знание, которое позволяет отличить истинный сон от иллюзий. В противном случае все сделанные толкования будут лишь подпитывать эти иллюзии. Наука толкования снов доступна далеко не каждому человеку. Поэтому, чтобы прийти к нужному результату, необходимо разделить сны на группы, извлечь из них те, которые достойны толкования. Некоторые алимь делили сны на две категории. Первая категория – это «адгасуль-ахлям», то есть путанные сны. Такого рода сны не достойны толкования, так как даже если в них есть какой-то смысл, он не заслуживает рассмотрения. Вторая категория – это правдивые сны. Во время таких снов душа находит окно в мир гайба

(неведомого), входит туда и видит там определенные значения и смыслы. Самым важным моментом здесь является необходимость дать правильное толкование этим снам. Таким образом, книги толкования снов, представляют собой попытки правильного толкования таких снов. И, конечно же, в этом присутствует вероятность ошибки. Хорошие сны могут зажечь в нас искру надежды, могут считаться предчувствием чего-то. Сообщается, что посланник Аллаха (салаллаху алейхи ва саллям) сказал: «Пусть тот из вас, кто увидит хороший сон, знает, что он от Аллаха. Пусть он воздаст хвалу Аллаху за это, и расскажет об этом сне другим. Если же кто-то увидит плохой сон, то пусть знает, что он от шайтана. Пусть он прибегнет к защите Аллаха от зла, и пусть никому не рассказывает об этом сне» (Бухари, 2102). В вопросе толкования снов, следует обратить внимание на следующий момент: увиденные сны следует рассматривать позитивно, толкуя их как благо, и стараться избегать плохих толкований. Поскольку сны не представляют собой надежного источника знаний, то действовать в соответствии с их толкованием является запрещенным.

Подводя итог нашим исследованиям можно сказать: В каком режиме спать и бодрствовать – решать вам. Верить или нет снам – решать вам. А нам, напоследок, хочется пожелать вам приятных сновидений. Пусть ничто не омрачает ваш сон!

Подготовила
Ольга Шматова



Как правильно ПОМОЧЬ пациенту с болевым синдромом

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

Счастье – это чувство свободы от боли

Артур Шопенгауэр

На протяжении жизни каждый человек хотя бы несколько раз сталкивался с появлением болевых ощущений. Боль может появиться в любом участке тела совершенно неожиданно, иногда практически не заметно или сразу отчаянно сильно, но после этого не обращать на нее внимания уже не получится. Боль всегда нарушает привычный ритм жизни, ограничивает движения и сопровождается проблемами с функционированием различных органов и систем. И мы привычно тянемся за таблеткой анальгетика, чтобы затушить разгорающийся пожар боли в самом начале, а значит вернуться к обычным делам. Правильно ли это? Что советуют делать в такой ситуации специалисты в области здоровья, а от чего следует воздержаться?

Во-первых, возникновение болевых ощущений никогда нельзя игнорировать.

Нелеченая или плохо леченная боль сама по себе может быть причиной последующего заболевания. Есть заболевания, при которых устранение боли и является главной задачей. Например, боль в спине вызывает спазм мышц, это ограничивает движение и вызывает ухудшение состояния, – боль растет. Получается замкнутый круг. Поэтому надо определиться с тем что является причиной болевой реакции, какая она по

длительности и характеру, а затем начинать действовать.

По своему биологическому происхождению боль является сигналом опасности и неблагополучия в организме и в медицинской практике такая боль часто рассматривается в качестве симптома какой-либо болезни, возникающей при повреждении тканей, вследствие травмы, воспаления или ишемии. Ощущение боли формирует целый комплекс защитных реакций, направленных на устранение повреждения. Боль представляет собой сложный субъективный фе-

номен, который включает неприятные ощущения и эмоции, связанные с действительным или возможным повреждением болевых рецепторов тканей. Каждый человек испытывает ее по-своему, поэтому одно и то же раздражение может восприниматься нашим сознанием по-разному.

Боль подразделяют на острую (ОБ) и хроническую. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP, 1994) под острой (преходящей) болью следует понимать боль, обусловленную острым заболеванием, травмой и пре-



кращающуюся по мере выздоровления и заживления ран. Хроническая (персистирующая) боль связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, продолжается от 1–3 месяцев до многих лет.

Лечение боли является извечной медицинской проблемой, с которой сталкиваются врачи всех специальностей. В США от хронической боли каждый год страдает больше людей, чем от диабета, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний вместе взятых. Во всем мире обезболивание стало рассматриваться в качестве одного из фундаментальных прав человека. Третий международный симпозиум по социальному влиянию боли, состоявшийся в мае 2012 г. в Копенгагене, завершил разработку меморандума с изложением позиции о необходимости признания правительствами государств – членов Евросоюза хронической боли как заболевания.

Контроль боли является сложной задачей по многим причинам. По механизму возникновения боль может быть классифицирована на ноцицептивную (боль вследствие повреждения тканей, в т.ч. воспалительные и висцеральные боли), нейропатическую (боль, вызванную повреждением соматосенсорной системы), психогенную (боли психологической природы) и смешанную (при наличии ноцицептивного и нейропатического компонентов).

Неустранимая ОБ приводит к разнообразным осложнениям (сердечно-сосудистым, респираторным, тромбоэмболическим и др.), связанным с болевой рефлекторной импульсацией и иммобилизацией пациента и может также стать причиной развития хронической боли. При этом ОБ представляет собой симптом, имеющий физиологическое сигнальное значение для организма, а длительно существующая боль при хронических заболеваниях обозначают как хронический болевой синдром, который характеризуется структурными и функциональными изменениями болевой (ноцицептивной) нервной системы и

серьезными психологическими проблемами.

Особое внимание стоит обратить на абдоминальные боли (боли в животе), вызванные спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), желчевыводящей системы, мочевыводящих путей. Спастическая боль чаще всего возникает в животе как реакция на погрешность в питании, при предменструальном синдроме, при хронических заболеваниях ЖКТ – язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и др. Спазмы часто сопровождаются болью, а боль сама по себе может приводить к усилению спазмов. Боль, вызванная спазмами гладких мышц, может проявляться в различных формах: ощущение спазмов, скручивание или жжение, схваткообразные боли (колики), переходящий в приступы, продолжительность которых составляет несколько часов или дней. Интенсивность боли может варьироваться от легкого дискомфорта до нестерпимой боли.

Классическое проявление висцеральной абдоминальной боли – колика (греч. *kōlikē* – кишечная болезнь) – характеризуется схваткообразной болью в животе высокой интенсивности, при которой периоды нарастания боли чередуются со «светлыми промежутками». Во время очередной «схватки» интенсивность боли быстро нарастает, затем наступает «плато» – период, когда выраженность боли максимальна по интенсивности (продолжается от 15 мин. до нескольких часов), после чего боль постепенно стихает. Между приступами болевые ощущения полностью отсутствуют. Коликообразная боль, как правило, характеризуется высокой интенсивностью. На высоте боли пациенты беспокойны, часто меняют положение тела, мечутся либо принимают вынужденную позу, стараясь найти положение, которое уменьшит страдания.

Как помочь пациенту с болью, спазмом, коликой? Как выбрать оптимальное решение из таких общеизвестных групп препаратов против боли как анальгетики (НПВП) и

спазмолитики. Чем они отличаются и как определить какой из них нужен в конкретной ситуации?

НПВП – средства «первой линии» для купирования боли, возникающей вследствие тканевого повреждения и воспаления. Основное свойство НПВП заключается в подавлении или существенном снижении интенсивности воспалительного процесса, а также в отчетливом анальгезирующем и антипиретическом действии. На сегодняшний день НПВП представляют собой обширный класс, насчитывающий более 25 наименований. Они различаются друг от друга по выраженности анальгетической и противовоспалительной активности, спектру нежелательных явлений, путям введения препарата в организм, областью применения и категорией ингибирования циклооксигеназы (ЦОГ) – основного механизма действия этих фармакологических агентов. Так, по выраженности ингибиции двух изоформ ЦОГ все НПВП подразделяются на препараты с избирательным торможением ЦОГ-1 (ЦОГ-2 неселективные) или ЦОГ-2 (ЦОГ-2 селективные или ЦОГ-2 специфические). Установлено, что первый изофермент – ЦОГ-1 контролирует выработку простагландинов, регулирует целостность слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), функцию тромбоцитов и почечный кровоток, а второй изофермент – ЦОГ-2 участвует в синтезе простагландинов в очаге воспаления. Поэтому наряду с анальгетическим и противовоспалительным действием НПВП могут приводить к побочным явлениям и осложнениям: раздражению и эрозированию слизистой оболочки желудка, снижению функции почек, задержке воды в организме, повышенной кровоточивости. Соотношение активности НПВП по степени блокирования ЦОГ-1/ЦОГ-2 позволяет судить о профиле потенциальных побочных реакций.

Использование НПВП ассоциируется с широким спектром нежелательных реакций, многие из которых представляют угрозу для здоровья и жизни пациентов, а именно:

1. Все НПВП могут вызывать осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта: диспепсию, язвы, кровотечения и перфорацию верхних и нижних отделов ЖКТ, железодефицитную анемию вследствие поражения тонкой кишки (НПВП-энтеропатия), вызвать обострение и осложнения воспалительных заболеваний кишечника.
2. Все НПВП могут вызывать осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: дестабилизацию артериальной гипертензии и сердечной недостаточности, повышают риск «кардиоваскулярных катастроф» (инфаркт миокарда, ишемический инсульт) и летальности, связанной с кардиоваскулярными осложнениями.
3. Все НПВП могут оказывать негативное влияние на функцию почек и печени (особенно при наличии заболеваний последних), а в ряде случаев вызывать серьезные нефро- и гепатотоксические реакции.
4. НПВП могут повышать риск кровотечения после хирургических вмешательств и травматичных медицинских манипуляций.
5. НПВП могут вызывать гематологические осложнения, кожные аллергические реакции и бронхоспазм.

Проблема осложнений представляется особенно серьезной с учетом того факта, что большинство «потребителей» НПВП – люди пожилого возраста, имеющие множественные коморбидные заболевания.

Противопоказаниями к назначению НПВП являются анамнестические данные об аллергических проявлениях на какой-либо препарат этого ряда, язвенная болезнь, нарушение функции почек или печени, беременность и кормление грудью. Ограничением служат бронхиальная астма, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Возможны аллерги-



ческие реакции на НПВП разной степени тяжести, включая бронхоспазм.

Селективные блокаторы ЦОГ-2, несколько уступающие по эффективности лучшим неселективным НПВП, имеют преимущество перед последними благодаря менее выраженному гастротоксическому действию, но могут способствовать повышению артериального давления, задержке жидкости в организме, возможны аллергические реакции.

Использование НПВП показано в качестве симптоматического обезболивающего средства при наличии острой и хронической боли слабой интенсивности при широком круге заболеваний и патологических состояний, а именно:

- При острой или хронической мышечно-скелетной боли, возникшей на фоне заболеваний опорно-двигательного аппарата: остеоартроз, ревматоидный артрит, спондилоартриты, неспецифическая боль в спине, подагра и другие метаболические артропатии, локальное воспаление мягких тканей ревматического характера (тендиниты, тендовагиниты, бурситы) и др.
- Острые травмы и иные состояния, сопровождающиеся болью, связанной с поврежде-

нием или острым воспалением (в частности, при стоматологических заболеваниях).

- Боль в периоперационном периоде (как компонент анестезиологического пособия).
- Почечная и билиарная колика.
- Головная боль напряжения и мигрень.
- Боль, связанная с онкологическими заболеваниями (как компонент паллиативной обезболивающей терапии).
- Боль при гинекологических заболеваниях, дисменорея.

С другой стороны, боль в животе – особенная боль, и использование универсальных для других видов боли препаратов-анальгетиков и комбинированных препаратов не является предпочтительным. Более того, в некоторых случаях это может быть опасно: они блокируют передачу болевого сигнала, но не воздействуют на причину боли. Замаскировав боль, мы не чувствуем, как развивается процесс и затрудняем диагностику состояния врачом. Это может привести к поздней постановке точного диагноза и несвоевременному лечению заболевания, иногда требующего госпитализации или даже срочного хирургического вмешательства. А если боль вызвана заболеваниями ЖКТ (например, при гастрите или язве), то применение анальгетиков или комбинированных препаратов может вызвать раздражение слизистой оболочки и усугубить течение заболевания.

Доказано, что в 60% от общего числа обращений к врачу причина боли в животе – спазм, поэтому в качестве первого шага лечения боли в животе обосновано применение спазмолитиков: они не вмешиваются в механизмы болевой чувствительности и не «стирают» симптомы при острых хирургических заболеваниях.

Гладкие мышцы, входящие в состав стенок большинства полых органов человека, обладают уникальными свойствами. Сокращение гладкой мускулатуры контролируется вегетативной нервной системой через М-холинорецепторы. При выделении ацетилхолина в синаптическую щель происходит деполяризация клетки за счет входящего потока

ионов натрия. Это приводит к открытию кальциевых каналов и повышению внутриклеточной концентрации ионов Ca^{2+} , что, в свою очередь, запускает последовательность событий, вызывающих сокращение мышцы. Ионы Ca^{2+} обеспечивают соединение нитей актина и миозина путем активации внутриклеточных биоэнергетических процессов (фосфорилирование белков, образование цАМФ из АТФ и др.). Необходимое условие сокращения гладкомышечных клеток – достаточная активность фосфодиэстеразы, которая принимает участие в реакции расщепления цАМФ с выделением энергии, необходимой для взаимодействия актина с миозином. Транспорт ионов кальция через клеточные мембраны осуществляется через специальные «медленные» кальциевые каналы, состоящие из макромолекулярных белков со встроенными рецепторами к ионам кальция. Болевые рецепторы полых органов брюшной полости (пищевод, желудок, кишечник, желчный пузырь, желчные и панкреатические протоки) локализируются в мышечной оболочке. Таким образом, чрезмерное сокращение мышцы приводит к болевому ощущению. И наоборот, чрезмерное растяжение также вызывает боль. Так, одним из наиболее частых функциональных нарушений пищеварительного канала является спастическая (гиперкинетическая) дискинезия, которая развивается в результате нарушения продвижения содержимого по полному органу с последующим повышением внутрипросветного давления и возникновением боли. Значит, имеется взаимосвязь между болью и сократительной активностью гладких мышц.

Следует помнить, что спазм ухудшает кровоснабжение окружающих тканей, что может еще больше усугубить боль либо привести к развитию заболевания. Устранение спазма – это не только избавление от боли, но и помощь всему организму. В арсенале врачей есть спазмолитики – лекарства, устраняющие спазм. Известно несколько групп спазмолитиков, которые по механизму действия разделяют на нейротропные и миотропные. Нейротропные спазмолитики действуют путем нарушения переда-

чи нервных импульсов в вегетативных ганглиях или нервных окончаниях, стимулирующих гладкие мышцы. Миотропные спазмолитики уменьшают мышечный тонус за счет прямого воздействия на биохимические внутриклеточные процессы.

Сегодня основными препаратами для снятия спазма и купирования боли остаются миотропные спазмолитики, воздействующие непосредственно на конечный этап гиперкинезии. Механизм действия миотропных спазмолитиков заключается в накоплении в клетке цАМФ и снижении концентрации ионов кальция, что препятствует взаимодействию актина и миозина. Торможение соединения актина с миозином также может происходить за счет подавления активности фосфодиэстеразы, активации аденилатциклазы, блокады аденозиновых рецепторов либо комбинации этих факторов.

Следовательно, спазмолитики миотропного действия понижают тонус гладких мышц внутренних органов, снижают их двигательную активность, умеренно расширяют кровеносные сосуды и таким образом устраняют повышенный тонус мышечного органа.

В ежедневной практике спазмолитики находят трехстороннее применение:

- Служат целью симптоматического лечения, если спазм является характерным сопровождающим симптомом какого-либо заболевания, но не играет роли в патогенезе. В это время кроме этиотропной терапии использование спазмолитика, в первую очередь, направлен на устранение боли, хотя в тоже время оно играет важную роль и в предупреждении последствий. (Например: язва, колит, спастический бронхит, холецистит, нефролитиаз).
- Спазмолитик применяется в виде средства этиотропной терапии, если спазм является ведущим симптомом патологического состояния или его причиной. (Например: желудочно-кишечный спазм, периферический облитерирующий

энтерит, стенокардия, дисменорея).

- Спазмолитики используются в качестве средства диагностики и подготовки к операции (катетеризация мочеточника, рентген желудка, кишечника, желчного пузыря, глоточные операции, бронхоскопия, эзофагоскопия и т.д.).

Эти препараты не оказывают влияния на нервную систему. Они хорошо сочетаются с анальгетиками, что при необходимости позволяет проводить комбинированную терапию, дополняя спазмолитическое действие обезболивающим действием анальгетика.

Несомненным преимуществом спазмолитиков миотропного действия является благоприятный профиль безопасности, поэтому их можно принимать даже в период беременности. Так, по данным Венгерского комитета по контролю случайных аномалий развития, из 30 663 женщин, которые участвовали в исследовании (1980–1991 гг.), 9,5% принимали препарат из группы спазмолитиков миотропного действия в период беременности (в связи с угрозой ее прерывания в течение 2-го и 3-го месяцев или в связи с угрозой преждевременных родов в последний месяц беременности). Согласно результатам исследования, тератогенного (неблагоприятного для плода) действия препарата не отмечено. Но, учитывая ограниченное количество подобных исследований, рекомендация лечащего врача и его наблюдение являются обязательным условием для приема спазмолитиков миотропного действия в период беременности.

Что касается противопоказаний и побочных эффектов, то не следует использовать спазмолитики миотропного действия при повышенной чувствительности или аллергии к препаратам. При некоторых заболеваниях легких (бронхиальная астма, тяжелые бронхиты) и нарушениях сердечного ритма их надо принимать с осторожностью и под контролем врача. Из побочных действий возможны: сонливость, тошнота, головокружение, сердцебиение, чувство жара, усиление потоотделения, запоры.

Таким образом, сравнивая анальгетики (НПВП) и спазмолитики стоит признать, что одни из них лучше помогают при одном типе боли, а другие – при другом. Поэтому своевременное выявление этиологии боли чрезвычайно важно для назначения адекватной терапии.

Специфика боли в животе требует осознанности в выборе средства для ее устранения. Устраняя боль в животе, важно помнить 5 принципов:

- 1) Применение препарата-анальгетика (включая комбинированные препараты с анальгетиком и спазмолитиком) при боли в животе не учитывает ее природу, что может подвергнуть ваше здоровье опасности;
- 2) Зачастую боль в животе вызвана спазмом;
- 3) Средство первого выбора при боли в животе – препарат-спазмолитик;
- 4) Если спазмолитик в течение нескольких часов после приема не снимает боль в животе, весьма вероятно боль не связана со спазмом, и необходимо срочно обратиться к врачу;
- 5) Острая боль в любой области живота – тревожный сигнал. Если боль появилась впервые, ее интенсивность нарастает, меняется характер боли или она сопровождается резким повышением температуры и тошнотой, необходимо немедленно обратиться к врачу.

И не будем забывать об одном из главных принципов медикаментозного лечения болевых синдромов – лечение и профилактика боли должны быть по возможности этиопатогенетическими (т.е. направленными на устранение причин, вызывающих боль), а не симптоматическими, а назначаемое врачом пациенту средство обезболивания должно быть адекватно интенсивности боли и безопасно для пациента, т.е. должно устранять боль, не вызывая серьезных побочных эффектов. Это наиболее радикальный подход, заключающийся в воздействии на сам патологический процесс, ассоциированный с болью.

Во многих случаях этиология сильной боли, например, ишемической или спастической, не требует применения ненаркотических или опиоидных анальгетиков и устраняется средствами противоишемической, антиангиальной, спазмолитической терапии.

При спастической боли спазмолитики воздействуют адресно на причину боли, расслабляют мускулатуру и таким образом бережно устраняют болевой синдром. Однако, если боль не уходит в течение нескольких часов, то скорее всего причина боли не связана со спазмом, и необходимо срочно обратиться к врачу – Вы должны как можно скорее пройти медицинское обследование и, возможно, потребуются хирургическая ургентная помощь.

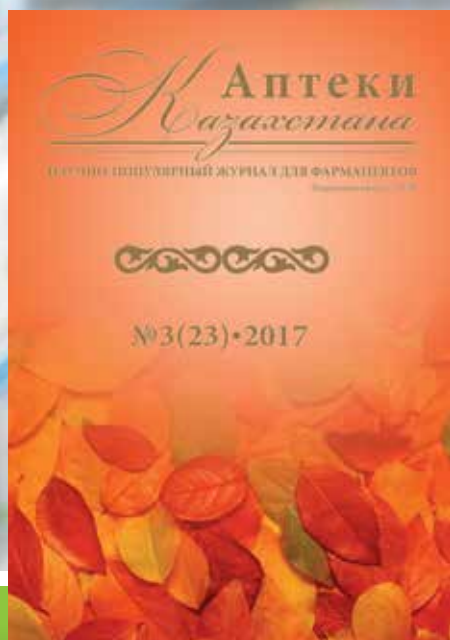
Таким образом, боль является сигналом организма о проблеме в определенном органе или системе. Поскольку гладкомышечный спазм является одной из основных со-

ставляющих абдоминальной и иных видов боли, то его устранение становится важной задачей в плане улучшения качества жизни пациентов. Препаратами выбора для снятия спазма любого генеза и купирования боли, особенно при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), считаются миотропные спазмолитики. Они ликвидируют или предотвращают спазм гладкой мускулатуры, что оказывает не только выраженное анальгезирующее действие, но и способствует нормализации функционирования внутренних органов. В отличие от ненаркотических и опиоидных анальгетиков, миотропные спазмолитики не представляют существенной угрозы «стирания» симптоматики и маскирования картины при тяжелом заболевании, что всегда затрудняет постановку диагноза и может негативно отразиться на здоровье и жизни пациента.

Список литературы

1. Абаев Ю.К. Боли в животе у детей: практическое руководство. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 287 с.
2. Афонин А.В., Драпкина О.М., Колбин А.С. и др. Клинико-экономический анализ спазмолитиков для купирования абдоминальной боли, вызванной спазмом кишки. / РМЖ. – 2010. – Т. 18, №13. – С. 845–849.
3. Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли // Фарматека. – 2005. – №14 (109).
4. Белоусова Е.А. Спазмолитики в гастроэнтерологии: сравнительная характеристика и показания к применению. Фарматека. – 2002. – №9. – С. 40–46.
5. Калинин А. Такая разная боль // ABC. – 2009. – №4. – С. 16.
6. Ливзан М.А. Болевой синдром в гастроэнтерологии – алгоритм терапии. Медицинский совет. – 2010. – №3–4. – С. 68–70.
7. Павлова С.И. Спазмолитические средства // Вестник семейной медицины. – 2008. – №3. – С. 38–41.
8. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
9. Скрыпник И.Н., Маслова А.С. Спазмолитическая терапия в клинике внутренних болезней: роль и место неселективных миогенных спазмолитиков // Укр. терапевт. журн. – 2008. – №2. – С. 92–98.
10. Шульпекова Ю.О. Сравнительная характеристика спазмолитических препаратов, применяемых в практике гастроэнтеролога. / Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2002. – №5. – С. 6–11.
11. Эрдес С., Мухаметова Е. Абдоминальная боль у детей и пути ее терапии // Врач. – 2007. – №5. – С. 27–31.
12. Яцык Г.В., Беляева И.А. Коррекция кишечных колик у детей грудного возраста. Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6, №3. – С. 123–126.
13. Allegri M., Clark M.R., De Andres J., Jensen T.S. Acute and chronic pain: where we are and where we have to go // Minerva Anesthesiol. – 2012 Feb. – Vol. 78 (2). – P. 222–235.
14. Duquenne S., Hellel M., Godinas L., De Leval J. Spasmolytics indication in renal colic: a literature review // Rev Med Liege. – 2009 Jan. – Vol. 64 (1). – P. 45–48.
15. Eizenga W.H., Gieteling M.J., Berger M.Y., Geijer R.M. Summary of the NHG guideline 'Abdominal pain in children', the 100th NHG guideline // Ned Tijdschr Geneesk. – 2013. – Vol. 157 (15). – P. 6191–6199.
16. Glasgow R.E., Mulvihill S.J. Abdominal pain, including the acute abdomen. Sleisenger&Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia – London – Toronto – Montreal – Sydney – Tokyo. – 2003. – Vol. 1. – P. 80–90.
17. Vecsey D. Results achieved by combined analgesic and spasmolytic treatment of patients with ureterolithiasis. / Urol. Nephrol. – 1983. – V. 10. – P. 187–190.

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан Республиканский центр развития здравоохранения Центр рационального использования лекарственных средств (ЦРИЛС)

Лекарственный информационно-аналитический центр в Казахстане был создан в 2009 году в рамках проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения РК» между Министерством здравоохранения РК и Международным банком реконструкции и развития и является ключевым элементом компонента Е «Реформа фармацевтической политики». С 2017 года Лекарственный центр был переименован в Центр рационального использования лекарственных средств (ЦРИЛС). Становление системы лекарственных информационно-аналитических центров в Республике Казахстан предполагает аккумуляцию и использование опыта, накопленного в мире, адаптацию приемлемых элементов к реальности существующей системы здравоохранения. Кроме того, проводится разработка методических материалов и пособий по рациональному использованию лекарственных средств для практического здравоохранения, проведение образовательных семинаров, лекций для специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием, оказание информационной и методологической помощи формулярным комиссиям и другое.

В своей работе специалисты ЦРИЛС используют источники доказательной медицины и международные базы данных по лекарственным средствам, предоставляя действительно объективную и достоверную информацию.

Основные функции Центра:

- ❖ предоставление достоверной информации о лекарственных средствах населению с использованием различных информационных каналов и в ответ на индивидуальные запросы;
- ❖ предоставление информации по вопросам бесплатного обеспечения лекарственными средствами, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- ❖ повышение грамотности населения по наиболее распространенным патологиям и применению лекарственных средств, возможные побочные действия с помощью печатной информации в виде публикации в СМИ, лекарственных бюллетеней, буклетов и плакатов;
- ❖ предоставление достоверной информации по лекарственным средствам и их действию, основанной на доказательной медицине;
- ❖ обеспечение медицинских работников информацией в области рационального использования лекарственных средств;

- ❖ разработка методических материалов и пособия по рациональному использованию лекарственных средств для практического здравоохранения;
- ❖ проведение образовательных семинаров, лекций для специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием;
- ❖ оказание информационной и методологической помощи формулярным комиссиям.

В целях повышения доступности лекарственных средств для населения, ЦРИЛС проводит исследования по использованию лекарственных средств, надлежащей аптечной практике с использованием индикаторов Всемирной организации здравоохранения, а также опрос участников бесплатного и льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне.

Жусупова Гульзира Кенжеевна – руководитель ЦРИЛС

Организационная структура ЦРИЛС:

- ❖ Отдел рациональной фармакотерапии;
- ❖ Отдел совершенствования фармацевтической политики;
- ❖ Отдел определения потребности в ЛС, ИМН и медицинского оборудования;
- ❖ Региональный отдел ЦРИЛС по г. Алматы.

Перечень платных образовательных мероприятий и консалтинговых услуг, оказываемых ЦРИЛС на базе РЦРЗ Повышение квалификации/семинары

№	Название программы обучения	Количество часов	Контакты исполнителей
1	Повышение квалификации по управлению использованием ЛС в МО, методикам проведения клинико-экономического анализа расходования финансовых средств на лекарственные препараты, расчету потребности в лекарственных средствах с использованием АТС/DDD методологии	54 часа	Жусупова Г.К., 700-950, вн. 1039, zhusupova_g@rcrz.kz
2	Повышение квалификации по управлению использованием ЛС в МО, методикам проведения клинико-экономического анализа расходования финансовых средств на лекарственные препараты, расчету потребности в лекарственных средствах с использованием АТС/DDD методологии	108 часов	Жусупова Г.К., 700-950, вн. 1039, zhusupova_g@rcrz

Консалтинговые услуги

№	Название программы обучения	Количество часов	Контакты исполнителей
1	Клинико-экономический анализ использования лекарственных средств в медицинских организациях	21 день	Жусупова Г.К., 700-950, вн. 1039, zhusupova_g@rcrz.kz
2	Проведение расчета потребности на лекарственные средства с применением АТС/DDD методологии	21 день	Жусупова Г.К., 700-950, вн. 1039, zhusupova_g@rcrz
3	Анализ потребления лекарственных средств с использованием АТС/DDD методологии	42 дня	Жусупова Г.К., 700-950, вн. 1039, zhusupova_g@rcrz
4	Фармакоэкономический анализ использования лекарственных средств	42 дня	Жусупова Г.К., 700-950, вн. 1039, zhusupova_g@rcrz



**ПО ВОПРОСАМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ОБРАЩАЙТЕСЬ:**

Наши контакты:



8 800 080 88 87



www.druginfo.kz



druginfo-kz@mail.ru



Кожа ~ обновленная, как весна!

«Женщина – венец божественных творений, образец красоты на Земле и абсолютное счастье для мужчины»

Микеланджело, итальянский скульптор

Сколько прекрасных поэм и красивых цитат сказано великими людьми о женщине, которая во все времена остается музой и вдохновительницей, которая прекрасна всегда, и как душистый цветок готова цвести и благоухать именно весной. И каждая согласится, что для того, чтобы быть сияющей и неотразимой необходимо ежедневно трудиться над собой и больше всего усилий нам приходится прилагать в начале весеннего сезона. Весной наша кожа и весь организм нуждается в более тщательном уходе по сравнению с другими временами года. Кожа реагирует не только на перепады температуры и смену сезона, но и на изменения в организме, из-за случаев авитаминоза и обострившихся заболевания. Все эти факторы не лучшим образом сказываются на женской привлекательности, самочувствии и настроении. И чтобы хорошо выглядеть, необходимо обеспечить правильный уход за кожей. В этой статье мы готовы раскрыть лучшие секреты.

Почему весной всегда кожа в плохом состоянии?

Основные проблемы приносит, конечно, зимнее время. Кожа под воздействием холода и ветра иссушается, теряет свои защитные свойства и начинает шелушиться. Но и весна прибавляет трудностей. К тому же именно в это время года мы испытываем наибольшее количество стрессов, которые также оказывают негативное влияние на кожу. Весной организм переводит биологические часы вперед, ускоряются процессы обмена веществ,

активизируется эндокринная система. Быстро перестроиться и начать согласованно работать удастся не всем системам и органам, что в итоге отражается на облике. Кожа приобретает совсем не лучший вид:

- тусклая;
- чрезмерно сухая;
- шелушится, зудит;
- на ней появляются веснушки, пигментные пятна;
- образуются новые морщины, угревая сыпь.

Бороться с такими дефектами можно, и даже нужно в салонах и дома. И для того чтобы улучшить состояние кожного покрова следует применять не только обычные косметические средства, еще стоит применить более эффективный уход за кожей лица, плюс обратить внимание на рацион питания. Соблюдая эти три несложных пункта, вы добьетесь высокого результата и будете неотразимы.

Важные моменты по уходу за кожей

?

Нужна ли чистка кожи в весенний период?

Прежде чем начинать какие-либо процедуры по увлажнению и питанию кожи, предварительно необходимо очистить ее верхний слой – эпидермис. Кстати, весной не рекомендуется проводить глубокую очистку лица, так как кожный покров и так находится в стрессовом состоянии, и то, что полезно в другое время года, принесет в весенний период только вред. Вместо того чтобы отправляться в косметический салон, лучше провести щадящую очистку в домашних условиях.

?

Что лучше использовать для умывания, ежедневного очищения кожи лица?

Особенности ухода за кожей весной предполагают некоторые ограничения в повседневной жизни. Не используйте для умывания лица воду из-под крана, она содержит большое количество хлора. Лучшим вариантом будет применение талой или бутилированной воды, можно также использовать

минеральную воду. Если по каким-то причинам это невозможно, необходимо избавиться от хлорного компонента. Для этого воду из-под крана замораживают в бутылке, оттаивают при комнатной температуре и дают отстояться.

Не стоит использовать и обычное мыло для ежедневного умывания лица, в этом случае уход за кожей весной лучше проводить с помощью безалкогольных лосьонов, соответствующих вашему типу кожи. Пользуйтесь специальными пенками или молочком с увлажняющим эффектом. Откажитесь от большого количества наносимой косметики, пользуйтесь легкой увлажняющей с добавлением ультрафиолетового фильтра.



?

Какими средствами для очистки лица лучше пользоваться?

Как правило, такой уход за кожей весной проводят при помощи покупных скрабов или масок, которые можно приготовить своими руками. Для разных типов кожи используются различные составляющие, поэтому при покупке готовой косметики обращайте внимание на состав средства. Так как для нормальной и сухой кожи необходима более мягкая забота, то на лицо наносят маску с морской солью. Массирование проводится не более одной минуты, после чего состав смывается и наносится питатель-

ный крем. В случае увядшей кожи, после 35 лет, стоит использовать составы, содержащие авокадо, масло жожоба и другие смягчающие компоненты. Уход за комбинированной кожей весной предполагает применение более грубых очистителей, таких как косточки абрикоса, молотый янтарь или миндаль. Массаж лица выполняется порядка 2–3 минут. Если существует проблема расширенных пор, для их сужения используют маски из косметической глины.

?

Как правильно применять очищающие средства?

При использовании косметических средств стоит соблюдать несколько правил: Не применяйте гелевые скрабы, так как

обычно в их состав входят фруктовые кислоты. Принцип действия такого средства заключается в растворении ороговевших клеток на поверхности кожи, при этом уничтожается и естественная защита. Уход за кожей весной и все очищающие мероприятия проводят вечером, перед сном. Соблюдайте порядок массажа, чтобы предотвратить растягивание кожи, которой сейчас и так нелегко. Готовый скраб смывают сразу после использования, домашний – через 5–7 минут. Для поднятия тонуса кожи сделайте контрастное ополаскивание, смывайте маску теплой водой, а впоследствии сполосните кожу холодной.

? Как помочь организму очиститься от токсинов?

Но процедур для вашей кожи будет недостаточно. Следует также провести дополнительные меры по очистке организма от токсинов. Состояние кожи напрямую зависит от общего здоровья организма и в первую очередь от количества находящихся в нем токсинов. Для того чтобы вернуть коже здоровый и цветущий вид, необходимо очистить не только ее слои, но и весь организм в целом. Есть несколько безопасных способов сделать это самостоятельно. Выпивайте каждое утро стакан теплой воды с разведенным в ней свежесжатым соком лимона. Этот продукт содержит большое количество антиоксидантов, благодаря чему хорошо выводит токсины. Подобными свойствами обладает и тертое яблоко, молоко или свекла. Употребление этих продуктов три раза в день также способствует очищению организма и обеспечивает должный уход за кожей весной. Хороший способ очиститься – посетить баню или сауну. Благодаря воздействию высокой температуры все поры кожи раскрываются, из организма выводится большое количество вредных веществ. Этому процессу можно помочь, принимая во время процедур чай из смородины или календулы.

? Как восстановить защиту кожи?

После очистки защиту необходимо восстановить, так как именно из-за нарушения гидроли-



пидной пленки в каждом покрове нарушается жировой и водный баланс. В итоге кожа становится сухой, шелушащейся и раздраженной. В этом случае правильный уход за кожей весной поможет восстановить ее прежнее сияние, вернуть упругость и гладкость. Для этого нужно обеспечить увлажнение и питание не только снаружи при помощи масок, но и употребляя достаточное количество воды и витаминов. В день обезвоженному организму после зимы необходимо не менее 2 литров воды, много фруктов или овощей, а при необходимости и применение аптечных витаминов. В последнем случае перед покупкой препаратов рекомендуется предварительно обратиться к врачу, который точно определит, в каких именно витаминах и микроэлементах имеется недостаток.

? Какие средства использовать для увлажнения и питания кожи?

Уход за кожей лица весной в основном предполагает увлажнение и только после этого питание. Поэтому на время, пока эпидермис активно чистится, откажитесь от кремов с питательными элементами и пользуйтесь увлажняющими сыворотками и масками. Хорошие результаты дают кефирные маски с добавлением различных витаминов в ампулах, которые помогут не только увлажнить, но и защитить кожный покров.

Существуют определенные вещества, потребность в которых испытывает кожа весной. Для устранения таковых можно применять аптечные витамины. Витамин А восстанавливает иммунитет организма. Витамин Е восстанавливает водный баланс и способствует возрождению гидролипидной пленки, главной защиты кожного покрова. Витамин С защищает кожу от свободных радикалов и возвращает ей тонус и упругость. Витамин В₆ снимет раздражение и воспаление кожи. Эти витамины можно употреблять внутрь, но и добавлять в используемые вами крема. К примеру, колоссальное увлажнение кожи можно сделать с помощью капсул «Аевита». Для этого на предварительно очищенную кожу лица и шеи нанесите содержимое нескольких капсул и равномерно



распределите это масло на коже массажными движениями. Такую маску рекомендуется делать за 2 часа до сна.

Однако перед тем как начать уход за лицом, необходимо обратить внимание на самый проблемный участок, так называемую Т-зону. Проблемы Т-зоны – это блеск в области Т-зоны, он может появиться в случае, даже если сама кожа довольно сухая. И это не признак жирности кожного покрова, а сигнал о его обезвоживании. При нарушении гидролипидной пленки на поверхности кожи организм старается ее защитить, применяя другие свои ресурсы, а именно кожное сало. Поэтому, пытаясь избавиться от неприятного блеска при помощи обезжиривающих средств, вы только усугубляете ситуацию.



Если у вас проблемная кожа, то уход за ней весной должен включать в себя в основном увлажняющие кремы, содержащие гиалуроновую и молочную кислоты. Средство следует выбирать соответственно типу кожи, о правильном выборе можно судить по исчезновению блеска и чувства стянутости после использования крема.

Ты то, что ты ешь

Теперь пришло время поговорить о питании. Плохое питание может стать причиной различных нарушений в нашем организме. Одним из них является проблемная кожа.

Дерматологи утверждают, что существует связь между определенными продуктами питания и воспалением сальных желез. Некоторые из них способны создавать комфортную среду в организме для появления тех или иных кожных проблем. Это так называемые группы продуктов, обостряющих акне (воспаление сальных желез) – всем известные прыщички.



Почему появляются акне?

Прыщи и угри появляются из-за воспаления сальной железы, которая закупоривается собственным кожным салом. Одной из причин проблемной кожи может стать гормональное нарушение. Поэтому девушки и юноши страдают такой проблемой именно в переходном возрасте, когда происходит буйство гормонов. Все дело в том, что гормоны стимулируют активность сальных желез.

К примеру, мороженое, сливки, жирная сметана, молоко содержат стероидный гормон прогестерон, который напрямую увеличивает выработку кожного сала. В этот же список можно включить все соевые продукты.



Ко второй группе относятся продукты с высоким гликемическим индексом, которые резко повышают сахар в крови, стимулируя выработку инсулина. Он усиливает воздействие на кожу наших половых гормонов, в особенности андрогена, который провоцирует гипервыделение кожного сала.

В третью группу можно отнести все продукты, содержащие клейковину или глютен. То есть все злаковые и продукты, произведенные на их основе. Глютен повреждает слизистую оболочку организма, что приводит к внутренним воспалениям, вызывает расстройство пищеварения и нарушение всасывания полезных веществ.

Негативное влияние на кожу оказывают копчености, которые содержат большое количество канцерогенов, а также кофеин. Кофе провоцирует выработку гормона кортизола. Он принимает участие в развитии стрессовых реакций. А стресс – это главная причина проблем с ко-



жей в среднем возрасте. Прыщи при стрессе появляются из-за выброса в кровь гормонов и снижения иммунитета. Особенно важно избегать кофе натощак.

В черный список попадают насыщенные жиры, трансжиры, омега-6, соевые и кукурузные растительные масла.

? Какие продукты помогут улучшить состояние кожи?

Существуют также продукты, которые, наоборот, работают на пользу. Для гладкой и чистой кожи дерматологи и косметологи рекомендуют включить в весенний рацион питания следующие витамины и продукты.

1. Омега-3 и полиненасыщенные жирные кислоты.

Увлажняют кожу, сохраняют ее упругость, предотвращая сухость и воспаление. Такие жиры обладают функцией защиты от внешней среды.

Продукты: лосось, тунец, форель, шпинат, редис, брокколи, баранина, телятина.

2. Цинк.

Цинк активно участвует в процессе обновления клеток. Он снижает аллергические реакции кожи, улучшает циркуляцию крови, препятствует воспалению сальных желез, замедляет рост злокачественных клеток. К тому же цинк борется с бактериями и вирусами внутри организма. Нехватка цинка ведет к преждевременному старению.

Продукты: морепродукты, семечки, арахис, говядина.

3. Витамин С.

Это сильный антиоксидант для кожи, который нейтрализует

в ней воспалительные процессы. Он выравнивает цвет лица, уменьшает пигментацию кожи, стимулирует выработку коллагена (строительный белок соединительной ткани). Витамин повышает естественное сопротивление кожи окружающей среде.

Продукты: крыжовник, перец сладкий, куриная печень, киви, яблоки, фасоль, капуста.

4. Витамин А.

Сохраняет целостность клеток, препятствует ее разрушению. Это основной источник выработки коллагена, который обеспечивает коже свежесть и упругость. Витамин А ускоряет процесс заживления клеток при их повреждении, способствует клеточному обновлению, замедляет старение.

Продукты: морковь, петрушка, брокколи, рыбий жир, яйца, куриная печень, чеснок.

5. Витамин Е.

Витамин придает нежность и мягкость коже. Он поддерживает баланс влажности в организме, способен защитить кожу от ультрафиолета. Врачи рекомендуют употреблять для поддержания кожи в хорошем состоянии витамин Е в виде миндаля и грецкого ореха. Но несмотря на правильность такого совета, это палка о двух концах. Орехи нельзя употреблять в больших количествах, а также в том виде, который нам предлагает магазин, то есть жареными и с солью. Превышение суточной нормы на 100 граммов может повлечь за собой появление прыщей.

Продукты: курага, фисташки, арахис, миндаль, угорь, шпинат.



Народные рецепты масок для лица

Весенние маски для лица в домашних условиях считаются самым эффективным способом защиты и восстановления кожи в период сезонного авитаминоза, а также других негативных факторов. Именно при помощи весенних масок для лица можно вернуть уставшей после зимы коже здоровый цвет и тонус.

Расскажем несколько правил применения весенних масок для лица. Компоненты предпочтительнее смешивать деревянной или стеклянной ложкой, но не железной или пластмассовой; перед тем как нанести готовый состав, необходимо тщательно очистить (лучше распарить) кожу; каждый рецепт можно применять до трех раз в неделю, но лучшего результата можно достичь, меняя рецепты маски; после окончания процедуры остатки маски смываются теплой водой.

Универсальная весенняя маска для лица. Всем тем, кто хочет избавиться от мелких морщинок или просто освежить лицо, подходит такой рецепт. Необходимо смешать измельченный в кашу свежий укроп (три чайных ложки) с таким же количеством оливкового масла, после чего загустить массу до состояния сметаны мукой из овсяных хлопьев. Готовая смесь распределяется по очищенной поверхности лица и шеи и оставляется на пятнадцать минут. По окончании процедуры удаляем остатки маски при помощи салфетки и теплой воды.

Весенняя маска для жирного типа кожи. При появлении прыщей, угревой сыпи и сального блеска весьма



эффективно следующее средство. Взбиваем до состояния пены два яичных белка и смешиваем его с тремя чайными ложечками сока из грейпфрута или апельсина. Наносим маску на Т-зону лица и оставляем на двадцать минут.

Весенняя маска для кожи сухого типа. При сухости, ощущении стянутости и шелушении кожи необходимо воспользоваться таким народным рецептом маски для лица в домашних условиях. Необходимо смешать до однородного состояния половину стакана жидкого меда с таким же количеством оливкового масла, после чего прибавить к смеси два сырых куриных желтка. Теперь нагреваем состав на пару, постоянно помешивая, до комнатной температуры. Накладываем масочку тонким ровным слоем, после чего ждем пять-десять минут и накладываем поверх него второй слой. Спустя полчаса смываем остаток средства и обрабатываем кожу кусочком льда или настоем липового цвета.

Весенняя маска для смешанной (комбинированной) кожи лица. Если же вас беспокоит сальный лоск и шелушения, плохой оттенок и частые проблемные высыпания – поможет этот способ. Необходимо натереть на мелкой



терке две средних морковки, после чего смешать их с тремя чайными ложечками лимонного сока и двумя столовыми ложками овсяной муки. Однородная масса распределяется ровным слоем и оставляется на двадцать-тридцать минут на коже лица.

Весенняя омолаживающая маска. Для быстрой тонизации и разглаживания/подтягивания кожи (например, если через час-два нужно отправляться на свидание) рекомендуется использовать маску, приготовленную по такому рецепту. Смешиваем в одинаковых пропорциях жирные сливки и яблочное свежее пюре, а потом накладываем смесь и ждем 20 минут. После проведения процедуры обработанную кожу протирают кусочком льда.

Весенняя витаминная маска в домашних условиях. При проявлении признаков возрастных изменений и усталости, а также при понижении тонуса кожи пользуемся этим вариантом маски. Три чайных ложечки домашней сметаны смешиваем с одной чайной ложечкой какао, после чего добавляем по половинке десертной ложечки масла зародышей пшеницы и жожоба. Вводим две-три капельки витамина Е и смешиваем все в однородную массу. Накладываем на лицо и ждем полчаса. Смываем теплой и холодной водой.

Подготовила Ольга Шматова



МЕСОПРАЛЬ

***Краткая инструкция
по медицинскому применению
лекарственного средства**

Эзомепразол, капсулы 20 мг и 40 мг

Торговое название Месопраль

МНН Эзомепразол

Лекарственная форма Капсулы кишечнорастворимые, твердые 20 мг и 40 мг

Фармакотерапевтическая группа Противоязвенные препараты и препараты для лечения гастроэзофагеального рефлюкса (GORД). Ингибиторы протонного насоса. Эзомепразол. Код АТХ А02ВС05

Фармакодинамика Эзомепразол является S-изомером омепразола и снижает секрецию кислоты в желудке путем специфического нацеленного механизма действия. Препарат представляет собой ингибитор протонного насоса в париетальных клетках. S- и R-изомеры омепразола обладают сходной фармакодинамической активностью.

Эзомепразол является слабым основанием, концентрируется и переходит в активную форму в сильно кислой среде секреторных канальцев париетальных клеток и ингибирует фермент H⁺, K⁺-АТФазу – кислотный насос и ингибирует как базальную, так и стимулированную секрецию кислоты.

Влияние на секрецию кислоты в желудке После перорального приема 20 мг или 40 мг препарата Месопраль эффект развивается в течение 1 часа. При ежедневном приеме препарата в течение 5-ти дней в дозе 20 мг один раз в сутки, средняя пиковая концентрация кислоты после стимуляции пентагастрином снижается на 90%, при измерении концентрации кислоты через 6–7 часов после приема дозы на 5-й день терапии. После 5 дней перорального приема эзомепразола в дозе 20 мг и 40 мг, рН в желудке был выше 4 в течение, в среднем, 13 и 17 часов, соответственно, более 24 часов у пациентов с симптоматической гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). После приема эзомепразола в дозе 20 мг, рН в желудке был выше 4 у 76% пациентов в течение 8 часов, у 54% пациентов в течение 12 часов и у 24% пациентов в течение 16 часов. Соответствующие соотношения для эзомепразола в дозе 40 мг составили 97%, 92% и 56%.

Используя параметр AUC, в качестве заменяющего параметра для оценки концентрации эзомепразола в плазме, была выявлена взаимосвязь между секрецией кислоты и концентрацией препарата.

Терапевтический эффект, достигаемый в результате ингибирования секреции кислоты Заживление рефлюкс-эзофагита препаратом Месопраль в дозе 40 мг наступает приблизительно у 78% пациентов через 4 недели и у 93% – через 8 недель. Лечение препаратом Месопраль в дозе 20 мг 2 раза в сутки в комбинации с соответствующими антибиотиками в течение одной недели приводит к эрадикации *Helicobacter pylori* приблизительно у 90% пациентов.

При неосложненной язве двенадцатиперстной кишки для эффективного заживления язвы после недельного эрадикационного курса не требуется последующей монотерапии антисекреторными препаратами.

Другие эффекты, связанные с ингибированием секреции кислоты Во время лечения антисекреторными препаратами уровень гастрина в плазме повышается в результате снижения секреции кислоты.

У пациентов, длительное время получавших эзомепразол, отмечается увеличение количества энтерохромаффиноподобных клеток (ECL-клеток), вероятно, связанное с повышением уровня гастрина в плазме.

Эзомепразол показал высокую эффективность в отношении заживления язв желудка, а также про-

филактики язв желудка и двенадцатиперстной кишки, у пациентов, получавших нестероидные противовоспалительные препараты (в том числе у пациентов в возрасте старше 60 лет и/или с пептической язвой в анамнезе), включая селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2).

Показания к применению

Взрослые

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ):

- лечение эрозивного рефлюкс-эзофагита;
- длительное поддерживающее лечение после заживления эрозивного рефлюкс-эзофагита для предотвращения рецидива;
- симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

В комбинации с соответствующими схемами антибактериального лечения для эрадикации *Helicobacter pylori*:

- для заживления язвы двенадцатиперстной кишки, вызванной *Helicobacter pylori*;
- для предотвращения рецидива язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с язвой, вызванной *Helicobacter pylori*.

Пациенты, которым требуется продолжительная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП):

- заживление язвы желудка, связанной с лечением НПВП;
- профилактика язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванной лечением НПВП у пациентов группы риска.

Длительная кислотоподавляющая терапия у пациентов, перенесших кровотечение из пептической язвы (после внутривенного применения препаратов, понижающих секрецию желез желудка, для профилактики рецидива). Лечение синдрома Золлингера-Эллисона.

Дети в возрасте 12 лет и старше

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ):

- лечение эрозий при рефлюкс-эзофагите;
- профилактика рецидивов рефлюкс-эзофагита;
- симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

В комбинации с соответствующими схемами антибактериального лечения для эрадикации *Helicobacter pylori*.

Способ применения и дозы Капсулы следует проглатывать целиком, запивая небольшим количеством воды. Капсулы нельзя разжевывать или дробить.

Для пациентов с затруднением при глотании, капсулы можно открыть и пеллеты растворить в половине стакана негазированной воды. Не следует использовать другие жидкости, так как защитная оболочка может раствориться. Воду с микрогранулами выпить сразу же или в течение 30 минут. Снова наполнить стакан водой наполовину, размешать остатки и выпить. Не следует жевать или дробить микрогранулы.

Пациентам, которые не могут глотать, капсулы можно открыть и растворить пеллеты в негазированной воде, затем ввести через зонд. Важно, чтобы целесообразность введения препарата с помощью шприца и трубки, была тщательно рассмотрена.

Взрослые и дети с 12 лет

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: по 40 мг один раз в сутки в течение 4-х недель. Рекомендуется дополнительный 4-х недельный курс лечения в случаях, когда после первого курса заживление эзофагита не наступает или сохраняются симптомы.

Длительное поддерживающее лечение после заживления эрозивного рефлюкс-эзофагита для

предотвращения рецидива: по 20 мг один раз в сутки.

Симптоматическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: по 20 мг один раз в сутки – пациентам без эзофагита. Если после 4-х недель лечения симптомы не исчезают, следует провести дополнительное обследование пациента. После устранения симптомов заболевания можно перейти на режим приема препарата «при необходимости», т.е. принимать Месопраль по 20 мг один раз в сутки при возобновлении симптомов. Для пациентов, принимающих НПВП и относящихся к группе риска развития язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, не рекомендуется пролежать лечение в режиме «при необходимости».

Взрослые

В составе комбинированной терапии для эрадикации *Helicobacter pylori* лечение язвы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: Месопраль 20 мг, амоксициллин 1 г и кларитромицин 500 мг. Все препараты принимаются два раза в сутки в течение 1 недели.

Длительная кислотоподавляющая терапия у пациентов, перенесших кровотечение из пептической язвы (после внутривенного применения препаратов, понижающих секрецию желез желудка, для профилактики рецидива): по 40 мг один раз в сутки в течение 4 недель после окончания внутривенной терапии препаратами, понижающими секрецию желез желудка.

Пациенты, которым необходимо непрерывное лечение НПВП

Заживление язвы желудка, связанной с приемом НПВП: обычная доза 20 мг один раз в сутки. Длительность лечения составляет 4–8 недели.

Профилактика язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, связанной с приемом НПВП у пациентов с риском: по 20 мг один раз в сутки.

Длительное лечение после внутривенной индуцированной профилактики рецидива кровотечения из пептической язвы: по 40 мг один раз в сутки в течение 4-х недель после внутривенной индуцированной профилактики рецидива кровотечения из пептической язвы.

Лечение синдрома Золлингера-Эллисона: рекомендуемая начальная доза 40 мг два раза в сутки. Затем дозировку следует подбирать индивидуально, продолжительность лечения определяется по клинической картине заболевания. На основании клинических данных, состояния большинства пациентов можно контролировать приемами доз от 80 до 160 мг эзомепразола в сутки. При дозах выше 80 мг ежедневно, дозу следует разделить и принимать два раза в сутки.

В составе комбинированной терапии для эрадикации *Helicobacter pylori* лечение язвы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: Месопраль 20 мг, амоксициллин 1 г и кларитромицин 500 мг. Все препараты принимаются два раза в сутки в течение 1 недели.

Дети в возрасте 12 лет и старше

В составе комбинированной терапии для эрадикации *Helicobacter pylori* лечение язвы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*:

Вес	Дозировка
30–40 кг	В комбинации с двумя антибиотиками: 20 мг эзомепразола, 750 мг амоксициллина и 7,5 мг/кг м.т. кларитромицина. Все препараты применяют 2 раза в сутки в течение одной недели.
>40 кг	В комбинации с двумя антибиотиками: 20 мг эзомепразола, 1 г амоксициллина и 500 мг кларитромицина. Все препараты применяют 2 раза в сутки в течение одной недели.

Детям младше 12 лет не следует назначать Месопраль в связи с отсутствием данных по безопасности.

У пациентов с нарушенной функцией почек коррекция дозы не требуется. Из-за ограниченного опыта среди пациентов с тяжелой почечной недостаточностью, следует соблюдать осторожность при лечении таких пациентов.

У пациентов с легкой и умеренной печеночной недостаточностью коррекция дозы не требуется. Для пациентов с тяжелой печеночной недостаточностью, максимальная суточная доза не должна превышать 20 мг.

У пожилых пациентов коррекция дозы не требуется. Введение препарата через назогастральный зонд

1. Следует высыпать содержимое капсулы в объеме 25 мл или 50 мл воды. В случае применения некоторых видов зондов, следует капсулу растворить в 50 мл воды, чтобы избежать закупорки зонда гранулами препарата. Размешать.
2. Набрать взвесь в шприц и добавить приблизительно 5 мл воздуха.
3. Взболтать шприц в течение примерно 2 минут с целью распределения гранул во взвеси.
4. Следует повернуть шприц наконечником вверх и проверить, не наступила ли закупорка шприца.
5. Соединить наконечники зонда и шприца, удерживая шприц направленным вверх.
6. Следует встряхнуть шприц и повернуть наконечником вниз и сразу ввести приблизительно 5–10 мл взвеси в зонд. После введения следует повернуть шприц наконечником вверх и встряхнуть (следует держать шприц наконечником вверх, чтобы избежать закупорки).
7. Перевернуть шприц наконечником вниз и сразу ввести 5–10 мл взвеси в зонд. Следует повторить данную операцию, пока шприц не будет пуст.
8. Если необходимо, следует наполнить шприц 25 мл воды и 5 мл воздуха и повторить операцию, описанную в п. 6, чтобы разбавить осадок взвеси, который может остаться в шприце. В случае применения некоторых видов зондов может быть необходимым добавление 50 мл воды.

Побочные действия Часто (>1/100, <1/10) Головная боль; боль в животе, диарея, метеоризм, тошнота, рвота, запор

Нечасто (>1/1000, <1/100) Дерматит, зуд, крапивница, сыпь; головокружение; сухость во рту; бессонница, парестезия, сонливость; повышение активности «печеночных» ферментов; периферические отеки; риск развития переломов позвоночника, шейки бедра, запястья

Редко (>1/10 000, <1/1000) Лейкопения, тромбоцитопения; аллергические реакции: лихорадка, ангионевротический отек, анафилактическая реакция/шок; возбуждение, депрессия, недомогание, замешательство; нарушение вкуса; гипонатриемия; бронхоспазм; стоматит и желудочно-кишечный кандидоз; гепатит С (или без желтухой); фотосенсибилизация, алопеция; артралгии, миалгии; нечеткость зрения; потливость

Очень редко (<1/10 000) Агранулоцитоз, панцитопения; галлюцинации (преимущественно у ослабленных пациентов), агрессивное поведение; печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия; мультиформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз; мышечная слабость; интерстициальный нефрит; гинекомастия

Противопоказания Повышенная чувствительность к эзоমেпазолу, замещенным бензимидазолам или другим компонентам препарата; одновременный прием с нелфинавиром; беременность и период лактации; детский и подростковый возраст до 12 лет (эффektivность и безопасность не изучена)

С осторожностью Тяжелая почечная недостаточность

Лекарственные взаимодействия См. полную инструкцию по применению.

Особые указания При наличии любых тревожных симптомов (например, таких как значительная спонтанная потеря массы тела, повторная рвота, дисфагия, рвота с примесью крови или мелена), а также при наличии язвы желудка (или при подозрении на язву желудка) следует исключить наличие злокачественного новообразования, поскольку лечение препаратом Месопраль может привести к глажанию симптоматики и отсрочить постановку диагноза.

Пациенты, принимающие препарат в течение длительного периода (особенно более года), должны находиться под регулярным наблюдением врача. Пациенты, принимающие Месопраль «по необходимости», должны быть проинструктированы о необходимости связаться со своим врачом при изменении характера симптомов. Принимая во внимание колебания концентрации эзомепазола в плазме при назначении терапии «по необходимости», следует учитывать взаимодействие препарата с другими лекарственными средствами.

При назначении препарата Месопраль для эрадикации *Helicobacter pylori* должна учитываться возможность лекарственных взаимодействий для всех компонентов тройной терапии.

Кларитромицин является мощным ингибитором CYP3A4, поэтому при назначении эрадикационной терапии пациентам, получающим другие препараты, метаболизирующиеся с участием CYP3A4 (например, цисаприда) необходимо учитывать возможные противопоказания и взаимодействия кларитромицина с этими лекарственными средствами.

Лечение ингибиторами протонной помпы может привести к незначительному увеличению риска возникновения желудочно-кишечных инфекций, вызываемых *Salmonella* и *Campylobacter*.

Месопраль, как и все препараты, блокирующие секрецию кислоты, может снижать абсорбцию витамина В₁₂ (цианкобаламина) вследствие гипохлоргидрии. Это следует принимать во внимание у пациентов со сниженными запасами витамина В₁₂ в организме или с факторами риска снижения абсорбции В₁₂ при долгосрочной терапии.

Тяжелая гипомagneмия наблюдалась у пациентов, получавших лечение такими ингибиторами протонного насоса (ИПП), как эзомепазол, в течение не менее трех месяцев и в большинстве случаев при применении в течение года. Могут происходить такие серьезные проявления гипомagneмии, как утомление, тетания, делирий, конвульсии, головокружение и желудочковая аритмия, но они могут начинаться внезапно и их тяжело выявить. У большинства пациентов, гипомagneмия уменьшается после заместительной магниевой терапии и прекращения лечения ИПП. У пациентов, у которых предполагается продолжительное лечение или которые принимают ИПП с дигоксином или препаратами, способными вызывать гипомagneмию (например, диуретики), следует измерять уровни магния до начала терапии ИПП и периодически в ходе лечения.

Ингибиторы протонного насоса, особенно при применении их в высоких дозах и в течение продолжительного времени (более 1 года), могут умеренно увеличить риск перелома тазобедренного сустава, запястья или позвоночника, в основном у пожилых пациентов или в присутствии других признанных факторов риска. Обсервационные исследования позволяют предположить, что ингибиторы протонного насоса могут увеличить общий риск переломов на 10–40%. Пациенты с повышенным риском остеопороза должны наблюдаться и лечиться в соответствии с текущими клиническими рекомендациями, а также принимать адекватное количество витамина D и кальция.

Применение ингибиторов протонного насоса (ИПН) ассоциировано с очень редкими случаями развития подострой кожной красной волчанки (ПККВ). Если возникает поражение кожи, осо-

бенно на открытых солнечному свету участках, совместно с артралгией, то пациент должен своевременно обратиться за медицинской помощью, и врач должен рассмотреть решение об отмене препарата Месопраль. ПККВ при лечении ИПН в анамнезе может повышать риск развития ПККВ при применении других ИПН.

Влияние на лабораторные исследования Увеличение уровня СgА может повлиять на исследование нейророзндокринных опухолей. Чтобы избежать этого влияния, лечение эзомепазолом необходимо временно прекратить не менее чем за 5 дней до измерения СgА.

Месопраль содержит сахарозу. Пациенты с наследственной непереносимостью фруктозы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией или сахарозо-изомальтазной недостаточностью не должны принимать этот препарат.

Месопраль содержит парагидроксibenзоаты, которые могут вызывать аллергические реакции (возможны реакции позднего типа).

Беременность и лактация

Клинические данные по воздействию эзомепазола при беременности недостаточны.

Назначать препарат беременным следует только в том случае, когда ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода.

Неизвестно выделяется ли эзомепазол с грудным молоком, поэтому не следует назначать Месопраль во время кормления грудью.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами Учитывая побочные действия лекарственного средства, следует соблюдать осторожность при управлении транспортным средством или потенциально опасными механизмами.

Форма выпуска и упаковка По 7 капсул в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной (внутренний слой поливинилхлорида/алюминий/полиамидная пленка) и фольги алюминиевой.

По 4 контурные ячейковые упаковки вместе с утвержденной инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона.

Допускается информация из инструкции по медицинскому применению на государственном и русском языках наносить на пачку.

Условия хранения Хранить в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения 2 года. Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек По рецепту

Наименование и страна организации-производителя Этифарм, Франция

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения АО «Химфарм», Республика Казахстан

Наименование и страна организации-упаковщика Фармацевтический завод Польфарма АО, Польша

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


АО «Химфарм», Республика Казахстан,

160019 г. Шымкент, ул. Рашидова, 81

Номер телефона: +7 (7252) 56-13-42

Номер факса: +7 (7252) 56-13-42

Адрес электронной почты: infomed@santo.kz



Черный тюльпан и зеленый крест

Что общего между знаменитым цветком, описанным в романе Александра Дюма, и международным аптечным символом? Оказывается в средние века, когда Голландию охватила повальная тюльпаномания, и за маленькую луковицу редкого сорта давали карету и пару лошадей, тюльпаны продавались на крупных аукционах с помощью аптекарских весов. И этот исторический факт подтверждает неписаное правило: в Нидерландах аптека так или иначе вовлечена во все общественные процессы и, по сути, является частью дружной голландской семьи.

Аптека при враче

Ухоженная, аккуратная, законопослушная Голландия во все времена могла гордиться своими аптеками. Пожалуй именно из-за того, что все было хорошо устроено изначально, голландцы многое сохранили в фармацевтическом бизнесе и пронесли свои аптечные традиции сквозь века.

Так, например, до середины позапрошлого столетия здесь не разделялись медицина и фармация: врачи сами назначали лекарственные средства, и сами же их изготавливали. И до сих пор в Нидерландах принято прикреплять аптеки к кабинету врача. А если вдруг доктор по каким-то причинам прекращает свою практику (к примеру, уходит на пенсию или переезжает в другой город), то сменивший его медицинский специалист получает одновременно и базу пациентов, и аптеку, которая их обслуживает. Как правило, подобные аптеки можно встретить в глубине маленьких улочек, и их основной доход обеспечивает реализация рецептурных препаратов. Ассортимент безрецептурной группы в таких аптеках ограничен. И если рецепта на руках нет, то приобрести в них удастся немного: кое-какие анальгетики и про-

тивовирусные препараты. Витрины в рецептурных аптеках нет – все товары располагаются на стеллажах за спиной аптечного работника. Подход понятен: если решение о выборе принимает врач, то нет никакого смысла «завлекать» посетителя, пытаться вызвать у него желание купить тот или иной продукт.

На любой вкус

Узнать голландскую аптеку не сложно: чаша со змеей и вывеска Apotheek сразу скажут о ее местонахождении. Согласно последним данным ВОЗ, в Нидерландах работают примерно 2 тыс. розничных и 90 госпитальных аптек. На каждую розничную аптеку приходится в среднем 8,1 тыс. жителей. По статистике, в одной аптеке работают два дипломированных фармацевта, восемь ассистентов фармацевта и три технических сотрудника. В большинстве своем аптеки не круглосуточные и закрывают свои двери до 17.00 в будние дни, а в выходные и вовсе не работают. Исключение составляют Dienstarpotheek – дежурные аптеки, но в стране таких насчитывается всего 35.

Еще одна разновидность голландских аптек – это Drogisterij, или аптечные магазины, где и



можно приобрести все те товары для здоровья, косметику, парфюмерию и безрецептурные препараты, которые не нашли себе место в классических аптеках. Кстати, ассортимент безрецептурных средств в Нидерландах отличается от украинского и нередко включает те препараты, которые у нас можно купить исключительно по рецепту. И наоборот – какие-нибудь легкие седативные, которые у нас продаются без всяких преград, в стране свободной любви и кафешопов купить без рецепта нельзя. Так что без документа, полученного у врача, успокаиваться приходится другими способами ☺.



Большая игра

Что касается аптечных сетей, то в Нидерландах они занимают 35 % рынка.

К самым крупным относятся Mediq, Etos и Kring Apotheek.

Особенностью голландских аптечных сетей является то, что здесь не продается медицинская техника вроде глюкометров или тонометров. Да-да, есть и для этой категории товаров, которые у нас легко найти в любой аптеке, отдельные медицинские учреждения. Очень уж ценят в Нидерландах специализацию, многофункциональность здесь как-то не прижилась.

Зато аптечные сети могут предложить много других дополнительных услуг, которые у нас не в ходу. Например, Etos славится ши-

роким ассортиментом интимных товаров, и речь не только о знакомых глазу гелях и презервативах – здесь продаются различные вибраторы, приспособления для интимного массажа, афродизиаки, диетические добавки для повышения потенции и т. п.

Сеть аптек Kring Apotheek конкурирует на рынке не столь эпатажно, но тоже интересно: для любого клиента этой сети фармацевт может связаться с его лечащим врачом, даже если он находится в другом городе, и таким образом провести удаленную консультацию по выбору лекарственного средства.

Кстати, имеется и обратная связь. Выписывая рецепт, врач в Нидерландах сразу спрашивает, в какой аптеке пациент собирается



приобрести препарат, и при необходимости может лично связаться с фармацевтом этой аптеки и уточнить любые вопросы по страховому возмещению стоимости каждого препарата. Система работает исправно: ежегодные расходы голландцев на покупку лекарственных средств составляют не более 10 % от затрат на медицинское обслуживание в целом.

Специалисты высокого класса

А что же насчет квалификации местных фармацевтов?

В Нидерландах проблем в этой части нет. Получить фармацевтическое образование можно в трех университетах: Гронингском, Лейденском и Ниджмегене. Обучение платное, четырехлетняя бакалаврская программа стоит 10,5 тыс. евро, а еще два года магистратуры обойдутся уже в 18 тыс. евро. Большое внимание в процессе обучения уделяется развитию коммуникативных навыков у студентов, а также умению применять теоретические знания на практике. Дипломированному специалисту необходимо опыт работы не менее двух лет для получения лицензии на открытие розничной аптеки и не менее трех лет – на открытие госпитальной аптеки.

В обязанности фармацевта в Нидерландах входит не только



подробное консультирование клиентов, но и контроль правильного применения препаратов, его сочетания с другими лекарственными средствами.

Не стать «белой вороной»

Возвращаясь к теме семейственности и взаимовыручки: аптека в Нидерландах просто не выживет, если будет пытаться существовать в одиночку. Просто потому, что аптечный бизнес здесь не изолированный. Все аптеки обмениваются между собой и с врачами информацией о препаратах, которые принимают пациенты, направляют лю-

дей друг к другу и держатся вместе. У новой аптеки, которая по какой-то причине не сумела установить тесную связь с местными врачами частной практики, лечебными учреждениями и другими организациями здравоохранения, просто нет шансов. Ведь, несмотря на то что пациент имеет право обратиться с рецептом к любому фармацевту, он отправится именно в ту аптеку, которую посоветовал специалист из страховой компании. Так что, желая работать на щедром голландском рынке, для начала нужно «вписаться» в коллектив.



Смелые шаги

Говоря о Нидерландах, было бы неправильным остановиться лишь на солидной европейской традиции, при этом обойти вниманием богатый опыт современности, нередко даже шокирующий. Так, не секрет, что в этой стране продают по рецепту марихуану – правда, лишь тяжело больным людям, с такими диагнозами, как рак или СПИД. Но несмотря на доступность наркотика в качестве лекарственного средства, страховые компании не возмещают его стоимость, так что сдерживающий рычаг все же есть, и имя ему – финансы.

Кроме того, именно здесь практикуется эвтаназия, в том числе и у детей с 12 лет, а в последние годы поднят вопрос о том, чтобы снизить эту возрастную планку (речь идет о случаях смертельных заболеваний).

Недавно Центр по исследованию лекарственных средств для медицинского применения Нидерландов инициировал программу по включению в клинические исследования детей, пожилых людей и пациентов с психическими отклонениями, то есть тех категорий пациентов, которых обычно стараются не привлекать в такие проекты. По мнению исследователей, это необходимо для полного пони-



мания эффективности и побочных эффектов препаратов. Как к этому относиться – решает каждый для себя сам. Но в одном прогрессивным Нидерландам не откажешь: страна смело развивает науку и расширяет границы возможного. Не исключено, что именно поэтому Голландия является одной из самых благополучных в плане здравоохранения и, по версии ВОЗ, входит в пятерку лучших стран для рождения ребенка.

Источники:

minvws.nl; who.int; Delo.ua; BBC; pharmapractice.ru.


Полный список источников находится в редакции.

Светлана ВЕШНЯЯ

Материал предоставлен компанией «Агентство Медицинского Маркетинга»

www.amm.net.ua





Проклятие розовых воротничков в мировой фарме

Истинная женщина всего добивается тонко и изящно. Это логично, ведь грубая сила и напор с первобытных времен – на стороне мужчин. И чтобы «отвоевать» у сильной половины человечества некоторые профессиональные территории, дамам нередко приходилось искать окольные пути. Особенно хорошо видна женская мудрость в фармации. Ведь изначально аптекарь почти во всех странах мира был исключительно мужского пола, пожилой и важный, окутанный запахом лекарственных трав и мистической пеленой. Но не успел он оглянуться, как аптечное дело стало чисто женской профессией. И теперь интересно посмотреть на примере разных стран, как живет дамам-фармацевтам на отвоеванных территориях.

США: Уверенно и целеустремленно

Если верить рейтингу Forbes, лучше всего дела обстоят у американских коллег. Ведь в США профессия фармацевта названа второй из самых востребованных среди женщин.

А почему бы и нет? Средняя зарплата аптечного работника здесь составляет около \$70 тыс. в год, а при полном рабочем дне достигает \$111 тыс. в год. Неудивительно, что, согласно опросам, 52 % женщин-фармацевтов вполне довольны своей работой и не хотят ничего менять.

Тем не менее даже в прогрессивных Штатах не обходится без некоторой дискриминации. Потому что даже самая большая зарплата женщины составляет 92 % средней зарплаты мужчин-фармацевтов, работающих в тех же условиях. Хотя разницу работодатели объясняют тем, что у мужчин часто бывает более плотный рабочий график. Одним словом, все сложно...

В целом же американские дамы практически отобрали фармацию у мужчин: представительницы прекрасной половины составляют уже более 50 % фармацевтов США, работающих на полной занятости, и 55 % специалистов, которые трудятся неполный рабочий день.

Хотя всего 50 лет назад в американских аптеках было только 8 % женщин. Причина заключалась в том, что в 50-60-е годы владельцы считали женщин недостаточно сильными для того, чтобы перетаскивать тяжелые коробки с лекарственной продукцией, и думали, что женщинам небезопасно работать в аптеках в темное время суток (небольшие американские аптеки для увеличения продаж в то время были вынуждены работать почти круглосуточно). Но с появлением аптечных сетей все изменилось. Рабочий день сетевых аптек стал более продолжительным, сами аптеки – значительно крупнее, это дало возможность обеспечить сотрудникам более гибкий график, и женщины потянулись в профессию. В 1976 году президентом Американской фармацевтической ассоциации впервые была избрана женщина. В том же году официально было задекларировано разрешение американским женщинам-фармацевтам работать неполный рабочий день, чтобы у них оставалось время на воспитание детей. К 1980 году среди выпускников колледжей и университетов, получивших квалификацию фармацевта, число женщин уже приблизилось к половине. Ну а сегодня американский пациент получает лекарство в основном из нежных женских рук. По оценкам Департамента здравоохранения США, к 2020 году женщины будут



составлять уже около 62 % всех действующих американских фармацевтов.

ОАЭ: Профессионально, но целомудренно

Женщина за первым столом в арабских странах долгое время была нонсенсом. Прорыв наступил лет пять назад в Объединенных Арабских Эмиратах, когда из-за дефицита специалистов-мужчин государству пришлось позаботиться о привлечении в профессию женщин. В женском колледже Дубая была введена трехлетняя программа DipPharm, а чуть позднее ее дополнила BPharm (длится один год). Обе программы предлагаются исключительно женщинам ОАЭ как шаг к увеличению причастности граждан страны к фармации. Арабские женщины очень благосклонно отреагировали на инициативу властей и

принялись горячо отстаивать свои права. Конечно, арабская женщина-фармацевт – скромна и целомудренна, открытыми оставляет только руки и лицо. Но возможность профессиональной реализации в этой стране – уже большой шаг в направлении преодоления половой дискриминации.

Япония: Наравне с мужчиной

На самом деле как раз в Стране Восходящего Солнца женщина была допущена к фармации почти с момента ее формирования. Еще в VIII–IX вв. были разработаны базовые принципы японской медицины «Кампо», основанные во многом на китайских наработках. В них входили не только фармакология, но и философские основы, принципы анатомии, физиологии, гигиены, акупунктуры и моксibusiона. Таким образом, древние японские медики должны были обладать достаточно широким спектром знаний. Основные принципы «Кампо» и базовые навыки лечения травами обязательно изучались женщинами из благородных семей. Хорошая жена должна была уметь оказать первую помощь своему мужу и детям.

Были известны с древних времен и женщины – аптечные коммивояжеры (так в Японии назывались аптекари, путешествовавшие по дорогам и предлагавшие свой товар в отдаленных небольших городках и деревнях, где не было своих аптек). Как пра-



вило, аптечные коммивояжеры были членами семей аптекарей. В музее японской фармакологии, принадлежащем фармацевтической компании Eisai Co., Ltd (префектура Гифу), даже есть статуя, изображающая двух коммивояжеров – мужчину и женщину. Причем дама продает одно из популярных японских лекарственных средств от кишечных расстройств.

Сегодня мужчины и женщины в Японии по-прежнему делят профессию фармацевта, хотя уже и с некоторым перекосом в сторону прекрасной половины: дамы составляют примерно 60 % аптечных работников страны.

Первые женщины-фармацевты были официально зарегистрированы в 1869 году. Тогда в стране их было всего 223 – 1,9 % всех фармацевтов страны. В то время женщины еще не имели права вступать в Общество химиков и аптекарей. Но постепенно дипломированных леди в Великобритании становилось все больше, и в 1905 году в Лондоне была образована Национальная Ассоциация женщин-фармацевтов (NAWP), которая действует и сегодня.

На данный момент женщины доминируют в аптеках розничных продаж и в госпитальных аптеках, в то время как в оптовых продажах пока еще больше мужчин. Однако

довольно сложно планировать отпуск, нередко брать его просто невыгодно. Также разъездная непостоянная работа неудобна для женщин, особенно имеющих детей, и это дает большое преимущество мужчинам.

Тем не менее в целом английские женщины составляют уже 52 % фармацевтов в стране.

«Проклятие розовых воротничков» – так называется дискриминация по зарплате и условиям труда по половому признаку. Судя по тенденции, которая сегодня царит на мировом аптечном рынке, женщинам уже удалось победить «жестокие чары» и доказать, что в качестве фармацевтов они справляются не хуже, а часто даже лучше своих коллег-мужчин. Несмотря на то что в целом мужчины и женщины выполняют в аптеках одинаковые обязанности, женщины более охотно консультируют клиентов по различным вопросам, у них больше опыта в воспитании детей, поэтому они могут дать более обстоятельный совет родителям в отношении лекарственных средств и специальных товаров. Женщины, как правило, легче находят общий язык с пожилыми людьми, более терпеливы и сострадательны, что тоже положительно влияет на уровень продаж в аптеке. Так что сегодня, основываясь на опыте разных стран, можно смело сказать: да, фармацевт – все-таки больше женская профессия.



Великобритания: Стратегическая победа, тактические отступления

В консервативной Англии леди очень активно борются за свои права. За последние 15 лет уже пять женщин побывали на посту президента Совета Королевского фармацевтического общества. В 1991 году Национальная ассоциация женщин-фармацевтов опубликовала пакет документов «Женщины в фармацевтике», который был разработан как карьерный план для всех дам – аптечных работников. Позже этот свод документов положил начало международному движению «Женщины в фармацевтике», к которому присоединились фармацевты нескольких стран.

при общей позитивной тенденции есть и проблемы. Так, в Великобритании очень распространена практика найма фармацевтов на временную работу с почасовой оплатой через агентства. Пригласить могут в аптеки, расположенные в любой точке страны, в зависимости от того, где существует наибольшая потребность в специалистах. Порой работник даже не знает, где будет трудиться завтра или через неделю – может быть, в другом районе, а возможно, и в другом городе за 200 км от дома.

Постоянное место работы в течение долгого времени – большая редкость, как и равномерная ежедневная загрузка: иногда можно работать 14 часов в сутки, а иногда бывают недельные «простои». Все это порождает ряд неудобств:

Источники: eisai.co.jp/museum; forbes.com; who.int; Tsugawa Y., Jena A. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians, 2017. Полный список источников находится в редакции.

Светлана ВЕШНЯЯ

Материал предоставлен компанией «Агентство Медицинского Маркетинга»
www.amm.net.ua

 АГЕНТСТВО
МЕДИЦИНСКОГО МАРКЕТИНГА
МЫ ОБУЧАЕМ – ВЫ ЗАРАБАТЫВАЕТЕ!

Фарингосепт – нет боли в горле

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

Может ли у ребенка снижаться иммунитет? Причин, условий и факторов риска снижения иммунитета много. Транзиторное снижение иммунитета вызывают недостаточное по белку и энергии питание, дефицит потребления микронутриентов, особенно витаминов А, С, Е, Д, β-каротина, эссенциальных микроэлементов (цинк, железо, селен, йод), полиненасыщенных жирных кислот, наличие хронических болезней органов пищеварения, инфекционных болезней в анамнезе, прием антибиотиков, воздействие экопатологических факторов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

В современных условиях дети подвергаются воздействию вышеперечисленных факторов риска нарушений работы иммунной системы. Установлено, что недостаточное потребление белка и энергии снижает синтез антител. Дефицит в рационе полиненасыщенных жирных кислот, витаминов А, С, β-каротина, цинка сопровождается нарушениями во всех звеньях иммунного ответа. Недостаток йода снижает активность фагоцитарного звена, компонентов антиоксидантной защиты (витамины А, Е, цинк, селен, и др.), неблагоприятно влияет на функциональную активность и жизнедеятельность иммунокомпетентных клеток.

Известно, что после рождения ребенка иммунная система продолжает дальнейшее активное формирование, в котором выделяют несколько критических периодов развития. Для понимания функциональных возможностей иммунитета ра-

стущего организма важно знать физиологию его становления, которая характеризуется наличием пяти критических периодов развития. Согласно данным Казмирчук В.Е., Ковальчук Л.В., 2006, III критический период соответствует 2–3 годам жизни, характеризуется значительным расширением контактов ребенка, что обуславливает повышение частоты инфекционных заболеваний. Данный возрастной период характеризуется частыми и повторными заболеваниями ЛОР-органов, так как происходит социальная адаптация детей, увеличивается число личностных контактов. Многие дети начинают в этом возрасте посещать дошкольное учреждение и начинаются частые заболевания, нередко сопровождающиеся осложнениями. IV критический период соответствует 4–6 годам жизни. Завершается период становления приобретенного иммунитета. Заболевания верхних



дыхательных путей приобретают хронический или рецидивный характер в связи с недостаточностью местного иммунитета. V критический период – 12–13 лет. В этот период начинается период полового созревания и активных гормональных перестроек в организме, в связи с чем отмечаются половые отличия в иммунном статусе.

Как можно заметить из изложенного, наиболее частой патологией являются заболевания полости рта (гингивит, стоматит) и ЛОР-органов (тонзиллит, фарингит), развивающиеся в третьем критическом периоде, что соответствует второму-третьему годам жизни.

Стоит отметить, что процентная составляющая тонзиллитов, особенно хронических среди всех заболеваний ЛОР-органов составляет около 5%, а у детей раннего и позднего школьного возраста около 15%.

Начиная с младенческого возраста, ребенок наиболее активно познает окружающий мир. В процессе познания он сталкивается со многими заболеваниями. Иммунитет ребенка еще не сформировался полностью, нередко появляются и заболевания горла. И главный вопрос в этой ситуации – чем лечить горло ребенку? Причиной заболеваний глотки и гортани у ребенка в основном становятся микроорганизмы.

Сегодня у прогрессивных врачей совершенно иные взгляды, отличающиеся от ранее принятых в схемах лечения. Врачи стараются меньше использовать препараты системного действия и больше уделять внимания местному лечению.

Для лечения горла ребенку разрешается достаточно много лекарств – это и таблетки для рассасывания, и спреи, и растворы для полоскания. Важно, чтобы ребенок уже умел полоскать себе горло и рассасывать таблетки. Если болит горло у ребенка, ему можно назначить Фарингосепт.

Конечно, из антисептиков первое, что приходит на ум – это Фарингосепт.

Проведенный обзор отзывов на препарат содержит следующие фра-



зы, отражающие опыт применения Фарингосепта:

– *Впервые с этим препаратом я столкнулась в самом начале своей беременности сыном. Я еще не знала о своем интересном положении, а мой организм уже отреагировал на изменения жутким гингивитом. У меня воспалилась десна в силу гормональных перестроек в организме. Сердце подсказывало, что заболела я неслучайно, поэтому гелю, которым я обычно пользовалась при стоматитах, на этот раз я предпочла Фарингосепт. Ведь эти таблетки для рассасывания разрешены для употребления при беременности. За четыре дня Фарингосепт избавил меня от неприятных ощущений и снял воспаление. В дальнейшем Фарингосепт еще не раз выручал меня и членов моей семьи при различных по этиологии фарингитах и стоматитах.*

– *Мое знакомство с Фарингосептом началось с лечения гингивита. С этим недугом препарат справился за четыре дня приема согласно инструкции. Я рассасывала таблетку Фарингосепта четыре раза в день через полчаса после еды. Самое сложное для меня было удержаться от приема пищи и питья в течение трех часов после рассасывания. Но самое главное, Фарингосепт мне помог.*

– *Фарингосептом я также лечила сына, ведь эти таблетки для рассасывания разрешены к применению у детей старше 3 лет. Правда, ему я превращала таблетку в порошок и разводила в столовой ложке воды.*

Он эффективен в самом начале заболевания, но с серьезным недугом в одиночку не справится.

– *В холодильнике тоже всегда Фарингосепт лежит – с сестренкой у нас часто горло болеть начинает.*

– *Тоже неоднократно им пользовалась, с детства люблю вкус этих таблеток.*

– *Если не запускать болезнь, а начинать принимать его при первых симптомах, то эффект от использования Фарингосепта наступает быстро.*

– *Болею мы часто и всей семьей, горло вообще мое больное место, хронический тонзиллит преследует со школы. Сейчас еще и гайморит добавился. Дочь пошла в сад и постоянно носит оттуда всякие болячки. В общем, дома у нас почти всегда имеется Фарингосепт, таблетки для облегчения боли в горле.*

– *Фарингосептом пользуюсь столько, сколько себя помню. Потому что горло болело часто. Рассасываю таблетку, в общем никаких неприятных ощущений. Иногда даже вкусненько. Не нравится тот момент, что таблетки сильно окрашивают язык и губы, если облизываться. В общем, если применять их в общественном месте, нужно следить, чтобы не осталось некрасивых разводов на губах.*

– *Горло у меня обычно болит не остро, а как будто там что-то скребется, неприятно и некомфортно до такой степени, что трудно уснуть. Первые две ночи болезни я*



**НОВЫЙ
ВКУС**

ФАРИНГОСЕПТ®

Амбазон



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

В составе комплексной терапии для острых инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и гортани

- ✓ гингивит, стоматит, ангина, фарингит, тонзиллит
- ✓ после тонзилэктомии и экстракции зубов



Перед назначением и применением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению!

ФАРИНГОСЕПТ®



Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства

Торговое название Фарингосепт®

Международное непатентованное название

Амбазон

Лекарственная форма

Таблетки для рассасывания, по 10 мг

Таблетки для рассасывания со вкусом лимона по 10 мг

Таблетки для рассасывания со вкусом мяты по 10 мг

Таблетки для рассасывания со вкусом корицы по 10 мг

Состав Одна таблетка содержит **активное вещество** – амбазона моногидрат 10 мг, **вспомогательные вещества**: сахароза, лактозы моногидрат, какао, повидон К30, кислота стеариновая, ванилин (таб. для рассасывания), ароматизатор лимонный (таб. для рассасывания со вкусом лимона), ароматизатор мятный (таб. для рассасывания со вкусом лимона), ароматизатор коричный (таб. для рассасывания со вкусом корицы).

Описание Таблетки для рассасывания: гладкие цилиндрические твердые таблетки коричневого цвета, с целыми краями, плоскими и пигментированными поверхностями; со вкусом лимона - с буквой «L»; со вкусом мяты с буквой «M»; со вкусом корицы - с буквой «С» на одной стороне.

Фармакотерапевтическая группа

Препараты для лечения заболеваний горла. Антисептики.

Амбазон. Код АТХ R02AA01

Фармакологические свойства

Антисептическое средство для местного применения в ЛОР-практике и стоматологии. Оказывает бактериостатическое действие. Активен в отношении *Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus viridans*, *Pneumococcus*.

Не оказывает влияния на кишечную микрофлору.

Способ применения и дозы

Взрослым – по 3-5 таблеток (30-50 мг) в сутки.

Таб. для рассасывания, со вкусом лимона: детям от 6 до 18 лет можно принимать 3 табл. (30мг) в сутки.

Таб. для рассасывания со вкусом мяты, со вкусом корицы: детям от 14 до 18 лет по 1 таблетке в сутки.

Курс лечения – 3-4 дня. Таблетки Фарингосепта не проглатывают, а держат во рту до полного рассасывания. Препарат применяют сразу после еды (через 15-30 минут), рекомендуется воздержаться от еды и питья в течение 2-3 часов после приема препарата.

Побочные действия: возможно в случае гиперчувствительности; зуд, кожная сыпь

Противопоказания: повышенная чувствительность к амбазону или любому компоненту препарата; детский возраст до 6 лет (таб. для рассасывания, со вкусом лимона); детский возраст до 14 лет (таб. для рассасывания со вкусом мяты, со вкусом корицы).

Лекарственные взаимодействия

Не установлены

Особые указания

Из-за содержания сахара в Фарингосепте рекомендуется избегать применения больным с сахарным диабетом.

Из-за содержания лактозы (150 мг в одной таблетке), рекомендуется избегать применения больным с непереносимостью лактозы, пациентам с редкими наследственными заболеваниями непереносимость галактозы, лактозной – недостаточностью или синдромом нарушения всасывания.

Беременность и лактация. Таблетки для рассасывания, со вкусом лимона – препарат может быть применен во время беременности и лактации. Таблетки со вкусом мяты, со вкусом корицы – применение препарата возможно, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. В период лактации при применении препарата прекратить кормление грудью ребенка, принимая во внимание соотношение польза/риск.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами. Препарат не влияет на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.

Передозировка

Не выявлена. Если случайно препарат приняли в большой дозе, то рекомендуется вызвать рвоту и промыть желудок.

Форма выпуска и упаковка

По 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку. По 1 или 2 контурной упаковке вместе с инструкцией по медицинскому применению 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

Таблетки для рассасывания, со вкусом мяты, со вкусом корицы, 10 мг – 2 года.

Таблетки для рассасывания со вкусом лимона, 10 мг – 3 года.

Не применять после истечения срока годности.

Условия отпуска из аптек. Без рецепта

Производитель. S.C.TERAPIA S.A., Str. Fabricii, nr 124, Cluj-Napoca 400 632, Румыния

Владелец регистрационного удостоверения

Sun Pharmaceutical Ind Ltd, Индия

Адрес организации, принимающей на территории

Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции (товара) и ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства



Представительство «Sun Pharmaceutical Ind Ltd» в РК г. Алматы, ул. Манаса 32 «А», уг.ул. Сагпаева, БЦ «SAT» 6 этаж, 602 офис, Тел./факс: +7 (727) 237 84 49 эл.адрес: regulatory.kz@sunpharma.com

обычно почти не сплю именно от неприятных ощущений в горле.

– С Фарингосептом неприятные ощущения проходят за день, конечно с сильной и острой ангиной он не справляется так быстро, но с простудой – вполне.

– В инструкции написано, что Фарингосепт разрешен с трех лет, нам назначал врач и при болезнях горла.

– Также у дочки (4 года) иногда возникает стоматит, поло- скать марганцовкой она еще пока не умеет, поэтому мы брызгаем мирамистином и рассасываем Фарингосепт, стоматит проходит быстро.

– Единственное, что не могу удержать дочь после этого не пить в течение 3 часов, как это указано в инструкции. Но мне кажется это почти никак не влияет на его эффективность, хотя бы полчаса не есть и не пить, и то уже хорошо!

Для комфортности применения вкусовая линейка препарата расширена. К существующему классическому (шоколадный вкус) добавлены вкусы лимона, корицы и мяты.

Конечно, из антисептиков первое, что приходит на ум – это Фарингосепт. Многие родители говорят, что дают его детям сразу же при начале простуды, что позволяет им каждый раз избегать осложнений с гландами. Фарингосепт нужно применять в соответствии с инструкцией, то есть правильно. Давать каждый раз после еды, дозируя в соответствии с возрастом согласно инструкции. Очень важно после употребления 2 часа ничего не пить и не есть.

Принимают препарат местно, через 15–30 мин. после еды, таблетки медленно рассасываются во рту. Детям от 6 до 18 лет можно принимать 3 табл. (30 мг) в сутки. Курс лечения – 3–4 дня. Таблетки Фарингосепта не проглатывают, а держат во рту до полного рассасывания.

Фарингосепт – лекарственное средство, обладающее сильным бактериостатическим действием, в состав которого входит один

из наиболее изученных и проверенных антисептических препаратов амбазон. Он эффективен против патогенов, которые обычно вызывают инфекции на этом уровне (*Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus viridans*, *Pneumococcus* и т.д.). Амбазон имеет бактериостатическое действие на гемолитические стрептококки при концентрациях в диапазоне от 1:1 000 000 до 1:10 000 000 (Lorenz K., 1960; Doinagk K., 1955; Suss K.-J. & Kettwig W., 1962). Амбазон проявляет умеренную эффективность в действии против стафилококка.



Амбазон не вызывает никаких признаков дисбактериоза в желудочно-кишечном тракте.

Оптимальная терапевтическая концентрация в слюне достигается на 3–4 день приема препарата при дозе 0,03–0,05 г/сутки.

Фарингосепт эффективно устраняет симптомы любого воспаления, боль и раздражение в горле в короткие сроки. Препарат является одним из наиболее безопасных среди антисептических средств от боли в горле. Приятный вкус какао с достоинством был оценен маленькими пациентами, что для них являлось не лекарством, а обычной конфеткой, и они с удовольствием лечились, также благодаря этому было отмечено более быстрое выздоровление. Фарингосепт устраняет неприятные ощущения на несколько суток раньше по сравнению с другими препаратами.

Таким образом, на основании вышеприведенного становится ясно, что препарат безопасен в применении в качестве антисептического средства, для профилактики и лечения заболеваний полости рта и верхних дыхательных путей.

Список литературы

1. Оториноларингология. Национальное руководство. – 2008. – М.: «ГЭОТАР-Медиа» чл. кор. РАМН В.Т. Пальчун.
2. Богомольский М.Р., Чистяков В.Р. Детская оториноларингология. – Москва, 2007. – 576 с.
3. Жайсакова Д.Е., Кулиббетов А.С. Жуткыншак аурулары. – Алматы, Эверов, 2009. – 81 бет.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник для медицинских ВУЗов. – М.: Медицина, 2008. – 656 с.
5. Шеврыгин Б.В., Жайсакова Д.Е., Дифференциальная диагностика оториноларингологических заболеваний у детей. – Алматы, 1998. – 189 с.
6. Хайтов Р.М. Физиология иммунной системы. – М., 2001. – 223 с.
7. <http://irecommend.ru/content/faringosept-podrobnyi-obzor-preparata-vnutri-polnaya-instruktsiya-po-primeneniyu-pokazaniya>

Как важно нам поддерживать себя в хорошем настроении, хотя это не всегда возможно, но если постараться, то можно. О том, как помочь себе и своим близким поднять настроение – читайте в нашем гороскопе.

*Гороскоп
хорошего
настроения*

Овен (21.03 – 20.04)

Хандра – редкий случай у Овнов. Однако, если грусть вдруг навалилась немислимой тяжестью, постарайтесь отвлечься от грустных мыслей при помощи физических нагрузок. Это могут быть: занятия в спортзале, колка дров, дикие танцы, участие в массовых мероприятиях с большим количеством народа, например, посещение рок-концерта или тусовка в среде брутальных байкеров. Чтобы выплескиваемая вами энергия находила конструктивное применение, начните ремонт. Только прежде чем включаться в процесс перестройки жилого пространства, прикиньте, хватит ли у вас денег, а заодно запаситесь необходимым количеством стройматериалов. Заметно поправить настроение Овнам помогает огонь. В минуты грусти посидите у костра, а еще лучше купите фейерверков, найдите подходящее с точки зрения противопожарной безопасности место и устройте зажигательное шоу. Но, пожалуй, самым безотказным способом прийти в себя является скорость. Обязательно купите «железного коня» – любого в зависимости от кошелька (велосипед, мотоцикл, скутер и т.п. тоже относятся к этому разряду) и гоняйте на нем в свое удовольствие. Только делайте это в специально отведенных местах, и, разумеется, в трезвом виде.

Телец (21.04 – 20.05)

Этот представитель Зодиака живет в своей собственной привычной и понятной ему Вселенной. Мысль о том, что личный мирок может в одночасье измениться, пугает Тельца больше всего, и чтобы успокоиться, ему нужны убедительные доказательства стабильности существования и неизменности бытия. Бытие же для Тельца воплощается в вещах и материальных средствах. Веру в завтрашний день поможет поддержать маленький шоппинг. Купите что-нибудь новое и полезное, хотя бы зубную щетку или удобные ботинки. Но не разоряйтесь на дорогие вещи, когда настроение улучшится, они вам могут не понравиться. Можете также потешить себя подсчетом имеющихся наличных или проверкой счета в банке (если, конечно, есть что считать и что проверять). Другой способ почувствовать себя в отличной форме можно назвать «Загрузочный день». Вы гурман, а посему удовольствие вам принесут: жареная картошка, бифштекс, шашлык, пельмени, пиво (побольше), торт – словом, все самое неправильное с точки зрения диеты, но безумно вкусное. Ленивое диванное времяпрепровождение тоже способно сбросить вашу психику от стресса. Иногда, знаете ли, полезно плюнуть на все с высокой колокольни и пусть мир вас немного подождет.

Близнецы (21.05 – 21.06)

Обычно у представителей этого знака не возникает проблем с настроением. Неистощимые на выдумку весельчаки, они прекрасно знают, что нужно сделать, чтобы черная меланхолия не взяла верх. Их универсальный рецепт – общение. При этом Близнецы не столько любят приглашать друзей к себе домой, сколько предпочитают сами ходить по знакомым. А найдя свободные уши, отрываются по полной: рассказывают о событиях своей жизни, обсуждают политику и все происходящее в мире, вываливают целый ворох сведений, еще не внесенных ни в одну энциклопедию, фонтанируют идеями и делятся планами. Однако и слушать не забывают, ведь удовлетворение любопытства и накопление всякой (как нужной, так и ненужной) информации, им необходимо, как воздух. Могут закупить журналов и газет, обложиться ими и читать взахлеб. Либо провести кабельное телевидение и с упоением смотреть канал Дискавери, а также прочие научно-популярные передачи. Не оставляют без внимания интернет, заходят на какой-нибудь форум и становятся его активным участником. В целях веселья разыгрывают кого-либо или просто ломают перед публикой шута горохового. Близнецам также полезно просто пройтись по городу, а при наличии большого количества свободного времени и за город выбраться не повредит.

Рак (22.06 – 22.07)

Непродолжительные периоды беспричинной грусти у Раков случаются, как правило, несколько раз в месяц. Увы, это норма их жизни, так что навсегда избавиться от этого маленького недостатка не получится. А вот смягчить кратковременную депрессию труда не составит. Единственное, в чем эти люди постоянно нуждаются – сочувствие. Объятия, поцелуи и прочие телячьи нежности при плохом настроении делают их жизнь гораздо приятнее. Вместе с этим, рожденные под знаком Рака, больше прочих представителей Зодиака любят жалеть себя и «плакаться в жилетку». Для этой цели избирают обычно приятелей либо близких друзей, и практически никогда не изливают душу родственникам. Отвлечь Раков от слезливого настроения помогают приятные воспоминания о прошлом. Для этого им достаточно просмотреть в очередной раз семейный фотоальбом. Некоторые Раки впадают в умиротворенное состояние от тишины и покоя. Рыбалка ранним утром на каком-нибудь заброшенном пруду и в полном одиночестве быстро заставит их забыть о неприят-

ностях. В крайнем случае, им подойдет просто уютно устроиться в кресле, включить торшер, приготовить кучу бутербродов и смотреть по телевизору очередную серию бразильского сериала.

Лев (23.07 – 23.08)



Позитивный взгляд на мир делает Львов мало подверженным плохому настроению. Бог знает, что должно случиться, чтобы рожденные под этим знаком упали духом. Но если это все-таки произойдет, то исправлять положение следует немедленно, чтобы не позволить им опуститься в беспросветную пучину скорби. При этом важно помнить, что реабилитационные процедуры для мужчин и женщин этого знака различны. Женщинам больше всего помогает ни к чему не обязывающий флирт и посещение мероприятий, где можно и себя показать и на других посмотреть, а также приобретение (а еще лучше, получение в подарок) золотых украшений, дорогих духов или туалетов от кутюр. Заметно улучшает не только внешний вид, но и настроение посещение салона красоты и отдых на дорогом курорте. Хороший терапевтический эффект оказывает творчество, когда, даже не обладая особыми талантами, личные впечатления выпускаются на бумагу в виде картины или рассказа. С мужчинами этого знака проще. Сбросить гнет напряжения им позволяют: активный отдых (особенно летний и желательный на пляже), спортивные состязания или азартные игры (главное только не увлекаться и не стать завсегдатаем казино).

Дева (24.08 – 23.09)



Душевное состояние Девы обычно находится в прямой зависимости от того, насколько размеренно и упорядоченно течет ее жизнь. Малейшее отклонение от намеченного плана чревато стрессом. Таким образом, чем больше в жизни Девы порядка – тем меньше она нервничает. Причем порядок должен, по мнению рожденных под этим знаком, касаться всего, что их окружает: быта, документов, положения дел на работе, финансов, личной жизни, а в первую очередь – здоровья. Позвольте Деве пройти медицинское обследование, провести комплекс профилактических процедур, отдохнуть в санатории, принять какой-нибудь чудодейственный препарат, изготовленный по рецепту тибетских монахов, посидеть немного на вегетарианской (или какой-нибудь другой) диете, и она будет просто светиться от счастья. Подобный же эффект наблюдается и после того, как Дева, словно угорелая мечется по квартире с пылесосом, вылизывая в ней все углы чуть ли не в буквальном смысле этого слова. Кулинарное искусство также способно внести в ее душу толику гармонии. Именно Дева любит, накупив продуктов,

приготовить нечто такое, что приглашенные к столу просто пальчики оближут. Массу положительных эмоций Девы испытывают от походов по магазинам. Им даже не обязательно что-то покупать, достаточно просто посмотреть и прицениться.

Весы (24.09 – 23.10)



Гармония и эстетика – вот главные принципы, которыми руководствуются Весы. Все что нарушает гармонию, не соответствует чувству меры, переходит границы такта и вежливости – выбивает их из умиротворенного расположения духа. Тем не менее, в характере этого знака заложена определенная противоречивость. Именно нарушение собственных правил способно добавить в их ставшую скучной жизнь немного остроты. Именно поэтому Весы могут вдруг как бы ни с того ни с сего, проявляя чудеса легкомыслия, вдруг пуститься во все тяжкие. Случайные связи и эротические развлечения – первое средство, по их мнению, позволяющее скрасить суровые будни. У женщин это еще дополняется шоппингом до полного опустошения кошелька, маниакальным уходом за своей внешностью и девичьими посиделками. Оптимальный вариант – принять ванну, пригласить подружек на вечер со всей их косметикой, запастись глянцевыми журналами и испробовать новые варианты макияжа, попутно сопровождая это сплетнями на темы взаимоотношений с мужчинами. Мужчин же этого знака ничто так не приводит в восторженное состояние, как созерцание женских прелестей.

Скорпион (24.10 – 22.11)



Обычно депрессия у Скорпионов начинается не тогда, когда жизнь полна проблем, и нужно бороться, а в моменты успеха или полного покоя. Когда все хорошо, их так и подмывает что-то разрушить, чем-то навредить. В негативные периоды жизни у представителей этого знака действует принцип – лечить подобное подобным. Поэтому лучший способ поднять себе настроение они видят в том, чтобы испортить его другим. Итак, если вам скверно – хорошенько поругайтесь с близкими или устройте им небольшую пакость. Станет легче. Второе безотказное средство привести себя в норму – секс. Третье – трансформация окружающего пространства: устройте дома или на рабочем месте генеральную уборку, избавьтесь от всего лишнего, выбросите ненужные вещи, прервите изжившие себя отношения и бесполезные связи. Только не переусердствуйте, так как в азарте уничтожения Скорпиону свойственно спустить в мусоропровод даже весьма необходимую в повседневной жизни вещь или рассориться с человеком, играющим в их жизни важную роль.

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.

Подписной индекс: 74538



Стрелец (23.11 – 21.12)

Если на душе скребут кошки – нет ничего лучше, чем бросить все и отправиться за тридевять земель. Хоть на самолете, хоть на поезде, хоть на корабле, хоть авто-стопом или даже на своих двоих.

Представьте себе ситуацию: вы в центре какой-нибудь Тегусигальпы, ни слова не знаете по-английски (не то что на местном), без проводника, денег и билетов на родину. У других такой расклад вызовет состояние близкое к обморочному, Стрельцам же лишь добавит адреналина в размеренное течение жизни. Если нет возможности отправиться в турпоездку за границу, выбраться за город вам ничто не мешает. Если же времени вообще в обрез, а встряхнуться хочется, смотайтесь хотя бы на троллейбусе в тот район города, который обычно редко посещаете. Уверяем, гуляя там, вы с удивлением откроете для себя много нового и наберетесь впечатлений на долгий срок. Помимо этого, не повредит записаться на какие-либо курсы, посетить собрания буддистов, включиться в философский диспут, сменить мировоззрение. В качестве самого простого способа для подъема настроения попробуйте что-нибудь спеть, только обязательно громко и весело. Со слухом проблемы? Домочадцы и соседи недовольны? Не беда, пойте под душем. Вообще, прокричитесь, как следует – ваша ипохондрия уйдет, не успеете и глазом моргнуть.



Козерог (22.12 – 20.01)

Метод, рекомендуемый рожденным под этим знаком можно назвать «Праздник непослушания». Дело в том, что Козерог – олицетворение правильности и законопослушания, но лучше других знает, как тяжело постоянно находиться в маске благопристойного человека. Поэтому ему иногда полезно «выкинуть» какой-нибудь номер, не особо, впрочем, шокирующий окружающих. Итак, как только начнется очередной приступ депрессии (а они у Козерогов могут быть длительными) попробуйте в разумных рамках нарушить какие-либо правила: перейти дорогу в неположенном месте, изрисовать непонятными «граффити» подъезд дома, показать прохожим неприличный жест из окна. Хорошо бы позвонить в пятницу своему непосредственному начальнику, пожаловаться сильным голосом на смену атмосферного давления, холодную воду и магнитные бури, продлив, таким образом, выходные еще на один день и умотать к друзьям на дачу есть шашлык, пить пиво, рассказывать неприличные анекдоты и предаваться безделью. Кто скажет, что это плохо? Зато вернетесь – будете, как стеклышко.



Водолей (21.01 – 20.02)

Когда у Водолея наступает в жизни черная полоса, он особо не переживает по этому поводу, так как знает, что за ней всегда следует белая. В трудные периоды такого человека обычно поддерживают радужные мечты о будущем. Даже если он не обладает в данный момент возможностью воплотить задуманное, все равно будет строить планы, заручаться поддержкой влиятельных людей, собирать команду единомышленников. Это и помогает пережить кризис. Идеальным же вариантом является проникновение в виртуальное пространство компьютерных игр или всемирной сети интернет. Можно также купить что-либо из технических новинок, усовершенствовать уже имеющиеся, подняться над землей на воздушном шаре, прыгнуть с парашютом, провести какую-либо реформу или затеять революцию. Последние два совета, разумеется, применимы лишь к тем, у кого есть для этого соответствующие возможности. Существенно поднять настроение поможет также сборник научной фантастики. В некоторых случаях забыть о неприятностях помогает активная общественная деятельность или посильная помощь близкому другу.

Рыбы (21.02 – 20.03)



Будучи натурами впечатлительными и жертвенными, Рыбы испытывают настоящую эйфорию в том случае, если им удалось кому-то помочь или кого-то осчастливить. Но по настоящему поднимают им настроение и заставляют жизнь блеснуть новыми красками такие вещи, как: медитация, сон (в любое время суток), отдых в тишине и одиночестве, прогулка у моря или иного крупного водоема, прослушивание музыкальных произведений любимых композиторов, просмотр фильмов (желательно мелодрам или в жанре «фэнтези»), посещение театров или иллюзионных шоу, творчество (поэзия или живопись), занятие эзотерическими практиками, посещение лекций по оккультизму и аномальным явлениям. Ко всему прочему, считаем своим долгом акцентировать внимание на том, что, не обладая сильной волей, Рыбы зачастую решают проблему плохого настроения способом, именуемым в народе «напиться и забыться». С одной стороны это им помогает больше, чем другим представителям Зодиака, с другой же – нет необходимости напоминать о негативных последствиях алкоголя на организм.

Годасал®

Ацетилсалициловая кислота 100 мг

Годы жизни дарит Вам!



✓ Антиагрегант

✓ Не требует обязательного запивания водой



Показания к применению:

- Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, острый коронарный синдром, профилактика повторных инфарктов).
- Профилактика инсульта, транзиторной ишемической атаки.
- После хирургических вмешательств на сосудах (чрезкожная транслюминальная катетерная ангиопластика, аортокоронарное шунтирование, эндартерэктомия сонных артерий, артериовенозное шунтирование).

Способ применения и дозы:

Годасал® принимают 1 раз в сутки, после еды, можно запить жидкостью, рассосать или разжевать.

Побочные действия:

Возможны желудочно-кишечные расстройства, желудочно-кишечные кровотечения, язвы желудка или кишечника, реакции повышенной чувствительности, головная боль, головокружение.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность, обострение язвы желудка, ДПК, склонность к кровотечениям, тяжелая печеночная, почечная и сердечная недостаточность, одновременное лечение метотрексатом 15 мг/неделю, III триместр беременности.

Особые указания:

Беременность и период лактации: в I-II триместрах беременности Годасал® можно применять в соотношении риск/польза. В период лактации грудное вскармливание следует прекратить.

Особенности влияния препарата на способность управления транспортными средствами и потенциально опасными механизмами: не оказывает влияния.

Условия отпуска из аптек: без рецепта.

Перед назначением и применением изучите инструкцию по медицинскому применению.

Производитель:

Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH, Германия Др.-Роберт-Пфлегер-Штрассе 12, Д-96052 Бамберг
РК-ЛС-5№020249 от 18.12.2013 г. Разрешение на рекламу №KZ56VBV00000435 от 05.09.2014 г.

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству товара ТОО «PRO.MED.CS.»
г. Алматы, пр. Достык 132, оф. 9, тел./факс: 8 (727) 260-89-36, E-mail: marketing@promed.cs

 PRO.MED.CS
Praha a.s.

НО-ШПА®

ОТ БОЛИ И СПАЗМА

ПРОДОЛЖАЕТ РАБОТАТЬ ДО



Международное непатентованное название: Дротаверин.

Показания к применению:

- спазмы гладкой мускулатуры при заболеваниях желчевыводящих путей: холецистит, холангиолитиаз, холецистит, перихолецистит, холангит, папиллит;
- спазмы гладкой мускулатуры мочевыводящих путей: нефролитиаз, уретролитиаз, пиелит, цистит, тенезмы мочевого пузыря.

В качестве вспомогательной терапии:

- при спазмах гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, спазмы кардии и привратника, энтерит, колит, спастический колит с запором и метеоризм при синдроме раздраженного кишечника;
- при головных болях напряжения;
- при гинекологических заболеваниях: дисменорея (болезненные менструации).

Способ применения и дозы:

- Взрослые: обычная доза составляет 120-240 мг в день (разделенная на 2-3 приема). Клинические исследования применения дротаверина у детей не проводились; если назначение дротаверина необходимо:
- детям в возрасте от 6 до 12 лет максимальная суточная доза составляет 80 мг в два приема;
 - детям старше 12 лет максимальная суточная доза составляет 160 мг в 2-4 приема.

Особые указания:

При пониженном артериальном давлении применение препарата требует повышенной осторожности. Таблетка Но-шпы® 40 мг содержит 52 мг лактозы. Пациентам с редко встречающимися заболеваниями наследственной непереносимости галактозы, дефицитом лактазы Лаппа или нарушением всасывания глюкозы-галактозы принимать данный препарат не следует.

Беременность:

можно назначать только после тщательного взвешивания соотношения пользы и риска.

Лактация:

в период грудного вскармливания не рекомендуется.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к активному веществу или к любому из вспомогательных веществ препарата;
- тяжелая печеночная или почечная недостаточность;
- сердечная недостаточность (синдром низкого сердечного выброса);
- детский возраст до 6 лет.

Побочные действия

- Редко ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1000$)
- головная боль, головокружение, бессонница
 - тошнота, запор
 - учащенное сердцебиение, гипотензия
 - аллергические реакции (ангионевротический отек, крапивница, сыпь, зуд)

Условия отпуска из аптек: Без рецепта

Перед применением внимательно прочтите инструкцию по применению.

ТОО «Санofi-авентис Казахстан», 050013, г. Алматы, ул. Фурманова, 187 «Б»
Тел.: +7-727-244-50-96
Факс: +7-727-258-25-96

PK-ЛС-5N000989 от 12.10.2013 г.
Действительно до 12.10.2018 г.

www.sanofi.kz www.sanofi.com

SANOFI