

Аптеки Казахстана

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

Подписной индекс: 74538



№3(31)•2019



ТЕЛЗАП ПЛЮС ПРИ ПРИЕМЕ ОДИН РАЗ В ДЕНЬ ПРИВОДИТ К ПЛАВНОМУ СНИЖЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА.



ТЕЛЗАП ПЛЮС – 40 мг/12,5 мг; 80 мг/12,5 мг; 80 мг/25 мг

СОСТАВ Одна таблетка содержит активные вещества: телмисартан 40.000 или 80.000 мг соответственно, гидрохлортиазид 12.500 мг или 25.000 мг соответственно.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Лечение эссенциальной артериальной гипертензии (в случае неэффективности телмисартана или гидрохлортиазида в виде монотерапии).

СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Взрослые. Таблетки Телзап Плюс предназначены для перорального применения вне зависимости от приема пищи, принимаются один раз в день и должны запиваться водой. Индивидуальное титрование дозы каждого из двух компонентов рекомендуется перед переходом на комбинацию фиксированной дозы. При клиническом соответствии, может быть рассмотрен прямой переход от монотерапии к фиксированной комбинации.

Применение у пожилых людей. Корректировка дозы не требуется. Пациенты с почечной недостаточностью: Рекомендуется периодический контроль функции почек.

Пациенты с печеночной недостаточностью: У пациентов с легкой и умеренной печеночной недостаточностью дозировка не должна превышать Телзап Плюс 40 мг/12,5 мг один раз в день. Телзап Плюс не показан пациентам с тяжелыми нарушениями функции печени. Тиазиды следует использовать с осторожностью у больных с нарушениями функции печени.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Часто: головокружение
Нечасто: гипокалиемия, чувство беспокойства, тревоги, обморок, парестезии, головокружение (нарушение со стороны органа слуха и вестибулярного аппарата), тахикардия, аритмия, гипотония, ортостатическая гипотензия, одышка, диарея, метеоризм, сухость во рту, боль в спине, мышечные спазмы, миалгия, зрительная дисфункция, боль в груди, повышение уровня мочевой кислоты в крови.

Редко: отек Квинке, эритема, зуд, сыпь, потливость, крапивница, бронхит, фарингит, синусит, обострение или активация системной красной волчанки, гиперурикемия, гипонатриемия, депрессия, бессонница, нарушение сна, нарушение зрения, нечеткое зрение, дыхательная недостаточность (включая пневмонию и отек легких), боль в животе, запор, диспепсия, рвота, гастрит, артралгия, мышечные судороги, боли в конечностях, аномальные расстройства функции печени, гриппоподобное состояние, повышение уровня креатинина, креатинфосфокиназы, печеночных ферментов

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- повышенная чувствительность к активным веществам или к любому из вспомогательных веществ
- повышенная чувствительность к другим сульфонамидсодержащим веществам (так как гидрохлортиазид является сульфонамидсодержащим лекарственным средством)
- II и III триместры беременности и период лактации
- холестаза и obstructивные заболевания желчевыводящих путей
- нарушение функции печени

- тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина <30 мл / мин)
- стабильная гипокалиемия, гиперкальциемия
- совместный прием с алискиреном у пациентов с сахарным диабетом или почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м2)
- наследственная непереносимость фруктозы, галактозы (галактоземия)
- детский и подростковый возраст до 18 лет

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Одновременное применение лития и Телзап Плюс не рекомендуется. Если эта комбинация является необходимой, рекомендуется проводить во время лечения тщательный мониторинг уровня сывороточного лития. При назначении лекарственных средств, вызывающих потерю калия и гипокалиемию (например, другие калийуретические мочегонные, слабительные, кортикостероиды, АКТГ, амфотерицин, карбонексалон, ленициллин G натрия, салициловая кислота и ее производные) рекомендуется мониторинг уровня калия в крови. При назначении лекарственных средств, повышающих уровень калия крови и вызывающие гиперкалиемию (например, ингибиторы АПФ, калийсберегающие диуретики, добавки калия, соли, содержащие калий, циклоспорин или другие лекарственные средства, такие как гепарин натрия) рекомендуется мониторинг уровня калия в крови. Одновременное применение средств, ингибирующих систему ренин-ангиотензин может привести к увеличению уровня калия в сыворотке и, следовательно, не рекомендуется для применения. Периодический контроль уровня калия в сыворотке крови и ЭКГ рекомендуется при назначении лекарственных средств, реагирующими на изменения содержания калия в сыворотке крови (например, сердечные гликозиды, антиаритмические средства), а также с лекарственными препаратами, индуцирующими трепетание и мерцание желудочков (например некоторые антиаритмические средства), при этом гипокалиемия является предрасполагающим фактором к трепетанию и мерцанию желудочков.

- антиаритмические препараты класса Ia (например, хинидин, гидрохинидин, диэтипирамид)
 - антиаритмические препараты класса III (например, амиодарон, соталол, дофетиллид, ибутилид)
 - некоторые антипсихотические препараты (например, тиаоридазин, хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин, циамемазин, сульпирид, сультоприд, амисульприд, тиаприд, пимозид, галоперидол, дроперидол)
- Телмисартан может увеличить гипотензивное действие других гипотензивных препаратов.
Может потребоваться регулирование дозировки противодиабетических лекарственных средств.
Алкоголь, барбитураты, наркотические средства, антидепрессанты могут усугублять ортостатическую гипотензию.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК По рецепту

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

PK-ЛС-5№121970 от 21.01.2016 г. до 21.01.2021 г.
PK-ЛС-5№121971 от 21.01.2016 г. до 21.01.2021 г.
PK-ЛС-5№121972 от 21.01.2016 г. до 21.01.2021 г.

ТОО «Санofi-авентис Казахстан»
Республика Казахстан, 050013, г. Алматы, пр. Н. Назарбаев 187 Б
телефон: +7(727) 244-50-96; факс: +7 (727) 258-25-96;
e-mail: quality.info@sanofi.com

Уважаемые читатели!

Поздравляю, дорогие наши читатели, с началом осени! Пока еще ласковой осени с разноцветными астрами и георгинами, с теплыми солнечными днями, с яркими красками природы.

Стоит поразмышлять: чем лучше заняться в это прекрасное, поэтичное время года? Уделить внимание своему здоровью, провести профилактику заболеваний? Повышением квалификации? Заготовками на зиму? А если не удалось отдохнуть в отпуске летом, то может махнуть куда-нибудь ближе к экватору в солнечные страны?

Какие бы мысли не крутились в вашей голове, предлагаю вам их отпустить и начать этот сезон с прочтения нового номера журнала «Аптеки Казахстана». Здесь вы найдете много по-осеннему полезного и интересного.

Узжого – одна из наиболее часто встречающихся жалоб. Почему не стоит недооценивать этот симптом, вы узнаете в разделе «Актуальная тема».

Проблема тромбозов венозных и артериальных, сердечных и мозговых – одна из самых актуальных в современной медицине. Как это происходит и что предпринимать, расскажет автор еще одного актуального материала.

«Советы специалиста» предлагают вам открытое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата для восстановительного лечения при болях в спине.

20 лет назад было изобретено важное лекарство, которое популярно и актуально и на сегодняшний день. «Советы специалиста» рассказывают все о Виагре.

Перенимать мировой опыт фармбизнеса мы отправляемся в загадочную Австралию, которая не перестает будоражить мировое сообщество фармацевтов, несмотря на видимую отдаленность континента.

Раздел «Аптека и аптечка» предлагает вам ознакомиться с эффективным и нужным препаратом, который легко устранил вздутие живота. А также мы заглянем в давние времена и узнаем, когда начали создавать первые препараты для улучшения самочувствия человека и какими они были.

Но это еще не все! В этом номере мы собрали полезные «мастер-классы» и «сезонные» советы. Читайте! Познавайте! Изучайте! Мы вам желаем на всю осень море позитива и удовольствий!

С уважением, Дуйсеева Тульмира



Аптеки
Казахстана
Специализированный научно-популярный журнал для фармацевтов

№ 3 (31), 2019

Подписной индекс: 74538

Собственник:

ТОО «Masters Trade»

Журнал зарегистрирован
в Министерстве связи
и информации РК.

Свидетельство
№14457-Ж от 11.07.2014 г.

Зарегистрированный тираж:
4000 экз.

Территория распространения:
Республика Казахстан

Главный редактор:
Дуйсеева Гульмира
Выпускающий редактор:
Тебенова Гульмира

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

Технический редактор:
Канахина Оксана

Выпускающий дизайнер:
Тарадай Татьяна

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

При использовании
материалов ссылка на
источник обязательна.

Ответственность за достоверность информации несут авторы и рекламодатели.

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

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

По вопросам распространения обращаться в редакцию.

Адрес редакции:

050016

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

БЦ «Сэт», 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. Сатпаева, 30А/3

Содержание

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

- 6 Особенности современных антацидов: взгляд химика и гастроэнтеролога. *А.В. Швец, Е.А. Вашеняк*
- 12 Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений. *Э.В. Супрун*

МАСТЕР-КЛАСС

- 20 Личный бренд руководителя
- 24 Спасти «погорельца». Виды профессионального выгорания

СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТА

- 26 Открытое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Хондроксид® в комплексном лечении больных с хронической вертеброгенной люмбоишалгией. *Т.В. Буйлова*
- 36 Бой за выгоды
- 40 20 лет первой линии терапии эректильной дисфункции. *Е.А. Ефремов, Е.В. Касатонова*

СЕКРЕТЫ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

- 44 Равнение на женщин!
- 46 Траумель С: биорегуляционный подход к противовоспалительной терапии заболеваний позвоночника и суставов. *С.В. Попович, О.В. Иванушко*
- 55 Тайны соляных пещер

АПТЕКИ МИРА

- 60 5 трендов австралийского фармбизнеса

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

- 64 Как соотносить быстрее остальных

АПТЕКА И АПТЕЧКА

- 66 Вздутие живота? ОРЛИКС® – ешьте с удовольствием!
- 68 Как рождались легенды фармации
- 72 Раны простые и инфицированные: выбираем эффективный препарат для местного лечения. *Э.В. Супрун*
- 81 Секреты здоровья знахарей разных стран

СЕЗОН

- 86 Пляжный отдых осенью
- 94 Лучшие заготовки на зиму

ГОРОСКОП

- 100 Знаки Зодиака и Интернет

Аптеки Казахстана



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

ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ*

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

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

Подписной индекс: 74538

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



Особенности современных антацидов: ВЗГЛЯД ХИМИКА и гастроэнтеролога

А.В. Швец, Е.А. Вашеняк

Изжога, одна из наиболее часто встречающихся в клинической практике жалоб, является ключевым симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Проведенные в странах Западной Европы и в США масштабные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что изжогу постоянно (с различной частотой) испытывают около 40% лиц в общей популяции (Ивашкин В.Т. и соавт., 2014; Cohen E. et al., 2014).

Важно отметить, что сами пациенты порой недооценивают значение изжоги, не считают ее проявлением самостоятельного заболевания, игнорируют данный симптом или периодически используют для его купирования так называемые народные средства либо безрецептурные препараты, выбирая их по своему усмотрению. При этом установление диагноза ГЭРБ, являющейся классическим кислотозависимым заболеванием, требует назначения медикаментозного лечения, направленного на устранение и контроль клинических симптомов, а также на профилактику развития серьезных осложнений, таких как стриктуры и язвенные поражения пищевода, пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода.

Золотым стандартом лечения ГЭРБ признана антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП), режим и длительность применения которых в каждом конкретном клиническом случае определяет врач. Однако наряду с базисной терапией ИПП в комплексном лечении ГЭРБ по-прежнему очень важную роль играют такие безрецептурные лекарственные средства, как антациды и альгинаты, позволяющие быстро и эффективно решать проблему купирования изжоги и считающиеся препаратами скорой помощи. Действие всех антацидов основано на химической реакции быстрой нейтрализации соляной кислоты и инактивации пепсина в составе агрессивного рефлюктата, ответственного за формирование ощущения изжоги и повреждение слизистой оболочки пищевода. С учетом того что разнообразие антацидов, представленных сегодня на фармацевтическом рынке, создает определенные трудности при выборе оптимального препарата, представляет интерес прямое сравнение их кислотонейтрализующих свойств. К вопросу различий в кислотонейтрализующей активности наиболее популярных сегодня препаратов этой группы мы подошли с двух сторон: с точки зрения такой фундаментальной научной дисциплины, как химия, о них рассказал старший научный сотрудник Института физической химии им. Л.В. Писаржевского НАН Украины (г. Киев), кандидат химических наук Алексей Васильевич Швец (А.Ш.), а мнение клинициста изложила гастроэнтеролог Государственного научного учреждения «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами (г. Киев) Елена Алексеевна Вашеняк (Е.В.).

Сегодня практически в любой аптеке представлен достаточно широкий ассортимент антацидов. Несмотря на принципиальную общность механизма действия, эти средства включают разные активные фармацевтические ингредиенты. Какие химические соединения входят в состав наиболее популярных препаратов этой группы?

А.Ш. В аспекте химии наиболее простым и понятным представляется деление антацидов по физико-химическим свойствам на всасывающиеся и невсасывающиеся – по растворимости продуктов взаимодействия этих веществ с соляной кислотой. В группу всасывающихся антацидов входят такие химические соединения, как гидрокарбонат натрия (сода), окись магния, магния карбонат основной, кальция карбонат основной и др. Химическая реакция карбонатов с соляной кислотой происходит быстро, с выделением углекислого газа.

Е.В. Именно быстротой этой реакции и выделением углекислого газа обусловлены достоинства и недостатки всасывающихся антацидов. Несмотря на очень быстрый кислотонейтрализующий эффект, всасывающимся антацидам свойственны недостатки: незначительная продолжительность действия, отрицательное влияние на кислотно-щелочное равновесие и феномен кислотного рикошета, связанный с вторичным усилением секреции соляной кислоты в желудке после приема этих медикаментов. Поэтому сегодня, сохранив историческое значение, они уступили ведущие позиции современным невсасывающимся антацидам, которые содержат в своем составе такие химические соединения, как алюминиевая соль фосфорной кислоты (Фосфалюгель) и различные соли магния и алюминия, как правило, в комбинации (например, алюминия гидроксид + магния гидроксид). Кроме того, в состав комбинированных невсасывающихся антацидов могут входить дополнительные компоненты (бензокаин, сорбитол, симетикон и др.). Очевидными достоинствами невсасывающихся антацидов являются длительный кислотонейтрализующий эффект, отсутствие кислотного рикошета и влияния на кислотно-щелочное равновесие. При этом важно понимать, что именно длительность кислотонейтрализующего действия является ключевым критерием оценки данных препаратов как с химической, так и с клинической точки зрения. В этом контексте особое внимание исследователей привлекает Фосфалюгель, представляющий собой коллоидный фосфат алюминия в виде геля.

Чем обусловлен научный и практический интерес к этому препарату? Каковы особенности геля фосфата алюминия с точки зрения химии и медицины?

А.Ш. Алюминия фосфат, являющийся действующим веществом препарата Фосфалюгель, нейтрализует соляную кислоту с образованием алюминия хлорида, причем, что интересно, при взаимодействии с соляной кислотой алюминий никогда не переходит в раствор, поскольку промежуточный продукт его взаимодействия – смешанный нестехиометрический хлоридо-фосфат алюминия – не растворим в воде. Естественно, алюминия фосфат относится к невсасывающимся антацидам. Кислотонейтрализующая способность Фосфалюгеля зависит от уровня кислотности: чем выше последняя, тем активнее действие этого препарата. Повышение рН под влиянием препарата приводит к снижению протеолитической активности пепсина.

Е.В. Эффект препарата Фосфалюгель (в виде гидрофильных коллоидных мицелл) определяется

коллоидным фосфатом алюминия, оказывающим антацидное, обволакивающее и адсорбирующее действие. Кроме того, гели пектина и агар-агара, также входящие в состав этого препарата, участвуют в образовании мукоидного антипептического защитного слоя в желудочно-кишечном тракте.

Проводились ли на базе Института физической химии экспериментальные исследования по изучению кислотонейтрализующих свойств препарата Фосфалюгель и других популярных безрецептурных антацидов?

А.Ш. Химическая природа поверхности Фосфалюгеля, отличающая его от угольных, полиметилсилоксановых, кремнеземных или алюмосиликатных сорбентов, обуславливает не только его способность поглощать различные органические соединения из водных растворов, но и регулировать их pH. В этом аспекте интересно было исследовать свойства Фосфалюгеля как антацида в сравнении с особенностями других средств, предназначенных для понижения кислотности желудочного сока.

В ходе проведенного нами исследования мы использовали 4 популярных безрецептурных препарата сравнения: два на основе комбинации гидроксида алюминия и гидроксида магния, комбинацию кальция карбоната и магния карбоната, а также комбинированное средство, содержащее натрия альгинат, кальция карбонат и натрия бикарбонат. Антацидные свойства Фосфалюгеля и препаратов сравнения мы изучали в динамической модели в условиях, приближенных к таковым в среде же-

лудочного сока с повышенной кислотностью. Для этого применялся специально сконструированный стеклянный реактор емкостью примерно 50 мл, особенностью которого было наличие отростка (перелива), позволяющего ограничивать объем реакционной среды путем сбрасывания избытка раствора. В качестве реакционной среды использовали 0,9% раствор NaCl, подкисленный соляной кислотой до pH 1,2 (при нагревании до 37°C с pH 1,3). В реактор помещали 50 мл исходного раствора, нагревали до температуры 37°C и непрерывно измеряли равновесное значение pH раствора. Затем разово добавляли порцию исследуемого антацида. Во всех случаях поддерживали следующее соотношение: 1 рекомендованная доза антацида/50 мл 0,9% подкисленного раствора NaCl. Количество обоих компонентов пропорционально уменьшали из расчета, чтобы суммарный объем раствора после добавления препарата составлял 50 мл. При непрерывном перемешивании и измерении pH смеси сразу после добавления к ней антацида со скоростью примерно 70 мл/ч. начинали прикапывать свежие порции 0,9% подкисленного раствора NaCl, поддерживая температуру 37°C с помощью термостатического контроллера. Скорость прикапывания корректировали, снижая ее пропорционально уменьшению доли исходного 0,9% подкисленного раствора NaCl в реакционной смеси.

Какие результаты были получены в этом эксперименте?

А.Ш. Мы показали, что при добавлении к реакционной среде препаратов сравнения, содержащих в своем составе карбонат кальция и би-

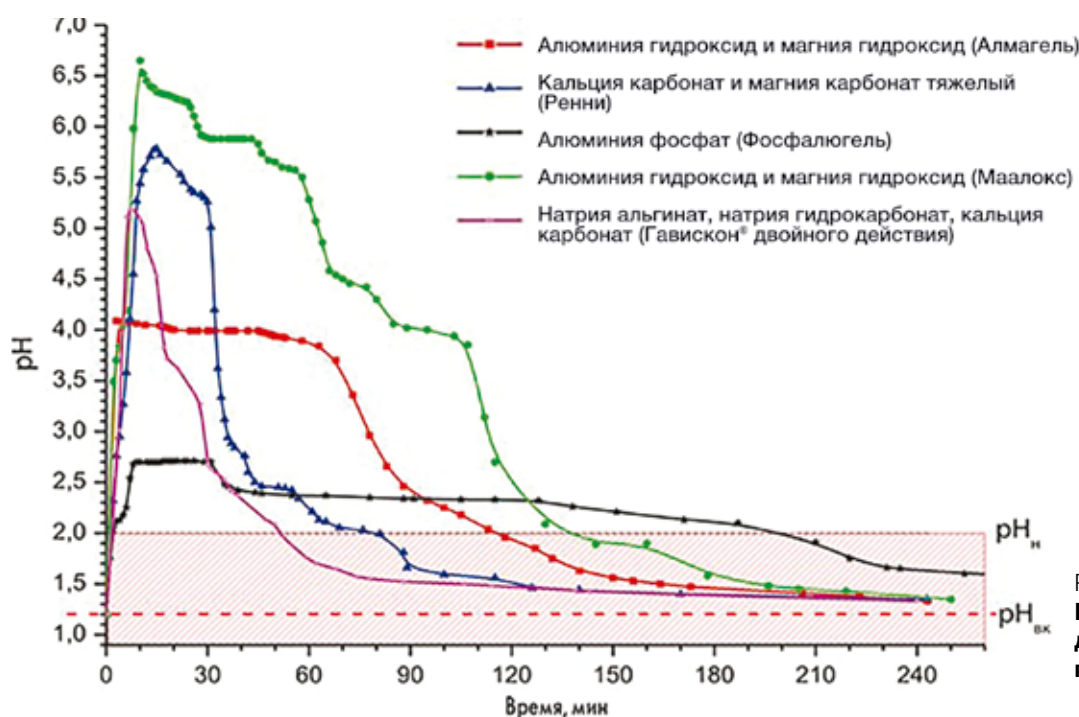


Рисунок. Кривые титрования для Фосфалюгеля и препаратов сравнения

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



PK-PC-5M010006 от 06.03.2017, №N007147. Бессрочно.

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

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

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

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

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

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

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

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

Условия отпуска из аптек. Без рецепта

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

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

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

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

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



PK-PC-5M005008 от 22.01.2016, №N013038. Бессрочно.

Состав. Один пакетик (саше или стик) 16 г содержит активное вещество – алюминия фосфата геле 20% – 10,40 г (соответствует 2,08 г алюминия фосфата), вспомогательные вещества: кальция сульфата дигидрат, пектин, агар-агар 800, ароматизатор апельсиновый, калия сорбат, сорбитола раствор 70%, вода очищенная по рецептуре.

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

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

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

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

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

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

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

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

Условия отпуска из аптек. Без рецепта

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

Наименование и страна организации-упаковщика: Фарматис, Франция

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

Наименование, адрес и контактные данные организации на территории Республики Казахстан, принимающей претензии (предложения) по качеству лекарственных средств от потребителей и ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства: Представительство «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» в РК 050059, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Аль-Фараби 15, БЦ «Нурлы Тау», корпус 4В, офис №19-48-10

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ



карбонат натрия, наблюдалось очень резкое (за 10–15 мин.) повышение рН смеси до значения 5,2 и 5,8 соответственно (рис.). Дальнейшее при- капывание 0,9% раствора NaCl с рН 1,2 приво- дило к резкому снижению рН смеси. рекомендо- ванной дозы этих препаратов было достаточно для нейтрализации повышенной кислотности на протяжении 50 и 80 мин. соответственно, после чего через 80–120 мин. равновесный рН раство- ра снижался до значения <1,5. Такое «поведение» обоих препаратов было обусловлено последова- тельным титрованием карбоната кальция и гид- рокарбоната натрия с выделением углекислого газа из раствора. Антациды на основе гидрок- сида магния и гидроксида алюминия обладали существенно более длительным (110–140 мин.) временем нейтрализации повышенной кислот- ности среды.

Кривая титрования для препарата Фосфа- люгель существенно отличалась от таковых у вышеупомянутых препаратов сравнения. При добавлении препарата Фосфалюгель в исследуе- мый раствор рН последнего повышается только до значения 2,7 и остается постоянным на про- тяжении почти получаса, отражая проявление фосфатом алюминия буферных свойств. Нами также было продемонстрировано еще одно базо- вое преимущество препарата Фосфалюгель: по- сле титрования соляной кислотой алюминий не переходит в раствор, так как ни промежуточные, ни конечные продукты нейтрализации не рас- творимы в воде. При дальнейшем прибавлении свежего 0,9% раствора NaCl с рН 1,2 наблюдается медленное снижение данного показателя, однако его равновесное значение удерживается длитель- ное время – более 200 мин.

Е.В. Кривые титрования отражают качества Фосфалюгеля, очень «полезные» для клиници- ста: рН удерживается на слабокислом уровне в течение длительного времени. С одной стороны, это не препятствует нормальному пищеварению. Общеизвестно, что для работы пищеваритель- ных ферментов желудка нужна именно кислая среда: протеолитические ферменты желудочного сока обладают активностью в диапазоне колеба- ний рН с оптимальным действием при рН 1,5–2,0 и 3,2–4,0. С другой стороны, при рефлюксе Фос- фалюгель снижает агрессивность содержимого желудка при контакте со слизистой пищевода. В качестве средства скорой помощи Фосфалю- гель отлично справляется именно с избытком кислоты в желудке, причем длительность его эффекта превышает среднюю длительность дей- ствия других антацидов.

Как интерпретировать полученные вами данные?

А.Ш. На основании рассмотрения кривых тит- рования, отражающих динамику изменения рН реакционной среды во времени при добавлении различных антацидов, нами были наглядно пока- заны некоторые их преимущества и недостатки. Так, антациды, в состав которых входят карбонат кальция и бикарбонат натрия, характеризуются не- достаточно длительным суммарным временем (не более 80 мин.) «гашения» повышенной кислотности среды, а также высоким пиком рН (до значения 5,8). Благодаря особенностям химической природы дей- ствующего вещества Фосфалюгель по сравнению с другими антацидными препаратами обладает таки- ми существенными преимуществами, как длитель- ное (до 200 мин.) удержание значения рН раствора, а также нерастворимость или низкая растворимость в воде в указанном интервале рН, что весьма суще- ственно снижает поступление в раствор ионов Al^{3+} и усваивание их организмом. Это особенно важно, поскольку позволяет снизить риск развития си- стемной токсичности алюминия, которая возможна при длительном применении алюминийсодержа- щих антацидов. Ввиду большей устойчивости к рас- творению и образованию нейтральных комплексов в присутствии кислот фосфат алюминия обладает меньшим токсическим потенциалом.

Е.В. По сравнению, например, с всасывающими- ся антацидами Фосфалюгель нейтрализует избышек кислоты дольше, что позволяет принимать его 2–3 раза в день. Кроме того, применение Фосфа- люгеля не сопровождается пиковыми значениями рН, всасыванием конечных и промежуточных про- дуктов, газообразованием и другими неприятными явлениями. Фосфалюгель эффективен, безопасен и комфортен с точки зрения как врача, так и пациента.

Если сравнивать Фосфалюгель с антацидами на основе гидроксида магния и алюминия, то можно отметить его высокое адгезивное действие, то есть способность алюминия фосфата плотно «прилипнуть» к слизистой оболочке желудка. Это позволяет препарату не только эффективно обволакивать слизистую оболочку желудка, но и дольше задерживаться в желудке, реализуя свою кислотонейтрализующую активность. Именно высокая адгезия считается причиной более продолжительного действия Фосфалюгеля.

Подготовила Елена Терещенко

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в III Международном фармацевтическом форуме

Академия фармацевта - 2020

В программе:

1. Семинар:

- ✔ Национальное законодательство РК в сфере обращения лекарственных средств
- ✔ Аптека на охране здоровья нации
- ✔ Результативное представление препарата покупателю
- ✔ Основы фармацевтического консультирования
- ✔ Трудные покупатели и как с ними взаимодействовать
- ✔ Мерчендайзинг в аптеке
- ✔ Приёмы выяснения потребностей покупателя
- ✔ Консультативные продажи

Участие - БЕСПЛАТНО!

2. Семинар для заведующих аптекой (участие платное)

- ✔ Управление персоналом аптеки
- ✔ Мотивация аптечного сотрудника



**СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПОВЫШЕНИИ
КВАЛИФИКАЦИИ
(54 часа)**



Алматы 

Шымкент 

Актобе 

Караганда 

Павлодар 

Усть-Каменогорск 

*даты и место проведения уточняются. Следите за информацией на сайте

Предварительная регистрация обязательна



+7 727 244 67 65, +7 727 327 72 45
+7 747 556 27 87



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



www.chil.kz

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений

Люди живут, страдая от атеросклероза, но умирают от осложняющего атеросклероз тромбоза

Jens Dedichen

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

Многим из нас знакомо чувство легкости и удовольствия, которые испытываешь после удачно выполненной работы – дома, на работе, на отдыхе с друзьями... При этом каждый, кто планирует свой график занятости и хочет получить такие результаты, понимает, что обязательно надо обратить внимание на ряд вопросов, связанных со здоровьем. И главное – предупредить самые грозные факторы риска ухудшения состояния здоровья, особенно быстронаступающие. Это важно как для пациентов с хроническими заболеваниями, так и для каждого здорового и полного сил человека.

Проблема тромбозов венозных и артериальных, сердечных и мозговых – одна из самых актуальных в современной медицине. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и таза, а также тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляют собой проявление одной болезни и относятся к числу распространенных причин заболеваемости и смертности. Частота ТГВ в общей популяции ежегодно составляет около 160 на 100 000 населения, с частотой смертельной ТЭЛА 60 на 100 000 населения, причем эти цифры имеют тенденцию к неуклонному росту.

В высокоразвитых странах ТЭЛА устойчиво вышла на третье место по частоте после ИБС и инсульта как причина смерти среди сердечно-сосудистых заболеваний. В США ежегодно регистрируется около 600 000 случаев ТЭЛА, 1/3

больных с этим диагнозом умирают. При этом у 50% умерших это заболевание при жизни не диагностируется. Более 250 000 пациентов каждый год госпитализируется с ТГВ или ТЭЛА, 5% из них умирают. В условиях многопрофильного клинического стационара ТЭЛА ежегодно наблюдается у 15–20 из 1000 лечившихся больных, в том числе у 3–5 пациентов со смертельным исходом.

Тромбоз – процесс прижизненного свертывания крови в просвете сосуда или в полостях сердца. Образующийся при этом сгусток крови называют тромбом.

Чрезмерное тромбообразование приводит к сужению просвета

сосуда или к его окклюзии. Свертывание крови наблюдается в сосудах после смерти, при этом выпавшие плотные массы крови называют посмертным сгустком крови. Кроме того, свертывание крови происходит в тканях при кровотечении из поврежденного сосуда и представляет собой естественный гемостатический механизм, направленный на остановку кровотечения при повреждении сосуда.

Процесс свертывания крови совершается в виде каскадной реакции при последовательной активации белков-предшественников, или факторов свертывания, находящихся в крови или тканях. Различают внутреннюю (кровь) и внешнюю (ткань) свертывающие системы. Помимо системы свертывания, существует и противосвертывающая система крови, которая обеспечивает регуляцию гемостаза – жидкого состояния крови в сосудистом русле в нормальных условиях. Исходя из этого тромбоз представляет собой проявление нарушенной регуляции системы гемостаза.

Тромбоз отличается от свертывания крови, однако это различие несколько условно, поскольку в обоих случаях запускается каскадная реакция свертывания крови. Тромб представляет собой сгусток крови, который всегда прикреплен к эндотелию кровеносного сосуда в месте его повреждения и состоит из слоев, связанных между собой тромбоцитов, нитей фибрина и форменных элементов крови, а кровяной сгусток содержит беспорядочно ориентированные нити фибрина с расположенными между ними тромбоцитами и эритроцитами. В зависимости от строения и внешнего вида различают белый, красный, смешанный и гиалиновый тромб. По отношению к просвету сосуда различают пристеночный или обтурирующий (закупоривающий) тромб.

В механизмах тромбообразования выделяют четыре стадии: агрегации (склеивание тромбоцитов), коагуляции (коагуляция фибриногена и образование фибрина), агглютинации (склеивание эритроцитов) и преципитации (осаждение белков плазмы).

В 1865 г. R. Virchow описал сочетание патологических факторов, являющихся основным пусковым механизмом внутрисосудистого образования тромбов и известных как триада Вирхова. Она включает в себя изменение реологических свойств крови (состояние гиперкоагуляции), травму сосудистой стенки (повреждение эндотелия) и замедление кровотока (стаз). Огромное количество факторов могут провоцировать развитие внутрисосудистого образования тромбов, при этом любой из них реализуется через один или несколько механизмов триады Вирхова. Каждый из этих факторов в разных случаях заболевания может иметь разное значение.

Венозный тромбоэмболизм (в современной, международной, клинической трактовке) – заболевание, объединяющее в себе два патологических процесса:

- 1 – воспаление глубоких вен нижних конечностей и малого таза с формированием тромбов на стенке (ТГВ), с сужением или «закупоркой» их просвета, в результате роста тромба;
- 2 – фрагментация тромбов и перемещение его фрагментов дистальнее кровотока – тромбоэмболия (в частности тромбоэмболия ветвей легочной артерии – ТЭЛА).

При воспалительном и атеросклеротическом повреждении эндотелия сосудов различной локализации имеют место регионарные и системные изменения коагуляционного потенциала крови в сторону гиперкоагуляции за счет повышения агрегационной и адгезивной активности тромбоцитов и эритроцитов, активации плазменных коагуляционных факторов (фибриноген, фибринстабилизирующий фактор, появление фибрин-мономерных комплексов), что ведет к истощению активности антикоагулянтных компонентов крови и угнетению фибринолиза.

Stein P. с соавт. в 1989 г. попытались классифицировать терапевтических больных по степени риска развития ТГВ и ТЭЛА. К катего-

рии высокого риска авторы отнесли больных с инсультом, пожилых (старше 70 лет) с застойной недостаточностью кровообращения, шоком, ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, с тромбофилией.

К категории умеренного риска были отнесены терапевтические больные с заболеванием в активной стадии, потребовавшим вынужденной иммобилизации, а также больные с начальными стадиями ЗНК. К категории низкого риска – больные с нетяжелыми терапевтическими заболеваниями.

Среди терапевтических больных наиболее вероятен риск развития ВТЭО при инсульте, инфаркте миокарда, сердечной недостаточности (III и IV стадия по NYHA), острых или хронических заболеваниях легких, острых или хронических инфекционных заболеваниях.

Определяющими факторами в развитии ТГВ при болезнях сердца являются нарушения центральной и периферической гемодинамики. Любой патологический процесс, затрагивающий сердце в целом или преимущественно миокард (инфаркт миокарда, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ревматизм, идиопатическая кардиомиопатия и т.д.), сопровождающийся застойной сердечной недостаточностью, либо нарушением ритма, может способствовать (уменьшение сердечного выброса) снижению скорости кровотока в венах нижних конечностей и привести к развитию ТГВ.

В развитии острого венозного тромбоза наиболее частыми факторами риска являются:

1. **Возраст.** После 40 лет через каждые 10 лет риск тромботических осложнений удваивается. По данным P. Hansson (1997 г.), частота венозных тромбозов у мужчин составляет 0,5% в возрасте до 50 лет; 0,9% – 54 года; 1,3% – 60 лет; 2% – 67 лет; 4,5% – 75 лет и 3,8% – 80 лет. Это происходит в связи со склерозом венозной стенки и стазом крови в глубоких венах.
2. **Операция.** Характер, травматичность и продолжительность хирургических операций особен-

но в зоне венозных сплетений и крупных вен играют основную роль. Травма тканей, кровопотеря, нарушение микроциркуляции, стресс, длительный наркоз с релаксацией мышц приводят к активации тканевых факторов свертывания крови, выбросу большого количества тромбопластина, активации внутрисосудистых факторов свертывания, уменьшению активаторов плазминогена и снижению фибринолитической активности крови. С другой стороны, релаксация мышц при эндотрахеальном наркозе приводит к стазу крови. С учетом этих факторов опасность тромботических осложнений удваивается с каждым часом операции (А.А. Баешко, 1999).

3. Переломы костей нижних конечностей. Политравма и иммобилизация часто вызывают тромбоз глубоких вен. Так, при переломах костей голени тромбоз глубоких магистральных вен и их притоков наблюдается у 60–70% пострадавших. Поступление большого количества тромбопластина из размозженных и травмированных мышц и тканей, нарушение оттока из-за гематомы и отсутствие мышечных сокращений, замедление кровотока и стаз при длительной иммобилизации способствуют развитию тромбоза в венозном русле.

4. Расширение подкожных вен и хроническая венозная недостаточность. Возникновение тромбоза в варикозно расширенных венах называется варикотромбофлебитом (А.И. Кириенко и соавт., 2001). Это самая распространенная форма тромбофлебита подкожных вен. При варикозном расширении вен имеются все условия для развития тромбоза: изменение сосудистой стенки, замедление кровотока, деформация и расширение, несостоятельность клапанов, турбулентность кровотока, легкая ранимость, статические перегрузки приводят к развитию флебита, тромбофлебита и перифлебита, которые носят асептический характер.

5. Ожирение. Достоверно установлено, что у больных ожирением чаще развиваются тромбозомболические осложнения, при III–IV степени ожирения после 40 лет их риск увеличивается в 5 раз.

6. Наличие онкологических (злокачественных) новообразований. Склонность к внутрисосудистому тромбообразованию известна давно. Еще в 1865 г. Trousseau описал мигрирующий тромбофлебит у больного злокачественной опухолью. Тромбоз глубоких вен (флеботромбоз) без особой на то причины является поводом для обследования больного на наличие злокачественной опухоли. Наиболее

8. Недостаточность кровообращения II–III степени с отеками конечностей и гипокинезия.

9. Антифосфолипидный синдром. В основе этой болезни лежит выработка антител (IgG и IgM) к фосфолипидам: фосфатидилсерину и кардиохолину. Выраженная гиперкоагуляция при этом синдроме приводит к образованию тромбов как в артериальной, так и в венозной системе.

10. Беременность и роды. Длительная статическая нагрузка, физиологическая дилатация вен нижних конечностей и таза с изменением гемодинамики, особенно на фоне уже имеющейся патологии вен, представляют



часто флеботромбоз возникает при аденокарциномах, которые продуцируют муцин (опухоль поджелудочной железы, легких, желудка, толстой кишки, яичников). Кроме того, флеботромбоз часто возникает при опухолях головного мозга, лейкемии, миеломной болезни. Риск тромбоза и тромбоэмболии у онкологических больных после операции в 2–3 раза больше, чем у общехирургических больных при аналогичных операциях.

7. Длительный постельный режим, особенно при нарушении мозгового кровообращения, политравме, ожогах, после длительных операций является частой причиной тромбообразования в венах нижних конечностей.

большую угрозу развитию тромбоза и эмболии легочной артерии. Частота летальных исходов при родах и после них от тромбоэмболии легочной артерии составляет 1–3 на 100 000 родов (M. Togliа и соавт., 1996).

11.Терапия эстрогенами (прием противозачаточных лекарств).

12.Гиперкоагуляционные синдромы.

13.Травмы сосудов (бытовые, производственные, дорожно-транспортные, огнестрельные).

14.Сопутствующие заболевания (ишемическая болезнь сердца, эндартериит, васкулиты, системные аутоиммунные заболевания).

15.Переохладение, перепады температуры, обезвоживание.

16.Длительные путешествия, не-

удобное положение нижних конечностей при длительной езде, полетах на самолете.

17. Вирусные и бактериальные инфекции, которые часто приводят к повреждению эндотелия токсинами.

18. Тромбозы вен в анамнезе. В некоторых случаях тромбозы глубоких вен проходят без острых клинических проявлений, а только через 10–15 лет развиваются симптомы посттромбофлебитического синдрома.

Проводить целенаправленную профилактику тромбоза подкожных и глубоких вен в обычных жизненных условиях – очень трудная и сложная задача из-за многообразия факторов риска и этиологических моментов. Основными профилактическими мероприятиями являются устранение этиологических моментов и факторов риска, перечисленных выше; правильная эластическая компрессия, адекватный режим активности и правильно подобранная антикоагулянтная и дезагрегантная терапия.

Компрессионная терапия. Всем больным с острым тромбозом как поверхностных, так и глубоких вен

в обязательном порядке необходимо проводить эластическую компрессию всей нижней конечности. С помощью эластических бинтов проводится адекватная компрессия от стопы до паховой складки. Эластическая компрессия приводит к улучшению венозного оттока, развитию венозных коллатералей, предотвращает разрушение клапанов.

Ведущую роль в образовании тромба в венозном сосудистом русле играет активация процессов свертывания крови, что в итоге приводит к появлению сгустков фибрина. В связи с этим наиболее действенным способом профилактики и лечения венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) является использование антикоагулянтов – лекарственных средств, способствующих угнетению функциональной активности факторов свертывания, присутствующих в крови, или препятствующих образованию полноценных факторов свертывания крови в печени. Их мишень – тромбоцит – является постклеточной структурой, обеспечивающей не только процессы гемостаза, но и ряд прочих функций, перечень которых активно пополняется на основании данных исследований последних лет.

Мембрана тромбоцита содержит ряд рецепторов, активируемых различными лигандами. Фактически любое воздействие на рецепторный аппарат запускает каскадный процесс активации тромбоцитов и образования тромба. С практической точки зрения наиболее важны рецепторы к тромбоксану А₂, рецепторы к аденозиндифосфату тип Р₂Y₁₂ и гликопротеиновые рецепторы IIb/IIIa, являющиеся мишенью широко используемых антитромботических препаратов.

В современной терапевтической практике используется небольшое количество антиагрегантных препаратов, принадлежащих к нескольким химическим классам и имеющих различные рецепторные «мишени» и механизмы действия. «Золотым стандартом» профилактики инфаркта миокарда и ишемического инсульта считается постоянный еже-

дневный прием ацетилсалициловой кислоты (АСК).

Механизм действия ацетилсалициловой кислоты связан с необратимым воздействием на фермент циклооксигеназу 1 тромбоцитов, участвующую в синтезе тромбоксана А₂. Снижение образования тромбоксана А₂, взаимодействующего с тромбоксановыми и простагландинными рецепторами тромбоцитов, приводит к торможению их активации и привлечения их в зону повреждения сосудистой стенки.

Ацетилсалициловая кислота (АСК) является одним из наиболее широко используемых антиагрегантных препаратов, применение которого лежит в основе большинства современных стратегий антитромботической терапии. АСК используется при остром коронарном синдроме (ОКС), а также для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Мета-анализ, объединивший 287 исследований, включающих 135 640 пациентов, получавших антиагрегантную терапию в сравнении с плацебо и 77 тыс. пациентов, у которых сравнивались различные режимы антиагрегантной терапии, продемонстрировал значимое снижение риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий на фоне терапии АСК как у больных групп высокого риска (перенесших ИМ), так и у больных со стабильной стенокардией, фибрилляцией предсердий, поражением периферических артерий. Следует отметить, что помимо снижения риска смерти от сердечно-сосудистых причин, инфаркта миокарда, на фоне антиагрегантной терапии регистрировалось снижение риска тромбозомболии ветвей легочной артерии на 25%.

У пациентов с венозными тромбозомболическими событиями в рандомизированном клиническом исследовании WARFASA терапия АСК в сравнении с плацебо была исследована у более чем 400 больных после завершения периода терапии непрямыми антикоагулянтами на протяжении 6–18 мес. Лечение проводилось на протяжении не менее двух лет. В группе, получавшей те-

В настоящее время в клинической практике с целью профилактики и лечения тромбозомболических осложнений используют 4 класса антитромботических препаратов:

- 1 – прямые антикоагулянты (гепарин, низкомолекулярные гепарины),
- 2 – непрямые антикоагулянты (ингибиторы тромбина, воздействующие на витамин К-зависимые факторы свертывания),
- 3 – антиагреганты – препараты, воздействующие на адгезию и агрегацию тромбоцитов (нестероидные противовоспалительные препараты – АСК, тиропиридины – клопидогрел),
- 4 – тромболитические препараты (средства, активирующие фибринолитическую систему через преобразование плазминогена в плазмин).

рапию АСК в дозе 100 мг/сут., риск рецидива венозных тромбозов был на 42% ниже, чем в группе плацебо. В исследовании ASPIRE, включившем 822 пациента с венозными тромбозами, осложненными, на фоне терапии АСК в дозе 100 мг в сут. в сравнении с плацебо, было зарегистрировано снижение риска рецидивов венозного тромбоза на 26% в сравнении с плацебо, однако оно не было статистически достоверным.

Однократный прием только 30 мг АСК полностью блокирует синтез тромбоксана в тромбоцитах. До 90% препарата адсорбируется в кишечнике, он выявляется в крови через 5–30 мин. после приема, пик концентрации достигается через 2 часа. Время наступления эффекта препарата в кишечнорастворимой оболочке увеличивается в 3–4 раза, при необходимости получения быстрого эффекта

Рекомендуемая нагрузочная доза АСК составляет 300 мг, поддерживающая 75–100 мг в сут.

АСК, подавляя образование тромбина, может ингибировать формирование фибрина. Также АСК, блокируя путем ацетилирования остатки лизина в молекуле фибриногена, нарушает процесс превращения последнего в фибрин, что препятствует образованию тромба. При действии АСК нити фибрина утолщаются, а точнее «разрыхляются», что облегчает доступ к ним активаторов плазминогена, вызывающих их растворение.

У части пациентов из оговоренных групп риска, а также при наличии многих иных патологических состояний, оправданным является применение АСК. Доказательная база применения аспирина в настоящее время одна из наиболее

что любое средство, предлагаемое в качестве антитромбоцитарного, в исследованиях по выяснению его эффективности сравнивается не с «контролем», а с АСК. Более того, в последние годы замысел исследований по оценке антитромбоцитарных средств все чаще предусматривает сравнение двух групп больных: получающих АСК и получающих АСК в сочетании с новым дезагрегантом. Другими словами, лечение АСК признано бесспорным эталоном в предотвращении осложнений атеросклероза с помощью средств, влияющих на тромбоцитарное звено гемостаза.

Несколько авторитетных кардиологических обществ (Европейское кардиологическое общество, Американская коллегия врачей по заболеваниям органов грудной клетки, Американская ассоциация сердца) рекомендуют АСК всем пациентам с атеросклерозом периферических артерий конечностей. Рандомизированное исследование CAPRIE выявило снижение риска сердечно-сосудистой смерти, ИМ и ишемического инсульта у данной категории больных на фоне лечения на 23,8%, при этом не отмечалось какого-либо достоверного клинического преимущества клопидогрела перед препаратом АСК.

Рабочая группа исследователей антитромбоцитарных препаратов (Antiplatelet Trialists' Collaboration) по результатам мета-анализа в 2002 г. (287 исследований, 212 тыс. пациентов) обозначила основные точки приложения антитромбоцитарной терапии в сердечно-сосудистой патологии: пациенты с высоким риском развития окклюзивных сосудистых событий, включая ИМ, ишемический инсульт; стабильную и нестабильную стенокардию; перенесенный ИМ, инсульт или церебральную ишемию; заболевания периферических артерий; мерцательную аритмию. Назначение АСК позволяло снизить риск сердечно-сосудистых событий у пациентов с вышеуказанными патологиями на 22%. Таким образом, не вызывает сомнения важнейшая роль препаратов АСК в терапии и профилактике ССЗ.



таблетки АСК рекомендуется разжевывать. Период полувыведения не превышает 20 мин., однако, эффект ингибирования циклооксигеназы тромбоцитов необратим, поэтому антиагрегантный эффект сохраняется в течение всего времени жизни тромбоцита (5–9 сут.). По данным мета-анализа 31 рандомизированного исследования (более 192 тыс. пациентов) показано, что применение высоких доз АСК дополнительно не снижает риск сердечно-сосудистых событий, но связано с увеличением риска геморрагических осложнений.

больших и мощных. Так, по данным мета-анализа (Antiplatelet Trialists' Collaboration), включавшего более 50 исследований на 100 000 больных, показано, что применение АСК с целью вторичной профилактики снижает сосудистую смерть на 15% и несмертельные сосудистые осложнения – на 30%. В первичной профилактике применение АСК может быть оправдано у многих больных группы среднего риска (ежегодный риск ССО около 1–3% в год).

Многочратно доказанная эффективность АСК привела к тому,

Большинство рекомендаций предполагает длительный, зачастую пожизненный прием препарата. В свете этого необходимо остановиться на таком наиболее часто возникающем побочном действии АСК, как формирование так называемой НПВП-гастропатии, которая отмечается примерно у 30% пациентов, в 1% случаев проявляясь желудочно-кишечным кровотечением. Причиной данного осложнения является блокирование синтеза ПГЕ – мощного гастропротектора, вырабатывающегося в основном в антральном отделе желудка. Для предупреждения возникновения гастропатии на фоне длительного приема препаратов АСК необходимо использование низких ее доз (50–150 мг/сут.). Также существует ряд лекарственных форм, при использовании которых препарат минимально взаимодействует со слизистой желудка. Так, Кардиомагнил (Такеда Фарма А/С) представляет собой комбинацию АСК и невсасывающегося антацида – гидроокиси магния, благодаря которому снижается раздражающее действие на слизистую оболочку желудка.

Выбор гидроокиси магния не случаен. Известно, что гидроокись магния адсорбирует соляную кислоту, снижает протеолитическую активность желудочного сока и обволакивает слизистую желудка. Кроме того, существуют данные о том, что рассматриваемый антацид оказывает непосредственное цитопротективное воздействие. Как показали экспериментальные исследования, гидроокись магния увеличивает содержание простагландинов E2 и F2 в стенке желудка, противодействуя, таким образом, негативному влиянию АСК на слизистую оболочку. Известно также, что гидроокись магния может повышать содержание в стенке желудка окиси азота, которая, являясь мощным вазодилататором, усиливает микроциркуляцию и улучшает регенерацию эпителия. Проведенные контролируемые клинические исследования также свидетельствуют о том, что одновременный прием антацидов, содержащих гидроокись магния, предотвращает

негативное воздействие АСК (в т.ч. в высоких дозировках) на слизистую желудка и уменьшает выраженность диспептических явлений.

АСК в составе Кардиомагнила быстро и практически полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте. Установлено, что гидроокись магния в различных дозировках (в т.ч. в дозе, входящей в состав препарата Кардиомагнил) не влияет на абсорбцию АСК в желудке, равно как и на другие фармакокинетические показатели. Биодоступность АСК составляет около 70%. Таблетки проглатывают целиком (при необходимости запивая водой) однако при желании таблетку можно разломить пополам, разжевать или предварительно растереть. АСК характеризуется коротким периодом полувыведения (15 минут) и быстро (в течение 60 минут) ингибирует циклооксигеназу-1. Необходимо отметить, что гидроокись магния является также быстродействующим антацидом (в отличие, к примеру, от гидроокиси алюминия) и оказывает протективное действие на слизистую желудка одновременно с воздействием на нее АСК.

Кардиомагнил выпускается в двух таблетированных лекарственных формах, содержащих 75 мг и 150 мг (таблетки форте) АСК. Рекомендуемые дозы для взрослых составляют 150 мг в первые сутки, далее по 75 мг в сутки (как показали проведенные исследования, АСК в суточной дозе 75–150 мг столь же эффективен, что и в более высоких дозировках).

Кардиомагнил – идеальный антитромботический препарат для широкого круга пациентов. Показания к применению Кардиомагнила включают профилактику заболеваний, сопровождающихся повышенной агрегацией тромбоцитов (тромбозы, эмболии, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, мигрень, ишемический инсульт, нарушения мозгового кровообращения, послеоперационный период после аортокоронарного шунтирования и чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики).

Как показывают результаты исследований последних лет, эффек-

тивность АСК в профилактике венозной тромбозии после полной замены коленного или тазобедренного сустава сравнима с эффективностью дорогостоящего ривароксабана. Об этом свидетельствуют результаты клинического исследования, опубликованные в New England Journal of Medicine. В соответствии с дизайном клинического исследования 3424 пациента получали ривароксабан (10 мг) в течение 4 дней после операции, с пятого дня участники были рандомизированы в группы аспирина (81 мг ежедневно) и ривароксабана. Антикоагулянтная терапия продолжалась еще 9 или 30 дней после замены коленного и тазобедренного суставов соответственно. Пациенты находились под наблюдением в течение 90 дней. За время наблюдения было отмечено 11 случаев венозной тромбозии среди 1707 пациентов, получавших аспирин (0,64%), и 12 случаев в группе ривароксабана (1717 участников, 0,70%). Массивное кровотечение было зафиксировано в 0,47% случаев на фоне терапии аспирином и в 0,29% случаев при приеме ривароксабана. Ученые заключили, что использование более экономически доступного аспирина может быть адекватной заменой дорогостоящему ривароксабану в профилактике венозной тромбозии после артропластики коленного и тазобедренного суставов.

Антиагрегантная терапия остается краеугольным камнем в профилактике и терапии сердечно-сосудистых заболеваний в целом и профилактики венозных тромботических осложнений в частности. Доказательная база применения антиагрегантных препаратов основана на результатах многоцентровых рандомизированных исследований, включавших десятки тысяч пациентов. Кардиомагнил – комбинация АСК в низких дозах (75 и 150 мг) и гидроокиси магния – предназначен для длительного использования и является антиагрегантом с доказанной эффективностью в первичной и вторичной профилактике, а также терапии ССЗ и ВТЭО с высоким уровнем профиля безопасности.

УТВЕРЖДЕНА Приказом председателя Комитета фармации
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
№N021954 от 13 июня 2019 г.

Торговое название Кардиомагнил®

Международное непатентованное название

Ацетилсалициловая кислота

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 75 мг
Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 150 мг

Состав Одна таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит

активное вещество – ацетилсалициловая кислота 75 мг или 150 мг

вспомогательные вещества: магнезия гидроксид, крахмал кукурузный, целлюлоза микрокристаллическая (Е 460), крахмал картофельный, магнезия стеарат (Е 470b)

состав пленочной оболочки: гипромеллоза (метилгидроксипропилцеллюлоза 15), макрогол (пропиленгликоль), тальк.

Описание

Таблетки белого цвета в форме стилизованного «сердца», покрытые пленочной оболочкой (для дозировки 75 мг)

Таблетки белого цвета овальной формы, покрытые пленочной оболочкой с риской для разлома (для дозировки 150 мг)

Фармакотерапевтическая группа

Кровь и органы кроветворения. Антитромботические препараты. Ингибиторы агрегации тромбоцитов, включая гепарин. Ацетилсалициловая кислота.

Код АТХ В01АС06

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Всасывание

Ацетилсалициловая кислота (АСК) быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. Биодоступность АСК составляет около 70%, но эта величина характеризуется значительной индивидуальной вариабельностью из-за пресистемного гидролиза в слизистых оболочках ЖКТ и в печени с образованием под действием эстераз салициловой кислоты. Биодоступность салициловой кислоты составляет 80–100%.

После приема внутрь происходит всасывание неионизированной АСК в желудке и кишечнике. Всасывание уменьшается при приеме пищи и у пациентов, страдающих приступами мигрени. Скорость всасывания увеличивается у пациентов, страдающих ахлоргидрией или у пациентов, принимающих полисорбаты или антациды. Пиковая сывороточная концентрация АСК достигается в течение получаса, а для салициловой кислоты в течение 1–2 часов.

Распределение

80%–90% АСК связывается с белками плазмы. Объем распределения у взрослых достигает 170 мл/кг массы тела. Когда концентрация в плазме крови повышается, происходит насыщенное связывание с белками, что приводит к увеличению объема распределения. Салицилаты широко связываются белками плазмы и быстро распределяются в организме. Также салицилаты обнаруживаются в грудном молоке и могут проникать через плацентарный барьер.

Метаболизм

АСК гидролизует в активный метаболит салицилата в стенке кишечника. После всасывания, АСК быстро превращается в салициловую кислоту, но в первые 20 минут после приема внутрь АСК является доминантной формой.

Выведение

Салицилат главным образом устраняется посредством печеночного метаболизма. Поэтому концентрация салицилата в плазме увеличивается непропорционально вместе с дозой. При дозе АСК 325 мг период полураспада в плазме для салицилата 2–3 часа. При высоких дозах АСК, период полураспада

увеличивается до 15–30 часов. Салицилат также выводится с мочой в неизменном виде. Выводимое количество зависит от дозы и от рН мочи. Приблизительно 30% дозы выводится со щелочной мочой и 2% с кислой мочой.

Выведение через почки включает клубочковую фильтрацию, активную почечную канальцевую секрецию и пассивную канальцевую реабсорбцию.

Фармакодинамика

АСК является анальгетическим, противовоспалительным и жаропонижающим средством, которое также предотвращает агрегацию тромбоцитов. Это увеличивает время кровотечения.

Фармакологический эффект АСК заключается в ингибировании продукции простагландинов и тромбоксанов.

Анальгетическое действие является периферическим эффектом, вызванным ингибированием фермента циклооксигеназы.

Противовоспалительный эффект связан с перфузией крови и обусловлен ингибированием синтеза простагландина Е2.

АСК необратимо ацетирует и ингибирует фермент простагландин G/H-синтазу и поэтому воздействие на тромбоциты является более длительным, чем само присутствие АСК в организме. Эффект АСК на биосинтез тромбоксана в тромбоцитах и на время кровотечения сохраняется в течение многих дней даже после того как лечение прекратилось. Эффект перестает действовать только тогда, когда в плазме обнаруживаются новые тромбоциты.

Кроме того, салицилат (активный метаболит), обладает противовоспалительным действием, эффектом влияния на дыхание, на кислотно-щелочной баланс и на желудок. Салицилаты стимулируют дыхание главным образом путем прямого воздействия на продолговатый мозг. Они оказывают косвенное воздействие на слизистую оболочку желудка вследствие их ингибирования сосудорасширяющих и цитопротекторных простагландинов и, кроме того вызывают предрасположенность к язвам.

Показания к применению

Таблетки 75 мг

- острая и хроническая ишемическая болезнь сердца
- первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, таких как тромбоз и острый коронарный синдром у людей старше 50 лет с одним или более из следующих признаков, которые могут быть факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, ожирение (ИМТ>30) и семейный анамнез инфаркта миокарда в возрасте до 55, по крайней мере у одного из родителей, брата или сестры
- профилактика повторного инфаркта миокарда и тромбоза кровеносных сосудов

Таблетки 150 мг

- острая и хроническая ишемическая болезнь сердца

Способ применения и дозы

При приеме внутрь таблетки можно жевать или суспензировать в воде для обеспечения быстрого поглощения.

Таблетки 75 мг

Острая и хроническая ишемическая болезнь сердца

150 мг как начальная доза, а затем 75 мг ежедневно.

Острый инфаркт миокарда/нестабильная стенокардия

150–450 мг как можно скорее после появления первых симптомов.

Профилактика повторных тромбозов

150 мг как начальная доза, а затем 75 мг ежедневно.

Пациенты старше 50 лет

Первичная профилактика, при наличии особого риска развития сердечно-сосудистых болезней: 75 мг ежедневно.

Таблетки 150 мг

150 мг ежедневно.

При нарушении функции печени или почек может быть необходима коррекция дозы. Препарат не назначается при тяжелых нарушениях функции печени или почек.

Побочные действия

Неблагоприятные побочные реакции распределены в следующем порядке, с учетом частоты возникновения: очень часто ($\geq 1/10$); часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$); не часто ($\geq 1/1000$ до $< 1/100$); редко ($\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1000$); очень редко ($< 1/10\ 000$)

Очень часто:

- удлиненное время кровотечения
- ингибирование агрегации тромбоцитов
- изжога, кислотный рефлюкс, боль в животе

Часто:

- геморрагический диатез
- головная боль
- бронхоспастический эффект у пациентов с астмой
- эритема и эрозии в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, тошнота, диспепсия, рвота, диарея
- бессонница

Нечасто:

- скрытое кровотечение
- вертиго (головокружение), сонливость
- звон в ушах
- одышка
- язвы и кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, рвота кровью, мелена (черный стул)
- аллергические реакции – крапивница, ангионевротический отек (ангионевротический отек чаще развивается у больных, страдающих аллергией)
- анафилактические реакции

Редко:

- повышение значений трансаминаз и щелочной фосфатазы
- анемия (при длительном лечении), гемолиз (при наличии врожденного дефицита глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы)
- внутримозговые кровотечения
- дозозависимая обратимая потеря слуха и глухота
- желудочно-кишечные кровотечения тяжелой степени в верхней части желудочно-кишечного тракта, перфорация
- нарушения функции почек
- гипогликемия
- геморрагический васкулит

Очень редко:

- гипопротромбинемия (при высоких дозах), тромбоцитопения, нейтропения, эозинофилия, агранулоцитоз, апластическая анемия
- стоматит, эзофагит, образование язв в нижней части желудочно-кишечного тракта, стеноз, колит, обострения воспалительных заболеваний кишечника
- пурпура, эритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)
- дозозависимый обратимый токсический гепатит, связанный с различными вирусными заболеваниями (грипп А и В, ветряная оспа)

Возможно:

- синдром Рейе

Противопоказания

- известная или подозреваемая гиперчувствительность к салицилатам, к нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП) или к любому из вспомогательных веществ
- геморрагический диатез (дефицит витамина К, тромбоцитопения, гемофилия)
- язвенная болезнь в активной стадии
- тяжелые нарушения функции почек (СКФ $< 0,2$ мл/с. (10 мл/мин.))

- тяжелые нарушения функции печени
- тяжелые нарушения сердечной функции
- дети в возрасте до 16 лет
- превышение дозы более 100 мг в день в III триместре у беременных женщин

Лекарственные взаимодействия

Следует избегать одновременного использования следующих нижеперечисленных препаратов:

Метотрексат Возможный механизм: уменьшенный клиренс метотрексата.

Эффект: токсичность метотрексата (лейкопения, тромбоцитопения, анемия, нефротоксичность, изъязвление слизистых оболочек).

Ингибиторы АПФ Возможный механизм: ингибирование синтеза простагландинов.

Эффект: снижение эффективности ингибиторов АПФ.

Ацетазоламид Возможный механизм: повышенная концентрация ацетазоламида может привести к диффузии салицилатов из плазмы крови в окружающие ткани.

Эффект: токсичность, вызванная ацетазоламидом (усталость, вялость, сонливость, спутанность сознания, гиперхлоремический метаболический ацидоз) и токсичность, вызванная салицилатами (рвота, тахикардия, гиперпное, спутанность сознания).

Пробенецид, сульфинпиразон Возможный механизм: пробенецид и высокие дозы салицилатов (>500 мг) взаимоблокируют эффект обоих препаратов, влияя на выведение мочевой кислоты.

Эффект: снижение экскреции мочевой кислоты.

Одновременное применение следующих препаратов требует осторожности

Клопидогрел, тиклопидин Комбинация клопидогреля и АСК обладает синергичным эффектом, поэтому с этой комбинацией связан повышенный риск кровотечений. Необходимо осторожность при назначении данной комбинации.

Антикоагулянты: варфарин, фенпрокумон Возможный механизм: уменьшают продукцию тромбина, что приводит к непрямому снижению активности тромбоцитов (антагонист витамина К). Эффект: повышенный риск кровотечения.

Абсиксимаб, тирофибан, эптифибатид Возможный механизм: ингибируют рецепторы гликопротеина IIb/IIIa на тромбоцитах.

Эффект: повышенный риск кровотечения.

Гепарин Возможный механизм: уменьшает продукцию тромбина, что приводит к непрямому снижению активности тромбоцитов.

Эффект: повышенный риск кровотечения.

Если два или более из вышеуказанных средств, применяемых вместе с АСК, это может привести к синергичному эффекту с увеличением ингибирования активности тромбоцитов и в результате повышается риск геморрагического диатеза.

НПВП и ингибиторы ЦОГ-2 (целекоксиб) Возможный механизм: аддитивное желудочно-кишечное раздражение.

Эффект: повышение риска желудочно-кишечного кровотечения.

Ибупрофен Одновременно применение ибупрофена ингибирует необратимую агрегацию тромбоцитов, вызванную АСК. Лечение ибупрофеном у пациентов с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний может ограничивать кардиопротекторное действие АСК.

Пациенты, принимающие АСК один раз в день для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, и те, кто время от времени принимает ибупрофен, должны принимать АСК, по крайней мере, за 2 часа до приема ибупрофена.

Фуросемид

Возможный механизм: ингибирование проксимального канальцевого выведения фуросемида.

Эффект: снижается мочегонный эффект фуросемида.

Хинидин Возможный механизм: аддитивный эффект на тромбоциты.

Эффект: удлиненное время кровотечения.

Спиронолактон Возможный механизм: модифицированный эффект ренина.

Эффект: снижение эффективности спиронолактона.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) Возможный механизм: аддитивное раздражение желудочно-кишечного тракта.

Эффект: повышение риска желудочно-кишечного кровотечения.

Вальпроат Возможный механизм: АСК изменяет связывание и метаболизм вальпроата.

Эффект: вальпроатная токсичность (угнетение центральной нервной системы, проблемы желудочно-кишечного тракта).

Комбинация может потребовать корректировку дозы вальпроата.

Кортикостероиды Возможный механизм: аддитивное раздражение желудочно-кишечного тракта и увеличение почечного клиренса или метаболизма салицилатов.

Эффект: повышение риска желудочно-кишечных язв и субтерапевтическая концентрация салицилата в плазме.

Противодиабетические препараты Возможный механизм: аддитивный гипогликемический эффект.

Эффект: гипогликемия

Антациды Возможный механизм: повышение почечного клиренса и снижение почечного всасывания (в связи с повышением pH мочи).

Эффект: снижение эффекта АСК.

Вакцина против ветряной оспы Механизм: неизвестен.

Эффект: повышенный риск развития синдрома Рейе.

Гинкго билоба Возможный механизм: гинкго билоба препятствует агрегации тромбоцитов.

Эффект: повышенный риск кровотечения.

Особые указания

Следует избегать длительного использования Кардиомагнила в сочетании с другими НПВП в связи с повышенным риском развития нежелательных эффектов.

Магния гидроксид, входящий в состав препарата, является антацидом, который нейтрализует соляную кислоту, обладает обволакивающим свойством, связывает лизолецитин и желчные кислоты, оказывающие неблагоприятное воздействие на слизистую желудка.

Следует избегать длительного применения у пожилых пациентов при боли, воспалении, лихорадке и ревматической болезни из-за риска желудочно-кишечного кровотечения. Следует применять с осторожностью низкие дозы.

АСК у пациентов пожилого возраста для лечения острой или хронической ишемической болезни сердца и инсульта, а также для профилактики инсульта и ишемической болезни сердца в связи с риском желудочно-кишечного кровотечения.

АСК может вызвать бронхоспазм и вызывать приступы астмы или другие аллергические реакции.

Препарат следует применять с осторожностью при следующих состояниях:

- наличие в анамнезе язвенных поражений ЖКТ, в том числе хронической и рецидивирующей язвенной болезни или желудочно-кишечных кровотечений
- у пациентов с нарушениями функции почек или кровообращения
- при нарушении функции печени
- у пациентов страдающих тяжелой формой недостаточности глюкозы-6-фосфат дегидрогеназы (Г6ФД) АСК может индуцировать развитие гемолиза или гемолитической анемии

АСК может привести к повышенной кровоточивости во время и после хирургических вмешательств, например экстракции зубов.

Фертильность

Применение АСК может снизить фертильность, в связи, с чем не должна использоваться у женщин, желающих забеременеть. Если лечение АСК необходимо, лечение должно быть максимально коротким и доза должна быть как можно более низкой. Воздействие на фертильность является обратимым.

Беременность и лактация

Низкие дозы (до 100 мг/сут.)

Клинические исследования показывают, что дозировка до 100 мг/сут. являются безопасными для использования в акушерстве, требующего специального наблюдения.

Высокие дозы (более 100 мг/сут.)

Первый и второй триместр: Ингибиторы синтеза простагландинов можно применять, только если есть строгие показания, и доза должна быть как можно низкой, а срок лечения как можно более коротким.

Третий триместр: назначение АСК свыше дозы 100 мг в день могут вызывать у плода:

- сердечно-легочную токсичность (с преждевременным закрытием Баталова протока и легочной гипертензией)
- почечную дисфункцию с последовательным развитием почечной недостаточности и уменьшением амниотической жидкости;

у матери и плода в конце беременности:

- увеличение времени кровотечения, как следствие возможной пониженной агрегации тромбоцитов
- подавление сократительной активности матки, что может привести к поздним родам или увеличению продолжительности родов.

В связи с вышеизложенным применение АСК свыше дозы более 100 мг в день противопоказано в III триместре у беременных женщин.

Из-за отсутствия опыта применения во время лактации, перед назначением АСК в период грудного вскармливания следует оценить потенциальную пользу терапии препаратом относительно потенциального риска для детей грудного возраста.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами
Кардиомагнил® не влияет или влияет незначительно на способность к управлению транспортным средством или проведению работ с движущимися механизмами.

Передозировка

Опасная доза для взрослых: 300 мг/кг.

Симптомы: как правило, хроническое отравление салицилатами легкой степени происходит только после длительного приема высоких доз и проявляется: лихорадкой, тахипное, шумом в ушах, респираторным алкалозом, метаболическим ацидозом, вялостью, умеренным обезвоживанием, тошнотой и рвотой.

Интоксикация, как правило, бывает более тяжелой у пациентов с хронической передозировкой или у тех, кто злоупотребляет лекарственными средствами, а также у пациентов пожилого возраста или у детей.

Лечение: промывание желудка, если есть подозрение, что было принято более 120 мг/кг, необходим прием активированного угля. Сывороточный салицилат должен измеряться, по крайней мере, каждые 2 часа после приема и до тех пор, пока уровень салицилата не начнет постоянно снижаться, а кислотно-щелочной баланс не улучшится.

В случае, если есть подозрение на кровотечение необходимо контролировать протромбиновое время и/или международное нормализованное отношение (МНО). Обязательно должен быть восстановлен водно-электролитный баланс. Щелочной диурез и гемодиализ являются эффективными способами удаления салицилатов из плазмы. Гемодиализ должен рассматриваться в случае тяжелой интоксикации, так как он быстро увеличивает клиренс салицилата и восстанавливает кислотно-щелочной и водно-солевой баланс.

Форма выпуска и упаковка

По 30 или 100 таблеток помещают в стеклянные флаконы коричневого цвета, упакованные навинчивающимися крышками белого цвета (из полиэтилена) с вмонтированной съёмной капсулой с силикагелем и кольцом, обеспечивающим контроль первого вскрытия. Флакон вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках вкладывают в пачку из картона.

Условия хранения

Хранить в защищенном от света месте, при температуре не выше 25°C.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения 3 года.

Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптеки Без рецепта

Производитель и упаковщик

Такеда ГмбХ, Ораньенбург, Германия

Держатель регистрационного удостоверения

Такеда Фарма А/С, Тоструп, Дания



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

ТОО «Такеда Казахстан» г. Алматы, ул. Шашкина, 44
Номер телефона: +7 (727) 244-40-04
Номер факса: +7 (727) 244-40-05
Адрес электронной почты: DSO-KZ@takeda.com



В последнее время все больше говорят о личном бренде руководителя. Создать личный бренд не так уж просто.

Личный бренд руководителя

Чтобы личный бренд работал, должны быть продуманы и реализованы все его составляющие.

На каких трех китах строится личный бренд руководителя?

Принцип «СЭМ»:

- **самопрезентация;**
- **эксклюзивность;**
- **мастерство.**

Эксклюзивность

Бренд – это всегда марка, отличная от других, обладающая особыми чертами и преимуществами. За основу личного брендинга легко

взять изначальную индивидуальность, заложенную в каждом человеке.

Важно не прятать слабых сторон, для человека естественно иметь слабые стороны, нужно оценить внутри себя некую индивидуальность и грамотно ее позиционировать.

Давайте вспомним гениальную речь Аль Пачино, которая была произнесена в кинофильме «Каждое воскресенье». Вот эта речь, от которой захватывает дух:

«Я не знаю, что вам говорить.

Через 3 минуты...

Самая жестокая схватка за всю нашу профессиональную жизнь.

Сегодня решится все.

Или мы снова команда, или ломаемся.

Отдаем момент за моментом, и тогда конец...

Мы в аду, джентльмены...

Поверьте, мы можем смириться с этим,

И пусть тогда о нас все вытирают ноги...

Или же мы дадим бой и вырвемся... Сражаясь и борясь.

*Я не могу это сделать за вас,
я старый...*

*Я вижу ваши молодые лица и ду-
маю, что сам я*

*Сделал в жизни глупости, какие
только было можно.*

*Я прогулял все свои деньги... Може-
те верить...*

*Я разогнал всех, кто когда-то лю-
бил меня...*

А теперь...

*Мне лучше не смотреться в зер-
кало...*

*С годами человек очень многое те-
ряет, но это... это жизнь,*

*И ты понимаешь это, когда теря-
ешь, ты понимаешь, что жизнь –*

*Это такая игра, где важен каж-
дый дюйм...*

И в футболе так же...

*Потому что и в играх, и в жизни,
и в футболе цена ошибки слишком
велика,*

*Ты сделал шаг чуть раньше или
чуть позже... и у тебя не вышло,*

*Поспешил или опоздал... На полсе-
кунды – и остался ни с чем...*

*Эти дюймы нужны нам всегда...
они в каждом игровом моменте,*

*В каждой минуте и секунде...
И наша команда будет драться за
них...*

*Она будет драться за каждый
дюйм... Мы не пожалеем ни себя, ни
других.*

*В этой игре... Мы вцепимся в
этот дюйм зубами... Потому что мы
знаем –*

*Сумма этих дюймов – и есть раз-
ница между победой и поражением!*

*...Между жизнью и смертью!
В драке побеждает тот, кто готов
отдать*

*Жизнь за этот дюйм! И я знаю –
во мне еще есть жизнь, потому что
я готов*

*Драться и умереть за этот
дюйм... Потому что это и есть
жизнь...*

*Шесть дюймов прямо перед то-
бой... Я не могу вас заставить...*

*Вы лучше посмотрите на парня,
который рядом, посмотрите ему в
глаза...*

*...И увидите того, кто пройдет
этот дюйм с вами... Кто пожертву-
ет собой*

*Ради команды... Потому что зна-
ет, что каждый из вас, если нужно,*

*Сделает то же самое... это и есть
команда, господа... И мы... Либо побе-
дим...*

*...Всей командой... либо умрем...
по одиночке... таков футбол... Вот и
все.*

Ну, вы сделали выбор?»

За успешным личным брендом
всегда стоит характер его владель-
ца и система ценностей, которую
он исповедует. Он как бы говорит:
«Я не идеален, но я здесь, я с вами
и готов с вами драться, и если будет
необходимо – умереть!».

Мастерство

Человек-бренд уверен в себе и по-
следователен в том, что он делает. По-
настоящему известный бренд
всегда строится на реальном вы-
соком уровне профессиональ-
ных навыков в своей сфере
деятельности, а для руководителя –
и в сфере менеджмента. Он не всегда
должен быть лучшим специалистом,
но он обязан уметь интегрировать
лучшие команды.

Поэтому создание личного
бренда невозможно без постоянно-
го обучения и профессионального
саморазвития, а также без под-
твержденных успехов реализации
проектов.

Часто руководители воспомина-
ют большое количество собствен-
ных ошибок и поражений, это,

конечно, похвально, но все-таки
желательно, чтобы побед было
больше, а ошибки были обязатель-
но разными... Человек, чей инстру-
мент обучения ГРАБЛИ, редко ста-
новится лидером.

Только значимая для команды
или конечного потребителя дея-
тельность может стать основой для
брендинга.

Самопрезентация

Бренд – это всегда публичность.
Без грамотной и контролируемой
презентации бренд не будет ра-
ботать, даже если он построен на
высоком качестве и эксклюзив-
ности. Говоря о презентации лич-
ного бренда, нужно иметь в виду
все составляющие личности – от
внешнего вида до манеры общаться
и мировоззрения. Постоянное под-
держание статуса и контролируе-
мая репутация – основа успешного
брендинга. Навык публичных вы-
ступлений – самый главный навык,
который непосредственно влияет
на карьерный рост.

Зачастую понятие «личный
бренд» приравнивают к поня-
тию «имидж». Тем не менее они от-
личаются, и разница между ними
существенна. Создание бренда
может включать возникновение и
поддержание имиджа как внешней
оболочки.

Сильный персональный бренд –
не маска, которую надевают, чтобы



предстать перед окружающими в более выгодном свете, это отражение внутренне присущих человеку ценностей и идеалов, со свойственными слабостями и недостатками. К примеру: он реваншист, он все равно так этого не оставит... я бы на него поставил... Бренд – это про БЫТЬ, а имидж – это про КАЗАТЬСЯ.

Бренд – более устойчивое понятие, а имидж бренда может меняться со временем либо по ситуации.

Также важно понять собственный стиль менеджмента.

Наверное, споры, какой стиль менеджмента эффективнее, не стихнут никогда.

Известный ученый в области лидерства Дуглас Макгрегор назвал предпосылки авторитарного руководства по отношению к работникам теорией «Х».

X-руководитель авторитарен, менеджмент строится на следующих постулатах:

- люди изначально не любят трудиться и при любой возможности избегают работы;
- у людей нет честолюбия, они стараются избавиться от ответственности, предпочитая, чтобы ими руководили;

- больше всего люди хотят защищенности;

- чтобы заставить людей трудиться, необходимо использовать принуждение, контроль и угрозу наказания.

В общем, часто такой начальник ведет себя как настоящая **СВОЛОЧЬ!**

Также есть Y-менеджеры, их управление основывается на следующих постулатах:

- труд – процесс естественный;
- если условия благоприятные, люди не только примут на себя ответственность, но и будут стремиться к ней;
- если люди приобщены к организационным целям, они будут использовать самоуправление и самоконтроль;
- приобщение является функцией вознаграждения, связанного с достижением целей;
- способность к творческому решению проблем встречается часто, а интеллектуальный потенциал человека используется лишь частично.

Часто такой начальник ведет себя, как настоящий **ЛОХ**. Я слы-

шал, что эту аббревиатуру придумали милиционеры: **ЛОХ** – *Лицо, Обиженное Хулиганами*.

Как вы понимаете, больше людей симпатизируют Y-начальникам, мотиваторам, стремящимся осчастливить подчиненных.

Разумеется, нужно использовать комбинацию стилей. **ЯКОБЫ** в чистом виде ни один из них не работает, но все-таки практика подсказывает, что авторитарный стиль не такой уж безнадежный...

Вряд ли кто-то будет спорить, что самым раскрученным персональным управленческим брендом стал бренд **Стива Джобса**.

Да, это самый обсуждаемый образ руководителя.

Представляю вам несколько зарисовок о личности главы Apple.

В 1997 году, вскоре после возвращения в Apple на должность гендиректора, Стив Джобс решил, что одна транспортная компания доставляет им компоненты очень медленно. Перевозчик в ответ заявил, что не может доставлять быстрее, да и не должен: зафиксированные в договоре сроки соблюдались.



Джобс велел разорвать контракт. И добавил, что если попробуют судиться, то никогда больше не получат ни цента. Транспортная компания подала в суд. Работавший с ней менеджер уволился. Судебное разбирательство обошлось в крупную сумму денег, но цель была достигнута: Apple нашла нового, более расторопного перевозчика.

Какой урок можно извлечь из этой истории? Что цель оправдывает любые средства. Для предпринимателей жизнь Джобса – все равно, что Евангелие и Антиевангелие в одном лице.

Одни видят в нем наглядный пример того, как важно следовать собственному видению и своей цели.

Другие – поучительную историю о том, как можно изменить мир, но настроиться против себя всех окружающих.

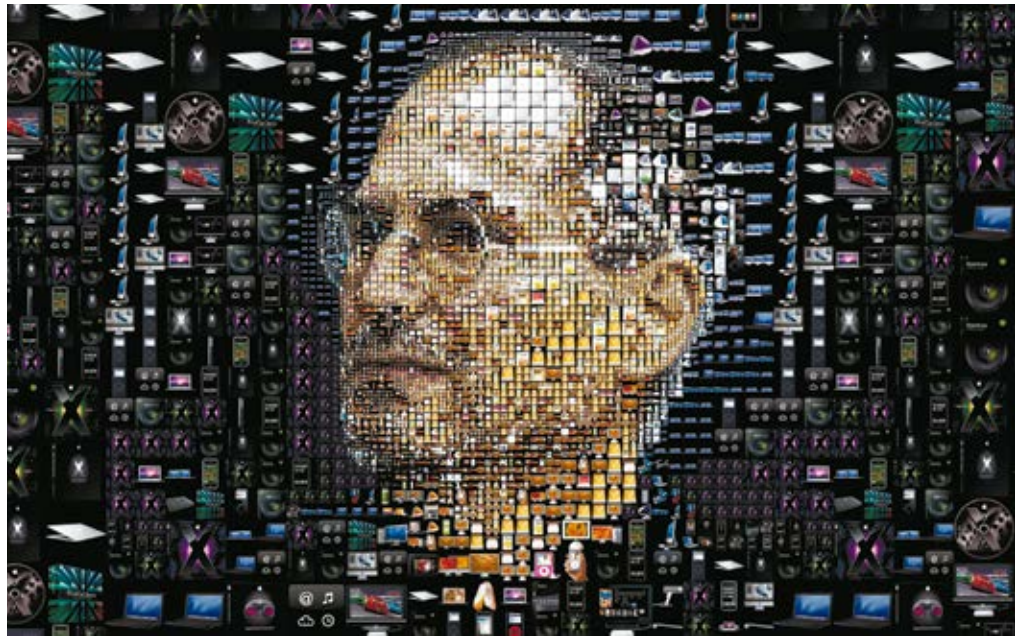
Джобс был типичным представителем X-стиля менеджмента: авторитарно образцовый стиль – якобы наименее эффективный стиль менеджмента.

Возле него никто не мог чувствовать себя в безопасности. Среди бизнесменов немало таких, как Стив: агрессивных, с диктаторскими замашками, настроенных на постоянную конкуренцию, воспринимающих работу как самое главное в жизни.

Биография Джобса лишь укрепила их в мысли, что они все делают правильно. Вот несколько примеров. Присоединиться или убраться с дороги – вот главное, что усвоили те, кто рассматривает Джобса как образец для подражания.

«Джобс показал, насколько эффективен может быть авторитарный стиль управления. Он опроверг тезис современной социологии о том, что счастливые сотрудники всегда эффективнее».

Аарон Леви, создатель сервиса Vox, добавляет: «История Джобса научила меня, что от сотрудников надо требовать невозможного. Они должны знать, что я не позволю выпустить продукт до тех пор, пока его не отполируют до блеска. Для про-



дукта это хорошо, а вот для людей – не очень».

Впрочем, команда легко примиряется с грубым и авторитарным стилем управления, если организация показывает впечатляющие результаты. Джобс регулярно называл подчиненных придурками, но мало кто из-за этого увольнялся.

Противников Джобса приводит в ужас его диктаторский стиль поведения. В книге Айзексона о жизни Джобса освещается много случаев бесцеремонного поведения Джобса. Он приходил в бешенство по самым незначительным поводам (не понравились цветы в отеле или напиток в кафе), парковался на местах для инвалидов, отказывался оформлять номерные знаки для автомобиля (из-за чего менял машину каждые полгода), долгое время не признавал старшую дочь.

Через некоторое время после выхода книги Айзексон опубликовал статью в Harvard Business Review. В ней он призвал меньше фиксироваться на сварливом характере Джобса и больше – на его выдающихся достижениях в Apple и Pixar. Айзексон суммировал взгляды Джобса в 14 коротких заповедей: «Искажайте реальность», «Добивайтесь совершенства», «Держите вокруг себя только людей из высшей лиги» и т. д.

«Его неуживчивый характер забудется, – пишет Айзексон, – а до-

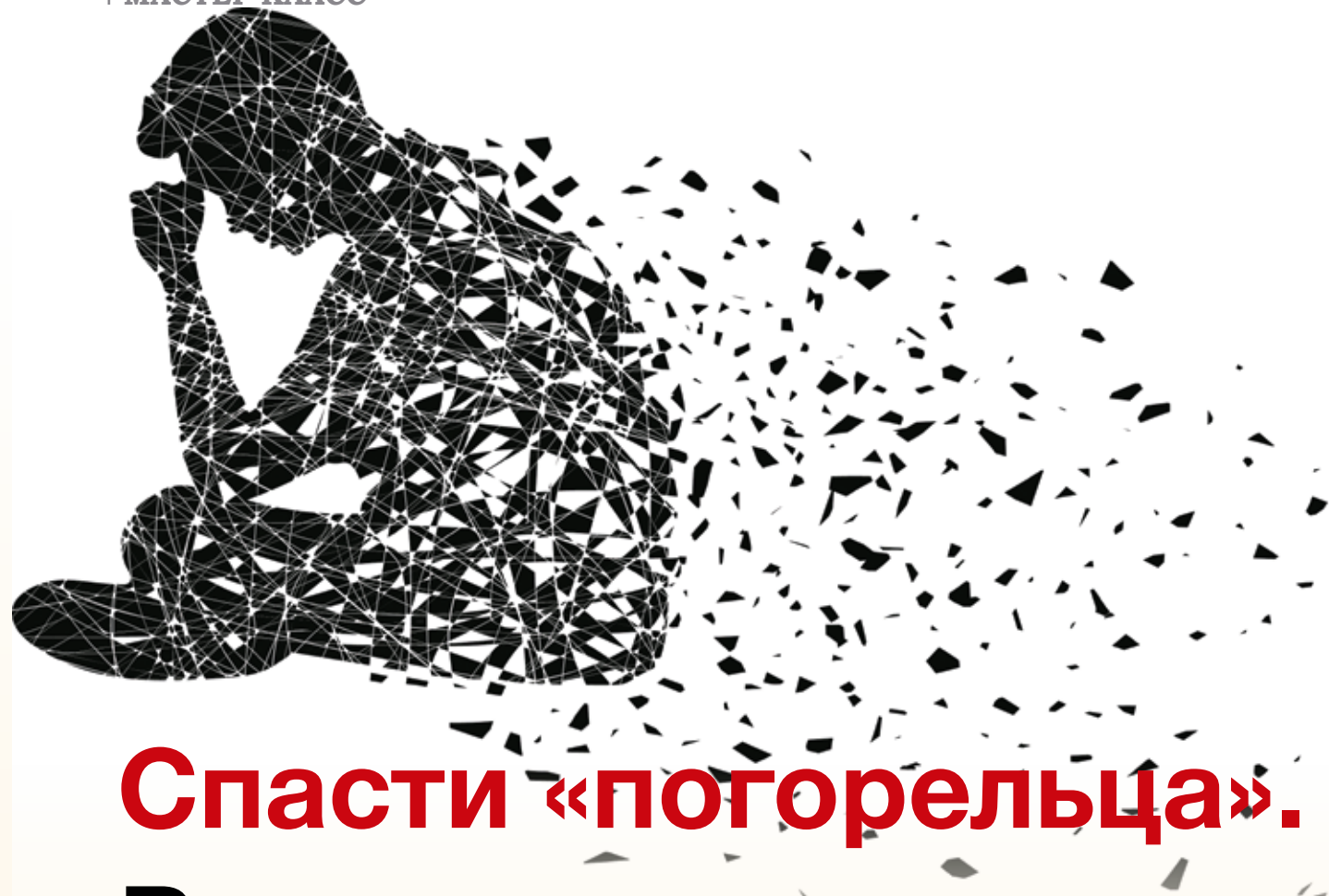
стижения навсегда останутся в истории. В одном ряду с Эдисоном, Фордом и Диснеем».

Роберт Саттон, автор книги The No Asshole Rule, отмечает Джобса как крайне эффективного тирана. Но в подавляющем большинстве случаев, утверждает Саттон, диктаторские замашки создают одни лишь проблемы. Снижаются креативность и продуктивность сотрудников, формируется равнодушное отношение к работе, вырастает уровень прогулов и текучесть кадров. Саттон считает, что Джобс был слишком особенной и противоречивой фигурой, чтобы на него ориентироваться. Это тест Роршаха для предпринимателей и менеджеров: каждый видит в Джобсе то, что хочет увидеть.

Наверное, самым ярким примером проявления диктатуры стало само название Apple. Яблоко – любимый фрукт основателя компании Стива Джобса. После трех месяцев тщетных попыток найти название для нового бизнеса он поставил своим партнерам ультиматум: «Я назову компанию Apple, если к пяти часам вы не предложите лучшего». Apples McIntosh – название сорта яблок, продававшегося в США.

Юрий ЧЕРТКОВ,
бизнес-тренер, директор компании
«Агентство Медицинского Маркетинга»

amm.net.ua



Спасти «погорельца».

Виды профессионального выгорания

В настоящей статье мы рассмотрим, какие же существуют типы выгорания от рутинной работы. Человек должен найти свой талант и заниматься той деятельностью, которую действительно любит. Каждый рождается с набором особенных даров и задатков, вопрос только в том – нашли мы их или нет. И если это произошло, таланты важно развивать и превращать в профессию.

Плохо, когда человек занимается не своим делом.

Цитируем **Эйнштейна**: «*Все мы гении. Но если вы будете судить рыбу по ее способности взбираться на дерево, она проживет всю жизнь, считая себя душой*».

Если человек занимается не любимым делом, то у него внешне все хорошо, вроде бы и подруж много, и на работе есть определенный статус... Но работа не радует, на нее не хочется идти.

И трудится такая первостольница в аптеке, потому что нужны деньги. Такой себе «торговец по неволе». Возможно, у нее музыкальное образование или она

окончила художественную школу и это занятие доставляло ей истинное удовольствие, но приходится продавать таблетки и выслушивать жалобы покупателей.

Есть один старый фильм – «Забывтая мелодия для флейты».

Это остроумная сатирическая и одновременно очень грустная мелодрама Эльдара Рязанова, показывающая накануне перестройки огромную пропасть между жизнью чиновников и простого рабочего класса.

Фильм был выпущен после объявления политики гласности, поэтому затронул запретные до этого темы, такие как бюрократия

и коррупция властей, нищета и недовольство простых граждан, а также эротика и секс.

На первый взгляд, основная дилемма фильма в том, что выберет главный герой: любовь или карьеру.

Но на самом деле наш герой просто эмоционально выгорел, он занимается нелюбимым делом, потому что так надо, так больше платят, он важный человек, высокий чиновник. И больше всего на свете он боится потерять работу, которая ему до смерти надоела.

Чувства к медсестре Лиде пробудили в нем воспоминания о его настоящем таланте – игре на флейте.

Часто человек попадает в своеобразный день сурка, работа начинает надоедать, и рутина ведет к профессиональному выгоранию.

Статистически работники сферы продаж и медики – это профессии с высоким риском профессионального выгорания.

Ведь покупка лекарств – это так называемая нежелательная покупка. Потому что человек предпочел бы не болеть и обходиться без лекарств, а тут заболел, еще и деньги нужно тратить.

У фармацевта много дополнительных нервных ситуаций, провоцирующих выгорание:

- **ответственность за жизнь и здоровье клиентов**, причем клиенты с удовольствием ее переключают на нас. Часто фармацевт выступает в роли и доктора, и психолога, и эксперта, и при этом еще нужно не забывать продажи делать, план выполнять;
- **аритмичная интенсивность работы в час пик**. Особенно тяжело, когда много людей;
- **постоянно напряженное внимание** – расположение лекарств, работа с деньгами, прием товара и т. д.;
- **общение с «трудными» клиентами**, по сути с больными людьми;
- **значительные физические нагрузки** – работа стоя, из-за чего часто страдают вены на ногах;
- **перегруженный график** – не секрет, что с кадрами сейчас де-

фицит, поэтому нередко приходится подстраховывать коллег;

- **система штрафов**, которая существует во многих аптечных сетях. Штраф для сотрудника – огромный стресс, который не залатать никакими бонусами;
- **все та же рутинность** (довольно высокий процент механически выполняемой работы, в которой мало пространства для самореализации);
- **мало ярких событий**. К примеру, компания АММ проводит увлекательные фестивали, организывает экскурсионные туры для первокурсников и пр. По итогам видно, как фармацевтам не хватает таких мероприятий;



- **многозадачность** и необходимость отвечать одновременно на множество вопросов;
- **невозможность в полной мере отследить положительные результаты своего труда**. Мы порекомендовали человеку лекарство, а помогло оно или нет, кто его знает.

Есть люди, которые не заморачиваются никаким карьерным ростом, их вполне устраивает вечный статус-кво – застой... Работа воспринимается как необходимость зарабатывать на хлебешек.

Как-то на отдыхе я наблюдал за рабочими в отеле, которые пашут день и ночь за «гроши», и подумал: это ж такая каторжная жизнь, никакого роста и развития, примитивный рабский труд с утра до ночи... По-

смотрел на лица этих трудяг, а в глазах счастье! Они не заморачиваются мыслями о высоких материях, просто себе работают каждый день.

А есть «мученики», которым подавай рост и развитие, поскольку рутина со временем начинает сильно тяготить.

Делает человек обыденную работу изо дня в день, эмоционально тупеет, становится циничным.

Можно, конечно, сменить аптеку, но от перемены мест результат не изменится, если человек занимается нелюбимым делом, рано или поздно он рискует стать «погорельцем».

Вот и получается грустный юмор: фармацевт, в отличие от сапера, имеет право ошибиться только дважды, и один раз – при выборе профессии.

Синдром эмоционального вы-

горания имеет аббревиатуру СЭВ. Трудно отследить его начало, он развивается постепенно.

Кстати, неизвестно – это патологическое состояние или просто защита организма. Возможно, это лишь эмоциональный блок, утрата чувств из-за переизбытка общения с людьми, развитие пофигизма.

«Погорелец» редко осознает, что с ним происходит, начинает срывать, проявлять черствость к близким людям и т. д. По сути это предболезнь, которая, если ничего не предпринимать, переходит в понятную соматическую проблему.

Юрий ЧЕРТКОВ,
бизнес-тренер, директор компании
«Агентство Медицинского Маркетинга»

amm.net.ua

Впервые опубликовано в журнале «Рецепты аптечных продаж» amm.net.ua

Открытое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Хондроксид® в комплексном лечении больных с хронической вертеброгенной люмбоишалгией

Восстановительное лечение пациентов с болями в нижней части спины (БНС) является одной из наиболее актуальных проблем реабилитации, что обусловлено распространенностью заболевания, высокой частотой хронизации патологического процесса и большими экономическими затратами общества на диагностику и лечение [3, 7, 9, 14]. В течение жизни боль в нижней части спины возникает у 70–90% населения и ежегодно отмечается у 15–25% [3]. Переход заболевания из острой стадии в хроническую наблюдается примерно у трети больных с БНС, что приводит к длительной нетрудоспособности 4% населения [5, 10].

Т.В. Буйлова

Одним из наиболее частых проявлений БНС является синдром вертеброгенной люмбоишалгии [4], который может быть обусловлен целым рядом факторов: спазмом грушевидной мышцы, фасеточным синдромом, снижением подвижности в крестцово-подвздошном суставе, миофасциальным синдромом, ортопедическими особенностями и т.д.

Известно, что в основе первичного синдрома БНС лежат дегенеративно-дис-

трофические изменения в тканях позвоночника (суставах, межпозвонковых дисках, мышечно-связочном аппарате), что определяет общность терапевтических подходов в реабилитации больных с БНС и деформирующим остеоартрозом периферических суставов верхних и нижних конечностей. Основными задачами реабилитации пациентов с БНС являются купирование симптомов заболевания (уменьшение боли, увели-



чение подвижности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника), улучшение мобильности, самообслуживания и качества жизни в целом, для решения которых на практике используется широкий набор средств медикаментозного и немедикаментозного лечения: нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, витамины группы В, вазоактивные препараты, различные методики лечебной гимнастики, физио-, рефлексотерапии, лечебно-медикаментозные блокады, тракции и мануальная терапия [1, 3, 13, 14, 16]. При хронизации БНС на первый план в лечении пациентов выступают те методы реабилитации, которые направлены на предупреждение обострений заболевания и замедление прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике. Это физическая терапия (позволяющая сформировать адекватный мышечный корсет), коррекция психологического статуса, обучение больного правильному двигательному стереотипу [6–8]. С учетом общности патогенетических механизмов дегенерации межпозвонкового диска, хряща межпозвонковых и периферических суставов [6] в последние годы в базисную терапию хронической боли в спине стали включать препараты, обладающие хондропротективной активностью [12]. Эти препараты, с одной стороны, обладают симптом-модифицирующим действием (уменьшают боль и способствуют улучшению функции суставов и позвоночника), а с другой – обладают структурно-модифицирующим эффектом (задерживают или приостанавливают прогрессирование остеоартроза и остеохондроза). Механизм действия хондропротекторов связан со стимуляцией хондроцитов, снижением активности лизосомальных ферментов (металлопротеиназ), увеличением резистентности хондроцитов к воздействию провоспалительных цитокинов, активацией анаболических процессов в матриксе хряща и созданием предпосылок для формирования устойчивого хряща. При дегенеративно-дистро-

фических заболеваниях суставов доказана эффективность хондроитин сульфата, гликозаминогликана, неомыляющих соединений сои и авокадо, препаратов гиалуроновой кислоты и диацериина [15]. Хондроитин сульфат – вещество, которое в норме входит в состав суставного хряща и играет важную роль в поддержании необходимого осмотического давления, благодаря чему матрикс и нити коллагена растягиваются. При дегенеративно-дистрофическом процессе количество хондроитин сульфата резко уменьшается, что приводит к деградации хряща. Хондроитин сульфат – препарат со среднемoleкулярным строением, обладает противовоспалительной активностью, воздействуя в основном на клеточный компонент воспаления, стимулирует синтез гиалуроновой кислоты и протеогликанов и угнетает действие протеолитических ферментов. Одним из новых хондроитинсодержащих препаратов является «Хондроксид», в состав которого входят в качестве *активного вещества*: хондроитина сульфат – 0,25 г (сухого и 100%-го вещества) и *вспомогательные вещества*: кальция стеарат, кросповидон, поливинилпирролидон (коллидон), целлюлоза микрокристаллическая, магний углекислый основной водный (магния карбонат) – достаточное количество для получения таблетки массой 0,48 г.

Работы, посвященные изучению эффективности данного препарата при хронической вертеброгенной патологии, отсутствуют.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности лекарственного препарата «Хондроксид®» («Нижфарм») в лечении пациентов с хронической вертеброгенной люмбоишалгией.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 60 пациентов (9 мужчин, 51 женщина) в возрасте от 24 до 60 лет (средний возраст 50,17±7,73 лет) с хронической вертеброгенной люмбоишалгией (ХВЛ).

Основной жалобой у всех пациентов, включенных в исследование, была ноющая боль в поясничной области, иррадиирующая в одну или обе ноги по задней поверхности, усиливающаяся при движении в поясничном отделе позвоночника, при определенных позах, ходьбе. При обследовании больных выявлялся мышечно-тонический синдром без парезов, расстройств чувствительности и выпадения рефлексов.

Критериями включения пациентов в исследование были: возраст от 18 до 60 лет; хроническое рецидивирующее или персистирующее течение вертеброгенной люмбоишалгии; умеренный или выраженный болевой синдром, рентгенологические признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника (I–III ст. по Kellgren).

Критериями исключения явились: слабо выраженный болевой синдром (менее 40 мм по ВАШ), наличие грыжи межпозвонкового диска более 2 мм (по данным МРТ); вторичный болевой синдром и те заболевания, которые могли быть его причиной (туберкулез, системные заболевания соединительной ткани; сердечно-сосудистая, дыхательная или почечная недостаточность; сахарный диабет в стадии декомпенсации; вирусные гепатиты; онкологические, психические заболевания, алкоголизм, токсикомания), дополнительный прием хондропротекторов, период беременности и лактации.

Методом простой рандомизации и вслепую все пациенты с хронической вертеброгенной люмбоишалгией были разделены на две группы. В одной из них (основная группа) 30 пациентов получали Хондроксид® 0,25 г в течение 6 месяцев перорально по 2 таблетки 2 раза в день (1 г в сутки). В другой (контрольная группа) 30 больных принимали Структурм 0,5 г в течение 6 месяцев перорально по 1 капсуле 2 раза в день (1 г в сутки). Курс терапии в обеих группах продолжался 180 дней (6 месяцев).

Сравнительная характеристика обеих групп пациентов с ХВЛ представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы, выделенные группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, локализации поражения, тяжести состояния, давности и выраженности вертебрального синдрома.

Большинство (68%) пациентов, включенных в исследование, предъявляли жалобы на умеренно выраженный болевой синдром (от 40 до 69 мм по ВАШ), что проявлялось во время вставания и ходьбы (или иной нагрузки).

У 68% пациентов с вертеброгенной хронической люмбоишалгией наблюдались сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия I, II ст. (61%), хронический гастродуоденит (22%), ЖКБ (2%). Рентгенологически у всех пациентов с ВХЛ, включенных в исследование, был диагностирован остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника II–III стадии по Kellgren.

Исследование проводилось на базе Нижегородского областного центра реабилитации инвалидов, где все пациенты получали комплексное стационарное или амбулаторное восстановительное лечение. В процессе реабилитации больных с ВХЛ использовались различные методики лечебной гимнастики, физио-, бальнео- и психотерапии.

Состояние пациентов оценивалось в течение 9 месяцев: при первичном осмотре, через 7 дней, 1 месяц, 2, 3 и 6 месяцев от начала терапии и через 1 и 3 месяца после завершения 6-месячного курса лечения.

Для оценки терапевтического эффекта были использованы клинические, психодиагностические, биомеханические и функциональные методы исследования [2, 11].

Всем пациентам с хронической вертеброгенной люмбоишалгией проводилась клиническая оценка неврологического статуса, в том числе вертебрального синдрома. Выраженность болевого синдрома оценивалась по 100 мм визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Подвиж-

ность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника оценивали по пробам Шобера и Томайера. Суммарная оценка тяжести состояния больного также осуществлялась с помощью 100 мм ВАШ.

Оценка психоэмоционального статуса пациентов проводилась с использованием шкалы тревожности Спилбергера в модификации Ханина и шкалы депрессии Бека.

Для оценки устойчивости пациентов в вертикальной позе использовали метод стабилотрии (на стабилोगрафе фирмы МБН), включающий запись с открытыми глазами и тест Ромберга.

Анализ походки у пациентов с ХВЛ осуществлялся с помощью программно-аппаратного комплекса «МБН-БИОМЕХАНИКА» (фирма МБН, г. Москва, Россия), который позволяет оценивать амплитудные характеристики крупных суставов нижних конечностей, регистрировать временные параметры и характеристики переката в сагиттальной и во фронтальной плоскостях и проводить измерения реакций опоры и стабилотрию в основной стойке с помощью 6-компонентной динамометрической платформы.

Оценка деформации позвоночника у больных с вертеброгенной люмбоишалгией проводилась с использованием компьютерного оптического топографа (г. Новосибирск), который позволяет получить рельефное изображение поверхности туловища человека с возможностью обработки и расчета необходимых количественных параметров формы спины и положения таза. Метод обеспечивает цифровое описание деформации позвоночного столба и ориентации плечевого пояса и таза во всех трех плоскостях (фронтальной, горизонтальной и сагиттальной) с построением графиков и количественной оценкой любых сечений поверхности туловища.

Изменение качества жизни пациентов вследствие ХВЛ оценивалось с помощью Оствестровского опросника.

Для суммарной оценки терапев-

тического эффекта использовалась следующая шкала:

- **выраженное улучшение:** значительное улучшение субъективной симптоматики (уменьшение боли, улучшения состояния пациента, оцененное по Оствестровскому опроснику, значительное снижение уровней тревоги и депрессии), очевидное улучшение объективной симптоматики (по данным инструментальных методов исследования, при оценке вертебрального синдрома);
- **значительное улучшение:** улучшение субъективной симптоматики (уменьшение боли, улучшение состояния пациента, оцененное по Оствестровскому опроснику, снижение уровней тревоги и депрессии), улучшение объективной симптоматики (по данным инструментальных методов исследования, при оценке вертебрального синдрома);
- **незначительное улучшение:** наличие положительной динамики в субъективной и объективной симптоматике, не позволяющее отнести эффект к категории выраженное/значительное улучшение;
- **отсутствие эффекта:** отсутствие эффекта от лечения или ухудшение субъективной и объективной симптоматики.

Для обработки полученных результатов использовались параметрические и непараметрические методы исследования и программа «STATISTICA 6.0».

Оценка безопасности происходила путем регистрации нежелательных явлений (НЯ) и анализа их возможной связи с приемом исследуемого препарата.

Результаты и обсуждение

Анализ динамики жалоб и клинического состояния больных с вертеброгенной хронической люмбоишалгией в течение 9 месяцев (6 месяцев приема хондропротекторов и 3 месяцев наблюдения после завершения курса лечения)

Таблица 1. Клиническая характеристика больных хронической вертеброгенной люмбоишалгией

Критерии		Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
Пол	мужчины	5	4
	женщины	26	26
Средний возраст (годы)		49,4±7,14	50,9±8,34
Локализация	правосторонняя	13	14
	левосторонняя	11	14
	двусторонняя	6	2
Давность заболевания (годы)		5,3±3,4	4,9±3,1
Боль в покое (в мм по ВАШ)		34,7±5,2	35,2±4,8
Боль при нагрузке (в мм по ВАШ)		46,7±5,5	46,5±5,7
Выраженность клинических проявлений (в мм по ВАШ)		51,5±13,46	52,0±15,04
Подвижность пояснично-крестцового отдела позвоночника (в мм)	Проба Томайера	25,07±10,7	22,93±8,8
	Проба Шобера	2,17±1,06	2,33±1,84

Таблица 2. Динамика болевого синдрома при нагрузке (по ВАШ) у больных ХВЛ, получавших в процессе лечения Хондроксид

Визиты	Среднее значение болевого синдрома по ВАШ (в мм)	W критерий Вилкоксона	Уровень «p»
1 (1-й день)	60,17±14,29		
2 (4–10-й день)	54,0±14,11		
3 (1 месяц лечения)	49,17±15,71	0	$p_{1-3} < 0,001$
4 (3 месяца лечения)	43,45±13,70		
5 (6 месяцев лечения)	39,31±13,28	18,5	$p_{3-5} < 0,001$
6 (1 месяц наблюдения)	38,28±13,04		
7 (3 месяца наблюдения)	38,48±12,73	3,5	$p_{5-7} > 0,1$

Здесь и далее: p_{1-3} – достоверность отличий между первым и третьим визитами, p_{3-5} – достоверность отличий между третьим и пятым визитами, p_{5-7} – достоверность отличий между пятым и седьмым визитами. Отличия между первым и вторым, вторым и третьим, четвертым и пятым, пятым и шестым, шестым и седьмым визитами в таблицах 8–15 были недостоверными ($p > 0,1$).

позволил выявить некоторые закономерности. В частности, у пациентов, принимавших препарат Хондроксид, наблюдалось достоверное уменьшение выраженности болевого синдрома при нагрузке: на 11 мм по ВАШ – к концу месячного курса комплексной реабилитации и на 20,86 мм – при завершении полугодового приема препарата. В течение последующих трех месяцев наблюдения выраженность болевого синдрома у пациентов с ХВЛ в среднем сохранялась на достигнутом уровне и даже отмечалась некоторая тенденция к ее еще большему снижению, однако это снижение было недостоверным. Динамика болевого синдрома при нагрузке у больных, принимавших Хондроксид, представлена в таблице 2.

Похожая динамика болевого синдрома при нагрузке отмечалась

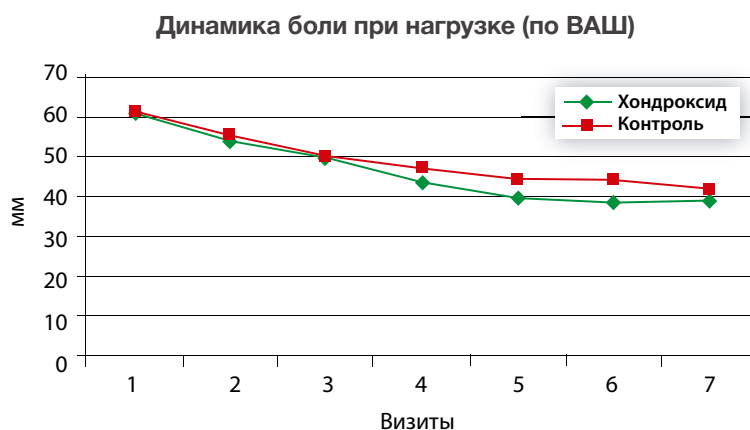


Рисунок 1. Динамика боли при нагрузке у пациентов с ХВЛ, получавших разные препараты

Здесь и далее: 1 – первый визит, 2 – через 7–10 дней лечения, 3 – через месяц лечения, 4 – через 3 месяца лечения, 5 – через полгода лечения, 6 – через 7 месяцев наблюдения (1 месяц после завершения лечения), 7 – через 9 месяцев наблюдения (через 3 месяца после завершения курса лечения).

и у пациентов контрольной группы, однако степень снижения выраженности боли по ВАШ здесь была меньшей ($p > 0,05$). Сравнение

динамики болевого синдрома при нагрузке у пациентов с ХВЛ, получавших разные препараты, продемонстрировано на рисунке 1.

На фоне приема препарата Хондроксид наблюдалось снижение и болевого синдрома в покое, менее выраженное, чем боли при нагрузке: на 8,66 мм через месяц терапии и на 15,11 мм – к концу 6 месяцев лечения. После завершения приема препарата в течение трех месяцев сохранялся его обезболивающий эффект. Динамика болевого синдрома в покое у больных, принимавших Хондроксид, представлена в таблице 3.

Аналогичная динамика болевого синдрома в покое отмечалась и у пациентов контрольной группы.

Динамика болевого синдрома в покое и при нагрузке у пациентов, принимавших препарат Хондроксид, представлена на рисунке 2.

При анализе изменения амплитуды движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (ПОП) у больных ХВЛ, принимавших Хондроксид, была выявлена незначительная, но достоверная положительная динамика: через 1 месяц лечения на 6,69 см по результатам пробы Томайера и на 1,29 см по результатам пробы Шобера, а через 6 месяцев терапии – на 11,28 см (по сравнению с первым визитом) и на 1,9 см соответственно. В течение трех месяцев после завершения приема препарата отмечалось нарастание подвижность в ПОП, однако эти изменения были недостоверными ($p > 0,05$). Динамика подвижности позвоночника у больных, получавших Хондроксид, представлена в таблице 4.

У пациентов контрольной группы также наблюдалось достоверное увеличение подвижности ПОП позвоночника в сагиттальной плоскости, однако оно было менее выраженным, чем у больных, получавших «Хондроксид».

Сравнение динамики подвижности позвоночника (по результатам функциональных проб) у пациентов с ХВЛ, получавших разные препараты, представлено на рисунке 3.

Субъективное уменьшение болевого синдрома и увеличение подвижности позвоночника у больных хронической вертеброгенной люмбоишалгией коррелировало с улучшением клинического состояния пациентов. По данным ВАШ выраженность клинических проявлений заболевания у пациентов, принимавших Хондроксид, достоверно уменьшилась через месяц терапии на 16,67 мм, а у больных контрольной группы – на 13,96 мм соответственно. При дальнейшем наблюдении

Динамика боли в процессе лечения Хондроксидом

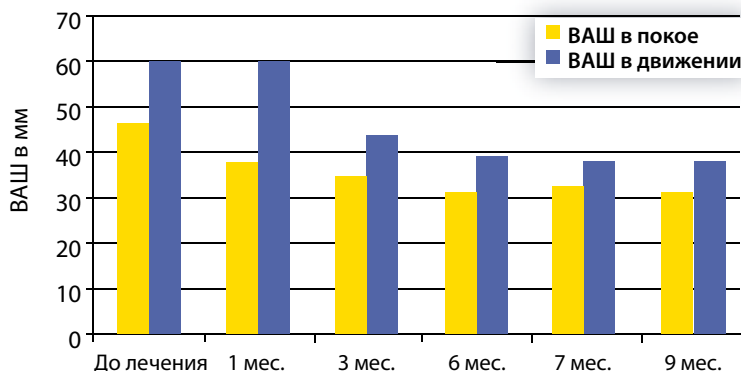


Рисунок 2. Динамика болевого синдрома в покое и при нагрузке у пациентов, принимавших препарат Хондроксид

Динамика подвижности позвоночника (по пробе Шобера)

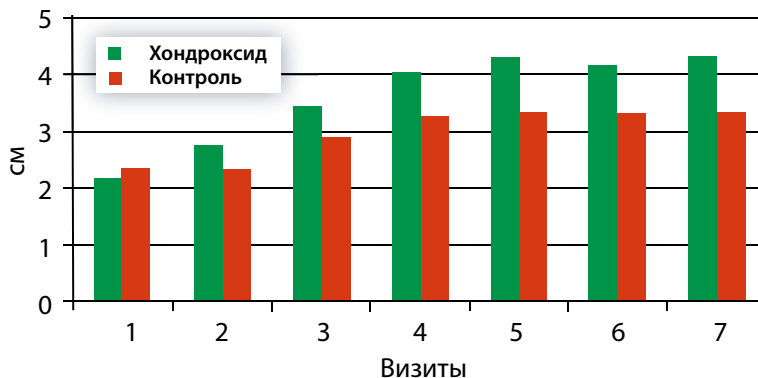


Рисунок 3. Динамика подвижности позвоночника (по пробе Шобера) у пациентов с ХВЛ, получавших разные препараты

Динамика состояния больных (по ВАШ)

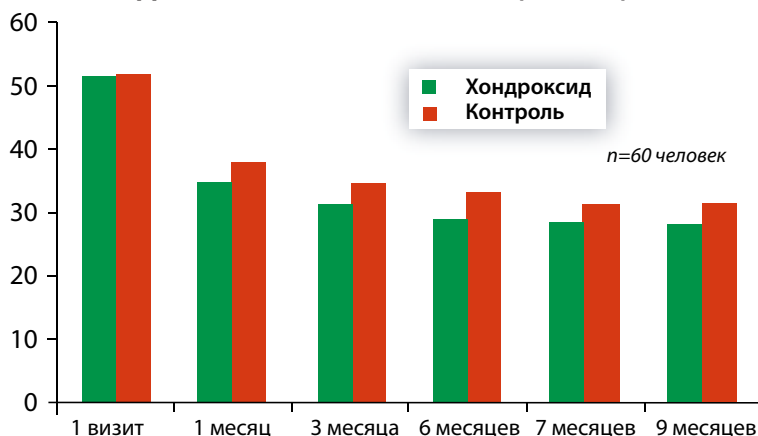


Рисунок 4. Динамика выраженности клинических проявлений ХВЛ у пациентов, получавших разные препараты

тяжесть клинического состояния пациентов обеих групп достоверно не изменилась, хотя и отмечалась тенденция к его улучшению. Динамика клинических проявлений ХВЛ у больных, получавших Хондроксид, представлена в таблице 5.

Сравнение динамики выраженности клинических проявлений ХВЛ у пациентов, получавших разные препараты, представлено на рисунке 4.

По результатам проведенных нами психодиагностических исследований в течение

Таблица 3. Динамика болевого синдрома в покое у больных ХВЛ, получавших Хондроксид

Визиты	Значение болевого синдрома по ВАШ (в мм)	W критерий Вилкоксона	Уровень «p»
1 (1-й день)	46,66±12,0		
2 (4–10-й день)	41,67±11,77		
3 (1 месяц лечения)	38,0±12,98	2,5	p ₁₋₃ <0,001
4 (3 месяца лечения)	34,65±12,74		
5 (6 месяцев лечения)	31,55±13,20	38,5	p ₃₋₅ <0,01
6 (1 месяц наблюдения)	32,38±12,29		
7 (3 месяца наблюдения)	31,55±12,68	10,5	p ₅₋₇ >0,1

Таблица 4. Динамика подвижности позвоночника в пояснично-крестцовом отделе у больных ХВЛ, получавших Хондроксид

Визиты	Результаты пробы Шобера (в см)	W	P	Результаты пробы Томайера (в см)	W	P
1 (1-й день)	2,17±1,05			25,06±10,70		
2 (4–10-й день)	2,73±1,11			22,57±10,22		
3 (1 месяц лечения)	3,46±1,43	11	p ₁₋₃ <0,001	18,37±8,86	7,5	p ₁₋₃ <0,001
4 (3 месяца лечения)	34,6±14,21			14,93±6,58		
5 (6 месяцев лечения)	4,07±1,39	27	p ₃₋₅ <0,001	13,68±7,13	40,5	p ₃₋₅ <0,001
6 (1 месяц наблюдения)	4,2±1,4			13,58±6,75		
7 (3 месяца наблюдения)	4,3±1,47	27,5	p ₅₋₇ >0,05	13,44±6,71	39	p ₅₋₇ >0,05

Таблица 5. Динамика состояния больных ХВЛ, получавших Хондроксид

Визиты	Выраженность клинических проявлений (по ВАШ в мм)	W критерий Вилкоксона	Уровень «p»
1 (1-й день)	51,5±13,46		
2 (4–10-й день)	46,33±14,97		
3 (1 месяц лечения)	34,83±12,90	0	p ₁₋₃ <0,001
4 (3 месяца лечения)	31,38±12,17		
5 (6 месяцев лечения)	28,79±13,21	26	p ₃₋₅ >0,1
6 (1 месяц наблюдения)	28,45±13,30		
7 (3 месяца наблюдения)	27,93±12,71	17	p ₅₋₇ >0,1

Таблица 6. Динамика качества жизни больных ХВЛ, получавших Хондроксид

Визиты	Уровень качества жизни по данным Остерверовского опросника (в баллах)	W критерий Вилкоксона	Уровень «p»
1 (1-й день)	20,1±7,45		
3 (1 месяц лечения)	19,07±7,9	115	p ₁₋₃ >0,1
4 (3 месяца лечения)	15,79±8,10	45	p ₁₋₄ <0,001
5 (6 месяцев лечения)	14,79±7,67	45	p ₁₋₅ <0,001
6 (1 месяц наблюдения)	13,51±5,81		
7 (3 месяца наблюдения)	13,21±6,46	74,5	p<0,05

всего периода наблюдения не было выявлено статистически значимой динамики психоэмоционального состояния у пациентов обеих групп.

При анализе изменений показателей Остерверовского опросника у пациентов с ХВЛ в процессе проводимого 9-месячного наблюдения отмечалась общая тенденция к их

снижению в обеих группах исследования, что косвенно свидетельствует об улучшении возможностей самообслуживания, передвижения и качества жизни в целом у больных с данной хронической вертеброгенной патологией. Динамика качества жизни больных ХВЛ, получавших в процессе исследования препарат

Хондроксид, представлена в таблице 6.

Как видно из таблицы, достоверное снижение суммарного показателя (отражающего улучшение качества жизни) отмечалось у пациентов, получавших Хондроксид, только на 3-м месяце лечения. Интересно, что тенденция к улуч-

шению качества жизни, по данным опросника, достоверно сохранялась и после завершения приема препарата в течение трех месяцев наблюдения.

У пациентов контрольной группы качество жизни достоверно улучшилось через 3 месяца лечения, но достоверной положительной динамики после прекращения приема препарата не наблюдалось.

Сравнение динамики качества жизни у пациентов с ХВЛ, получавших Хондроксид, и в контрольной группе представлено на рисунке 5.

Исследование позвоночника с помощью метода компьютерной оптической топографии (КОТ) показало, что у 15 пациентов (50%) в группе, получавшей Хондроксид, и у 21 пациента (70%) в контрольной группе больных исходно было отмечено нарушение положения тазового пояса во фронтальной плоскости в виде перекоса таза в сторону пораженной конечности различной степени выраженности. У 15 и 9 пациентов, соответственно, перекоса таза не наблюдалось.

Динамика положения таза в пространстве в ходе лечения препаратами обеих групп зависела от имеющихся исходно топографических нарушений и представлена в таблице 7.

К концу 1-го месяца терапии было отмечено достоверное уменьшение числа пациентов с выраженным перекосом таза: в 4,5 раза среди пациентов, получавших Хондроксид, и в 2 раза – в контрольной группе. Достигнутый уровень сохранялся в группе Хондроксида на всех последующих этапах наблюдения, а у пациентов в контрольной группе через 6 месяцев терапии была отмечена тенденция к повторному незначительному увеличению числа лиц с выраженным перекосом таза. В обеих группах больных наблюдалось увеличение числа пациентов с умеренно выраженным перекосом таза за счет притока больных с выраженными нарушениями. Динамика числа пациентов с разной выраженностью перекоса таза в процессе лечения представлена на рисунке 6.

Динамика величины перекоса таза у пациентов, принимавших разные препараты, представлена в таблице 8.

Как видно из таблицы, у пациентов обеих групп в процессе лечения наблюдалось уменьшение перекоса таза, причем у больных, получавших Хондроксид, это уменьшение было более заметным и происходило

Динамика качества жизни по Остерверковскому опроснику

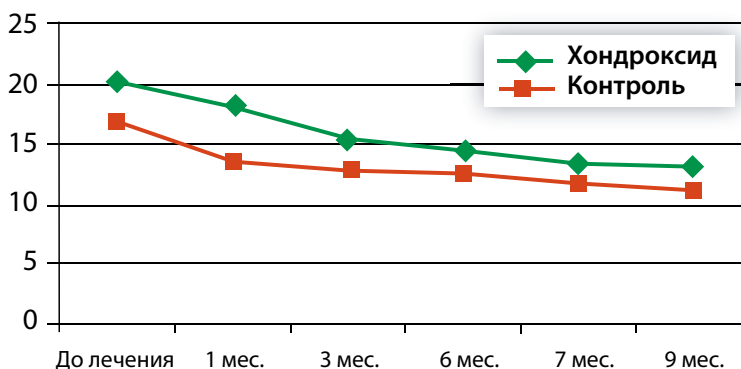


Рисунок 5. Динамика качества жизни у пациентов с ХВЛ, получавших разные препараты

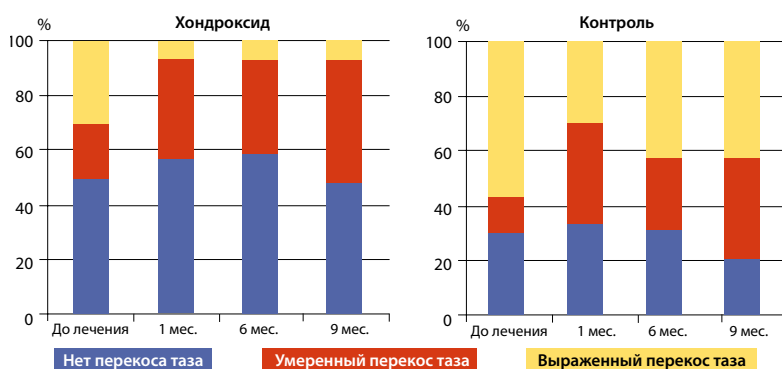
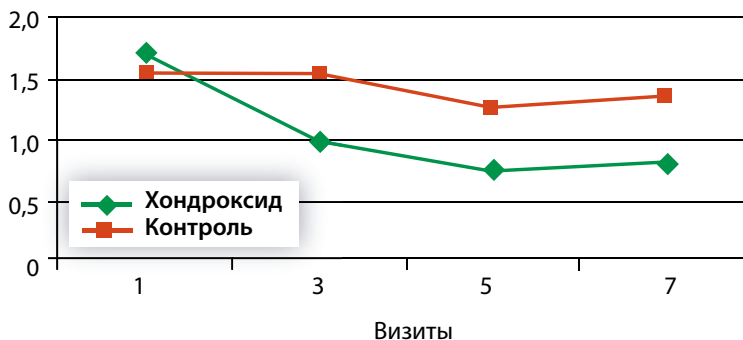
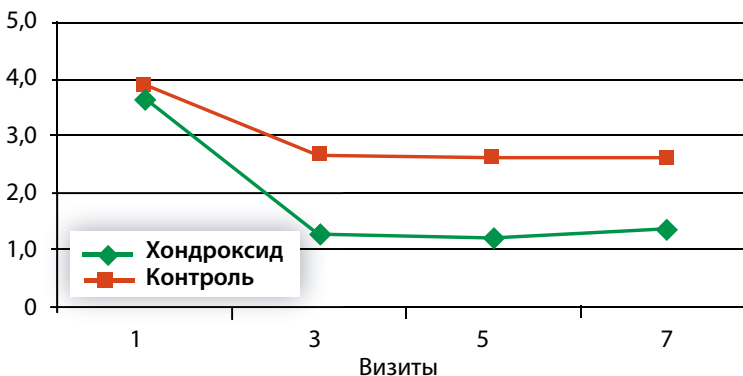


Рисунок 6. Динамика числа пациентов с разной выраженностью перекоса таза в процессе лечения Хондроксидом и в контроле

Динамика исходно умеренного перекоса таза



Динамика исходно выраженного перекоса таза



Рисунки 7 и 8. Динамика перекоса таза у пациентов с изначально разной степенью деформации позвоночника

Таблица 7. Динамика числа пациентов с разной выраженностью перекоса таза

Препарат	Визиты	Количество пациентов с разным перекосом таза		
		нет перекоса	умеренный	выраженный
Хондроксид	1	15	6	9
	3	17	11	2
	5	17**	10	2
	7	14**	13	2
Структум	1	9	4	17
	3	10	11	9*
	5	8	7	11
	7	5	10	11

* $p_{1-3} < 0,05$ – различия между визитами 1 и 3, ** $p < 0,05$ – различия между основной и контрольной группами.

Таблица 8. Динамика величины перекоса таза (в градусах) у пациентов с исходно умеренным и выраженным перекосом таза

Препарат	Визиты	Значение перекоса таза (в град.)	
		при исходно умеренном перекосе таза	при исходно выраженном перекосе таза
Хондроксид	1	1,7±0,25	3,67±1,8
	3	1,0±0,67*	1,27±0,92*
	5	0,74±0,46*	1,21±1,13*
	7	0,80±0,53	1,36±1,93
Структум	1	1,53±0,38	3,9±1,62
	3	1,55±1,0	2,64±0,62**
	5	1,25±0,62	2,63±1,67
	7	1,35±0,96	2,62±1,92

* $p_{1-3, 1-5} < 0,05$, ** $p_{1-3} < 0,01$.

Таблица 9. Динамика числа пациентов с разной выраженностью изменения положения ЦД в сагиттальной плоскости

Препарат	Визит	Изменение положения ЦД в сагиттальной плоскости			
		норма	умеренное смещение вперед	выраженное смещение вперед	выраженное смещение назад
Хондроксид	1	9	9	10	2
	3	11	12	6	1
	5	16	8	4	1
	7	19	7	3	0
Структум	1	6	11	13	0
	3	4	12	14	0
	5	7	6	13	0
	7	7	6	13	0

раньше, чем у пациентов контрольной группы. Динамика перекоса таза у пациентов с изначально разной степенью деформации представлена на рисунках 7 и 8.

По данным стабиллографии наиболее показательным с точки зрения оценки эффективности лечения был динамический анализ положения центра давления (ЦД) в сагиттальной плоскости (ось У).

Баланс вертикальной стойки в сагиттальной плоскости был нарушен у подавляющего большинства больных ХВЛ: у 21 пациента, получавшего Хондроксид, и у 24 пациентов, получавших Структум. Изменение баланса вертикальной стойки выражалось в умеренном смещении ЦД вперед (субкомпенсация), а также выраженном смещении ЦД вперед или назад (декомпенсация, или

так называемое «приостановленное падение тела») (табл. 9).

В группе пациентов, принимавших Хондроксид (в отличие от больных контрольной группы), на всех этапах исследования было отмечено достоверное увеличение числа больных с нормальным балансом тела в сагиттальной плоскости и достоверное уменьшение числа лиц с декомпенсированным

Таблица 10. Динамика величины периода одиночной опоры в процессе исследования у пациентов, принимавших разные препараты

Препарат	Визит	Величина периода одиночной опоры (%)
Хондроксид	1	7,84±4,25
	3	5,01±3,83*
	5	2,42±2,26*
	7	2,16±1,93*
Структум	1	7,99±4,22
	3	5,58±3,67**
	5	3,95±2,54**
	7	2,58±1,05**

* $p_{1-3, 1-5, 1-7} < 0,01$, ** $p_{1-3, 1-5, 1-7} < 0,01$.

Таблица 11. Результаты оценки эффективности терапии пациентов, получавших Хондроксид®

Хондроксид®	Число	%
Без изменений или отсутствие эффекта	1	3,4%
Незначительное улучшение	6	20,8%
Значительное улучшение	22	75,8%
Выраженное улучшение	–	–

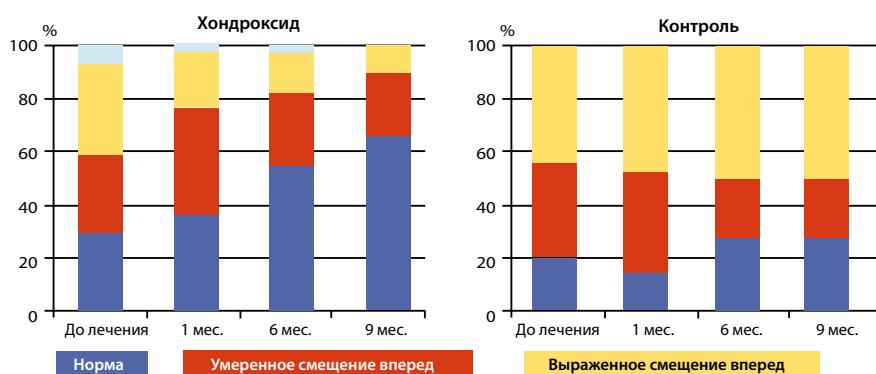


Рисунок 9. Динамика числа пациентов с разной выраженностью изменения положения ЦД в сагиттальной плоскости

положением ЦД. Динамика числа пациентов с разной выраженностью изменения положения ЦД в сагиттальной плоскости наглядно представлена на рисунке 9.

При подографическом анализе походки у больных с ХВЛ была выявлена закономерность в изменении показателя относительной продолжительности периода одиночной опоры (табл. 10).

Как видно из таблицы, в обеих группах пациентов было отмечено достоверное уменьшение асимметрии периода одиночной опоры на всех этапах исследования, достигавшее максимального эффекта к концу 9 месяца, что отражает улучшение опороспособности пациентов с ВХЛ при завершении периода наблюдения. Динамика величины периода одиночной опоры в процессе исследования представлена на рисунке 10.

Суммарная оценка эффективности реабилитации больных с хронической вертеброгенной люмбоишалгией с использованием препаратов хондроитин сульфата проводилась с учетом субъективных данных (уровень боли, качество жизни, уровень тревоги и депрессии и т.д.), результатов клинических и биомеханических методов исследования. Результаты анализа эффективности терапии с использованием хондроксиды представлены в таблице 11.

Результаты лечения пациентов с ХВЛ при использовании «Хондроксид»

Динамика асимметрии периода одиночной опоры

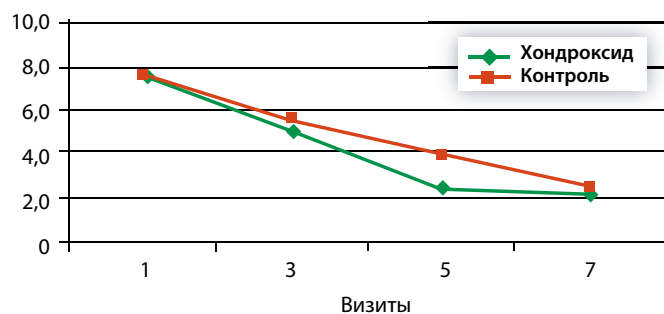


Рисунок 10. Динамика величины периода одиночной опоры в процессе лечения и наблюдения больных ХВЛ

Оценка общего состояния больных хронической люмбоишалгией через 3 месяца после окончания приема препарата

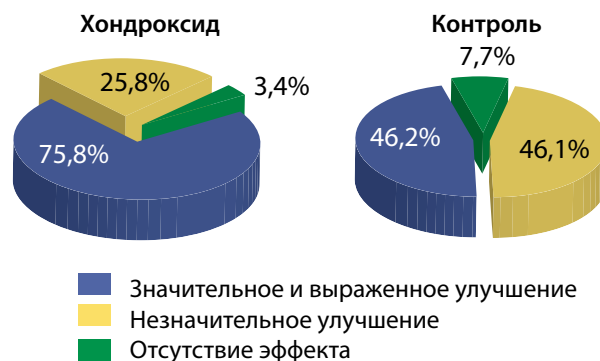


Рисунок 11. Результаты лечения пациентов с вертеброгенной хронической люмбоишалгией

сида» и в контрольной группе продемонстрированы на рисунке 11. Как видим, хорошие результаты терапии (значительное и выраженное улучшение) у пациентов, принимавших Хондроксид были зафиксированы более чем в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе.

Аллергических реакций и других нежелательных явлений у пациентов, принимавших Хондрок-

сид, за время исследования не отмечено.

Выводы

Хондроксид в дозе 1 г в сутки при длительном применении обладает высокой эффективностью и в 100% случаев хорошей переносимостью у пациентов с хронической вертеброгенной люмбоишалгией.

Хондроксид в дозе 1 г в сутки

достоверно уменьшает болевой синдром и улучшает функциональное состояние позвоночника уже на 2-й неделе приема препарата.

На фоне 6-месячного приема препарата Хондроксид и в течение 3 месяцев после завершения курса терапии у пациентов с хронической вертеброгенной люмбоишалгией улучшается двигательная активность и качество жизни в целом.

Список литературы

1. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице // *Consilium medicum*. – 2002. – Т. 2. – №2. – С. 96–102.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Антидор, 2002. – 736 с.
3. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине). // *Боль*. – 2005. – №4. – С. 26–30.
4. Вейн А.М. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: Медпресс, 2006. – 372 с.
5. Веселовский В.П., Попелянский А.Я., Саховский П.И., Хабриев Р.У. Реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы: учеб. пособие для врачей-курсантов. – Л.: Казан. ИУВЛ, 1982. – 48 с.
6. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // *Consilium medicum*. – 2004. – Т. 6. – №8.
7. Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение // *Русский медицинский журнал*. – 2003. – Т. 11. – №25. – С. 1395–1401.
8. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н., Алексеев В.В. и др. Хронические болевые синдромы пояснично-крестцовой локализации: значение структурных скелетно-мышечных расстройств и психологических факторов // *Боль*. – 2003. – №1. – С. 34–38.
9. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: *Болезни нервной системы. Руководство для врачей*. Под редакцией Н.Н. Яхно. – М., 2005. – Том 2. – С. 306–331.
10. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. *Болезни нервной системы*. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.: Медицина, 2001. – С. 293–316.
11. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – С. 205–224.
12. Шостак Н.А., Аксенова А.В., Правдюк Н.Г., и др. Боли в нижней части спины при остеохондрозе позвоночника: опыт применения хондропротективного препарата. «Терапевтический архив». – 2003. – №8. – С. 67–69.
13. Шостак Н.А. Современные подходы к терапии боли в нижней части спины. «*Consilium medicum*». – 2003. – Т. 5. – №8. – С. 457–461.
14. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. – Amsterdam: Elsevier, 2002.
15. Papadimitriou G.M. The management of osteoarthritis. Landing on the ground of reality // *Rheumatology*. – 2005. – Vol. 44. – №1. – P. 130–131.
16. Shen F.H., Samartzis D., Andersson G.B. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain // *J. Am Acad Orthop Surg*. – 2006. – Vol. 8. – P. 477–487.

Бой за ВЫГОДЫ



В жизни нам часто приходится сражаться, и самое важное в этом деле – опираться на знания и силу духа.

Карл фон Клаузевиц говорил: «Бой – это измерение духовных и физических сил враждующих сторон путем непосредственного столкновения».

Конечно, лучше никогда не воевать и все время пытаться достичь сотрудничества путем реализации жизненной модели «Выиграл – Выиграл».

Но... часто нам приходится вступать в борьбу за выгоду во время столкновения интересов, и тогда знания и сила духа имеют решающее значение.

Конечно, важны и прочие ресурсы: деньги, время, связи, законные преимущества.

И все же решающий фактор – наша воля к победе и внутреннее ощущение правоты.

Физическая сила в настоящий момент развития общества значительно уступает моральной силе, я бы поставил 10:1 в пользу моральной силы.

Давайте попробуем рассмотреть эмпирическую классификацию мо-

делей поведения людей при столкновении интересов, иными словами, разобраться, как ведут себя люди в бою и что с этим делать.

Судите сами, в столкновении люди ведут себя по-разному: кто-то смело и уверенно, а кто-то робко, некоторые соблюдают правила и ведут себя корректно, а другие сразу переходят на личности, бьют ниже пояса, употребляют нецензурную лексику.

Нельзя путать корректность с уступчивостью. Корректность – это обходительная конкуренция,

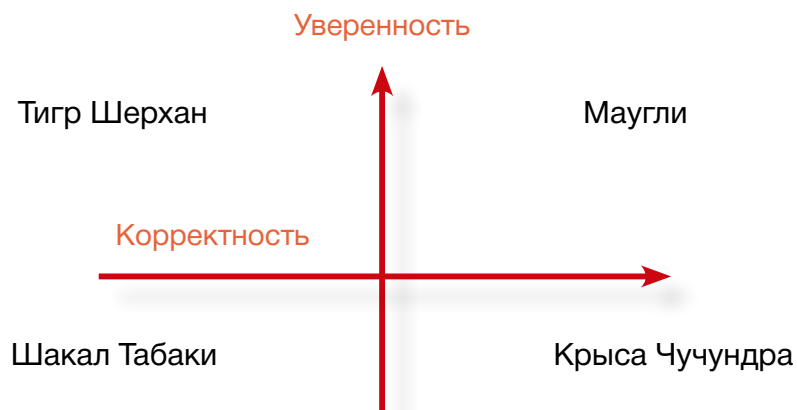
уважительное отношение к другим людям, отказ от запрещенных приемов.

Итак, у нас образовались два вектора, по которым можно классифицировать «бойцов».

Визуализируем эти векторы ниже.

Воспользуемся прекрасными образами Р. Киплинга для лучшего осознания этой классификации.

Знание данной матрицы дает возможность выбрать осознанную стратегию в момент столкновения и боя за выгоды.



Итак, **модель «Шакал Табаки».**

Это люди неуверенные и некорректные, как правило, они выбирают агрессивные нападки на тех, кто слабее. Такие люди легко переходят на личности, часто не чувствуют грани между ТЫ и ВЫ. Часто они пытаются демонстрировать всему миру, что весьма уверенные, и самоуверждаться, проявляя агрессию. Но за этим внешне агрессивным поведением скрывается психологическая неуверенность. Вспомним, как вел себя Табаки: он всегда ходил следом за тигром, любил сплетни и интриги, его интересовали объедки с царского стола. Однако расслабляться нельзя, прообразы Табаки способны нагнать и воровать куски добычи прямо из-под носа своих благодетелей.

Столкнувшись с таким персонажем, важно сразу показать, что вы сильнее его, намного сильнее.

Показать силу можно пристальным взглядом в глаза и выдерживая паузу. Также провокатора останавливает прямая и уверенная речь, основанная на фактах.

Есть соблазн ответить хамством на хамство, но это неправильный путь, так вы сами ничем не будете отличаться от Табаки.

Это как в известной шутке:

Никогда не спорь с дураком! Сначала он тебя опустит до своего уровня, а там задавит опытом!

Также уместна цитата В. Черчилля: «Вы никогда не дойдете до места назначения, если будете кидать камни в каждую лающую собаку».

Часто люди пытаются перевоспитать хамов-парковщиков или невежливых официантов. Как правило, это ничего не дает, кроме испорченного настроения, пусть ими занимается их руководство, нужно помнить о своей цели, интересах.

Часто такие Табаки упиваются своей властью, цинично отказывают торговым представителям, хамят людям, которые от них зависят. С ними лучше не вести переговоры, а работать сразу с их начальниками.



Итак, резюмируем советы, что делать в момент боя с Табаки:

- продемонстрировать силу;
- контролировать эмоции;
- выйти на начальника;
- не загонять его в угол и не пытаться воспитывать.

Модель «Чучундра»

«В потемках он наткнулся на мускусную крысу Чучундру, которая кралась поближе к стене. У Чучундры разбитое сердце. Она хнычет и ноет всю ночь и все хочет набраться храбрости, чтобы выбежать на середину комнаты. Но храбрости у нее никогда не хватает».



Есть правило – со слабым не торгуются, ему диктуют условия

Это корректные, но неуверенные в себе люди. Как в известной песне из кинофильма «Не бойся, я с тобой»:

Но он противник – лучше не бывает.

Ты упадешь – а он не добивает
Ударишь в спину – и не ждешь ответ

Интеллекту от себя спасенья нет!

Это самая неудачная модель поведения во время боя за выгоды. Как говорится, художника может обидеть каждый.

Часто мы становимся Чучундрами, когда продаем товар, в который не верим. Клиент чувствует нашу робость и не верит в преимущества товара. Поэтому есть очень важное правило: «Вначале продай самому себе».

Очень часто Чучундры меняют свои первоначальные позиции, чтобы угодить другим. Вот одна из моих любимых притч:

Как-то раз отец со своим сыном и осликом в полуденную жару путешествовал по пыльным улицам города. Отец сидел верхом на осле, которого сын вел за уздечку.

– Бедный мальчик, – сказал прохожий, – его маленькие ножки едва поспевают за осликом. Как ты можешь лениво восседать на осле, когда видишь, что мальчишка совсем выбился из сил?

Отец принял его слова близко к сердцу. Когда они завернули за угол, он слез с осла и велел сыну сесть на него.

Очень скоро повстречался им другой человек. Громким голосом он сказал:

– Как не стыдно! Малый сидит верхом на ослике, как султан, а его бедный старый отец бежит следом.

Мальчик очень огорчился от этих слов и попросил отца сесть на ослика позади него.

– Люди добрые, видели вы где-либо подобное? – заголосила жен-

щина под чадрой. – Так мучить животное! У бедного ослика уже провис хребет, а старый и молодой бездельники восседают на нем, будто он диван! О, несчастное существо!

Не говоря ни слова, отец и сын, посрамленные, слезли с осла. Едва они сделали несколько шагов, как встретившийся им человек стал насмехаться над ними:

– Чего это ваш осел ничего не делает, не приносит никакой пользы и даже не везет кого-нибудь из вас на себе?

Отец сунул ослику полную пригоршню соломы и положил руку на плечо сына.

– Что бы мы ни делали, – сказал он, – обязательно найдется кто-то, кто с нами будет не согласен. Я думаю, мы сами должны решать, как нам путешествовать.

Есть правило – со слабым не торгуются, ему диктуют условия.

Итак, какие знания про Чучундру помогают нам в бою:

- не стоит забирать у нее все! Если она вам пообещала все в момент боя, дальше она просто убежит и спрячется;
- всегда побеждайте внутреннюю Чучундру, продайте себе свое же предложение;
- не вступайте в бой без подготовки, наберитесь сил.

Модель «Шерхан»

Могучий и одновременно ущербный хищник! Одиночка, пытающийся поставить себя выше Закона Джунглей.

Прообразом его послужил бенгальский подвид тигра, чрезвычайно распространенный в Индии.

Это действительно популярная модель поведения. Шерхан – это человек уверенный, но некорректный. Во главе угла у таких людей всегда стоят личные интересы.

Нужно отметить, что эта модель может быть весьма эффективной, и таким людям действительно часто удается побеждать, отжимая свои выгоды.

Но Шерхан приносит успех только в краткосрочном периоде.



Но Шерхан приносит успех только в краткосрочном периоде

Важно в бою за выгоды с таким оппонентом понять, сильнее вы или нет. Важна трезвая оценка, иначе можно принять бой и проиграть.

Вспомним бой за выгоды между Шерханом и Ракшей-сатаной, которая спасла Маугли.

- Отдайте мою добычу.
- Человеческий детеныш – наш.
- Ты что, не понимаешь, это говору я – Шерхан.
- А это – я, Ракша-сатана, говору! Детеныш мой, и только мой! А теперь уходи вон, пока цел!

Ракша собрала в кулак всю силу духа и дала эмоциональный бой Шерхану, и Шерхан был вынужден отступить.

– Посмотрим, что скажет стая на Скале Совета.

– Что еще скажут джунгли?

Также важно понимать, что Шерханы часто нарушают правила и законы там, где им выгодно, или, наоборот, прикрываются законной властью.

– В волчьей стае появился человеческий детеныш! Маугли появился. Человек.

– Ну и что?

– Как что? Позор джунглям!

Итак, как взаимодействовать с Шерханом:

- если вы сильнее, можно принять бой и победить, тогда Шерхан будет вас опасаться,





если вы прогибаетесь, он будет давить дальше;

- дезориентировать противника, на жесткость не реагировать, шутить;
- временно поддаться и контратаковать в решающий момент.

Например, вы соглашаетесь на все условия человека и до поры до времени уступаете, человек продолжает нагнетать и затягивать вас в омут, вы упираетесь в дно, находите свой рычаг силы и фокусируете на нем всю энергию, возвращая себе выгодные условия.

К примеру, поставщик, которого «отжимают», может занимать все большую долю в аптечной сети, а в тот момент, когда его уже будет больно терять, заявить, что существующая модель взаимодействия не выгодна, и он либо уходит, либо условия пересматриваются.

Наглый арендодатель может постоянно повышать цены и выкручивать руки, а в тот момент, когда этот объект будет тяжело сдать арендатору, клиент заявляет, что не вытягивает эти условия и требует пересмотра – либо он

уходит... и арендодатель потеряет прибыль.

Главное с Шарханом – проявлять твердость позиции и мягкость подачи, у гневного человека часто открыт рот и закрыты глаза, а это путь к поражению.

Модель «Маугли»

На практике лучших результатов достигают люди, которые забо-



тятся о других и о себе. Соблюдать правила, знать свой интерес, заботиться об интересах других. Для этого важно развивать в себе навык эмпатического слушания, проникать в самую суть фраз и жестов других людей.

«Мы с тобой одной крови, ты и я!» – вот главное жизненное кредо Маугли.

Маугли высказывается конкретно и по делу.

– *Так это и есть Маугли? Ты очень похож на бандерлогов.*

– *Я волк! Я волк свободного племени! Моя добыча – будет твоей добычей.*

– *Храброе сердце и учтивая речь.*

С такими людьми приятно иметь дело, не стоит юлить и манипулировать, чем больше таких людей будет вокруг вас, тем проще и успешнее будет ваш путь.

Надеюсь, вам пригодится данная классификация в жизни и работе. Отстаивайте свои интересы!

Юрий ЧЕРТКОВ,

бизнес-тренер, директор компании «Агентство Медицинского Маркетинга»

amm.net.ua



20 лет первой линии терапии эректильной дисфункции

– В чем разница между вашим первым медовым месяцем и вторым? – Первый – Ниагара; второй – Виагра.

Е.А. Ефремов^{1,2} – д.м.н., профессор, зав. отделом андрологии и репродукции человека, профессор кафедры урологии, андрологии и онкоурологии

Е.В. Касатонova¹ – научный сотрудник

¹ НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, г. Москва

² ДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва

Открытие молекулы силденафила является поворотным моментом в эпоху современных лекарств. Этот препарат изменил образ жизни миллионов людей. Появление «маленькой синей таблетки» благодаря своей эффективности ставится в один ряд с изобретением инсулина и антибиотиков.

В марте 1998 г. таблетированный препарат силденафила (Виагра) был разрешен к применению для лечения эректильной дисфункции (ЭД) в США [1]. Оглушительный успех привел к разработке нескольких других иФДЭ-5, однако Виагра сохраняет абсолютное лидерство на протяжении вот уже 20 лет. Являясь самым изученным средством при ЭД, препарат подтвердил свой профиль безопасности и эффективности у мужчин с патологией сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и иными сопутствующими заболеваниями [2]. Как и в случае со многими революци-

онными продуктами-первопроходцами, Виагра стала нарицательным именем всей немногочисленной группы иФДЭ-5. Тем не менее популярность препарата порождает много мифов. Рассмотрим некоторые из них.

Привыкание

Механизм действия силденафила и группы иФДЭ-5 является периферийным, а не центральным, и нет никаких достоверных свидетельств, что мужчины развивают физическую зависимость к данному препарату. Возможно, что за толерантность принимается прогрессирующее органическое заболевание, ответственной за ЭД. В долгосрочном исследовании (более 4 лет) у всех 584 включенных пациентов не выявлено снижения эффективности эректогенного эффекта Виагры с течением времени [3].

Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства ВИАГРА®

УТВЕРЖДЕНА

Приказом Председателя
Комитета фармации
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
№ 014755, № 014756 от 2 мая 2018 г.

Торговое название

Виагра®

Международное непатентованное название

Силденафил

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 50 мг, 100 мг

Состав

Одна таблетка содержит

активное вещество - силденафила цитрат 70,225 мг и 140,450 мг (эквивалентно силденафилу 50 мг и 100 мг),

вспомогательные вещества: целлюлоза микрокристаллическая, кальция гидрофосфат безводный, натрия кроскармеллоза, магния стеарат,

Состав оболочки: опадрай голубой OY-LS-20921(гипромеллоза, лактоза, триацетин, титана диоксид (E 171) и индигокармин алюминиевый лак (E132)), опадрай прозрачный YS-2-19114 А (гипромеллоза и триацетин)

Описание

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, голубого цвета двояковыпуклые, в виде закругленного ромба с маркировкой «Pfizer» на одной и «VGR 50» (для дозировки 50 мг) или «VGR 100» (для дозировки 100 мг), на другой стороне.

Фармакотерапевтическая группа

Препараты для лечения урологических заболеваний. Другие препараты для лечения урологических заболеваний, включая спазмолитики. Препараты для лечения нарушений эрекции. Силденафил.

Код АТХ G04BE03

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Всасывание

После приема внутрь силденафил быстро всасывается

после перорального приема натощак.

При приеме силденафила с пищей скорость всасывания снижается со средней задержкой времени достижения максимальных концентраций в плазме крови (t_{max}) 60 минут и средним уменьшением значения С_{max} на 29 %.

Распределение

Средний равновесный объем распределения (V_d) для силденафила составляет 105 л, что свидетельствует о его распределении в тканях организма.

После перорального приема силденафила в разовой дозе 100 мг средняя максимальная общая концентрация силденафила в плазме крови составляет приблизительно 440 нг/мл (с коэффициентом вариации 40 %). Связыва-

ние с белками не зависит от общих концентраций препарата.

Метаболизм

Исследования *in vitro*

Метаболизм силденафила осуществляется преимущественно при участии микросомальных изоферментов печени CYP3A4 (основной путь) и CYP2C9 (второстепенный путь) цитохрома P450.

Выведение

После перорального приема силденафил выводится в виде метаболитов в основном с фекалиями (около 80 % принятой пероральной дозы) и в меньшей степени с мочой (около 13 % пероральной дозы).

Фармакокинетика у особых групп пациентов

Пациенты пожилого возраста

У здоровых добровольцев пожилого возраста (в возрасте 65 лет или старше) отмечалось снижение клиренса силденафила, обуславливая повышение концентраций в плазме силденафила и его активного N-деметилированного метаболита приблизительно на 90 % по сравнению с таковыми у здоровых добровольцев младшего возраста (18-45 лет). В связи с возрастными различиями в связывании белков плазмы крови, соответствующее увеличение концентрации свободного силденафила в плазме крови составляет приблизительно 40 %.

Пациенты с нарушением функции почек

У пациентов с легкой или умеренной степенью нарушения функции почек (клиренс креатинина 30-80 мл/мин) фармакокинетика силденафила после однократного перорального приема в дозе 50 мг не изменяется. У пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек (клиренс креатинина < 30 мл/мин) клиренс силденафила снижался, что приводило к средним повышениям показателей AUC и C_{max}, соответственно на 100 % и 88 % по сравнению с пациентами аналогичного возраста без нарушений функции почек.

Пациенты с нарушением функции печени

У пациентов с циррозом печени легкой и умеренной степени тяжести (стадии А и В по классификации Чайлд-Пью) клиренс силденафила был сниженным

Фармакодинамика

Механизм действия

Виагра® восстанавливает нарушенную эректильную функцию путем увеличения притока крови к пенису.

Физиологический механизм эрекции пениса включает высвобождение оксида азота (NO) в пещеристых телах при сексуальной стимуляции. Оксид азота активизирует фермент гуанилатциклазу, что приводит к повышению уровней циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), последующему расслаблению гладкой мускулатуры в пещеристых телах и увеличению притока крови.

Силденафил является сильным и селективным ингибитором цГМФ-специфической фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), которая отвечает за распад цГМФ в пещеристых телах. Силденафил оказывает периферическое действие на эрекцию. Силденафил не оказывает прямого расслабляющего действия на изолированное пещеристое тело человека, но значительно усиливает расслабляющий эффект NO на эту ткань. При активации метаболического пути

NO/цГМФ, как это происходит во время сексуальной стимуляции, ингибирование ФДЭ-5 силденафилом приводит к повышению уровня цГМФ в пещеристых телах. Поэтому для оказания силденафилом желаемого продуктивного фармакологического действия необходима сексуальная стимуляция.

Фармакодинамические эффекты

Исследования in vitro

Силденафил селективно действует на ФДЭ-5, которая участвует в регуляции процесса эрекции. Действие Виагры® на ФДЭ-5 сильнее, чем на другие известные фосфодиэстеразы в 10 раз сильнее, чем эффект на ФДЭ-6. При применении в максимальных рекомендованных дозах селективность силденафила к ФДЭ-5 в 80 раз превышает его селективность к ФДЭ-1, более чем в 700 раз - селективность к ФДЭ-2, ФДЭ-3, ФДЭ-4, ФДЭ-7, ФДЭ-8, ФДЭ-9, ФДЭ-10 и ФДЭ-11. В частности, селективность силденафила к ФДЭ-5 в 4000 раз превышает его селективность к ФДЭ-3 - цАМФ-специфической изоформе фосфодиэстеразы, принимающей участие в регуляции сердечных сокращений.

Показания к применению

- эректильная дисфункция, характеризующаяся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта.

Виагра® эффективна только при сексуальной стимуляции.

Способ применения и дозы

Для перорального применения.

Виагру® можно принимать с пищей или без. Тем не менее, для начала действия Виагры® может понадобиться больше времени в случае приема с пищей.

Режим дозирования

Применение у взрослых

Рекомендуемая доза Виагры® составляет 50 мг внутрь примерно за 1 час до полового акта. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг. Максимальная рекомендуемая доза составляет 100 мг.

Проглатывать таблетку необходимо целиком, запивая стаканом воды.

Максимальная рекомендуемая частота приема - 1 раз в сутки.

Особые группы пациентов

Пациенты пожилого возраста

У пациентов пожилого возраста (≥ 65 лет) коррекция дозы не требуется.

Пациенты с нарушением функции почек

При легкой и умеренной степени нарушения функции почек (клиренс креатинина 30-80 мл/мин) коррекция дозы не требуется. В связи со снижением клиренса силденафила у пациентов с тяжелым нарушением функции почек (клиренс креатинина < 30 мл/мин), следует рассмотреть возможность применения Виагры® в дозе 25 мг. Исходя из эффективности и переносимости препарата при необходимости, его дозу можно увеличивать поэтапно до 50 мг и до 100 мг.

Пациенты с нарушением функции печени

В связи с тем, что клиренс силденафила понижен у пациентов с нарушением функции печени (например, циррозом), следует рас-

смотреть возможность применения препарата в дозе 25 мг. Исходя из эффективности и переносимости препарата при необходимости, его дозу можно увеличивать поэтапно до 50 мг и до 100 мг.

Пациенты детского и подросткового возраста

Силденафил не показан для применения у детей (< 18 лет).

Применение у пациентов, принимающих другие лекарственные средства

За исключением ритонавира, который не рекомендуется принимать одновременно с силденафилом, следует рассмотреть возможность применения препарата в начальной дозе 25 мг у пациентов, получающих сопутствующую терапию ингибиторами СYP3A4.

С целью снижения риска развития постуральной артериальной гипотензии у пациентов, проходящих лечение альфа-адреноблокаторами, следует стабилизировать состояние пациентов, получающих альфа-адреноблокаторы, прежде чем начинать лечение силденафилом. Кроме того, следует рассмотреть возможность применения силденафила, начиная с дозы 25 мг.

Побочные действия

Самыми частыми нежелательными реакциями являются головная боль, гиперемия, диспепсия, заложенность носа, головокружение, тошнота, приливы, нарушение зрения, цианопсия и нечеткое зрение.

Противопоказания

- повышенная чувствительность к активному веществу или к любому из вспомогательных веществ
- одновременный прием препаратов, являющихся донаторами оксида азота (амилнитрит) или нитратов в любой форме
- одновременный прием со стимуляторами гуанилатциклазы (риоцигуат)
- тяжелая печеночная недостаточность
- наследственные дегенеративные заболевания сетчатки глаза (например, наследственный пигментный ретинит (у небольшого числа этих пациентов имеются наследственные нарушения функций фосфодиэстераз сетчатки))
- потеря зрения на один глаз вследствие передней неартеритной ишемической нейропатии зрительного нерва, вне зависимости от того, был ли этот эпизод связан с предшествующим применением ингибитора ФДЭ-5 или нет
- артериальная гипотензия (АД < 90/50 мм рт. ст.)
- тяжелые сердечно-сосудистые заболевания (например, тяжелая сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия)
- перенесенный в последние 6 месяцев инфаркт миокарда
- перенесенный в последние 6 месяцев инсульт
- мужчинам с редкой наследственной непереносимостью галактозы, дефицитом лактазы Лаппа или синдромом мальабсорбции глюкозы и галактозы

По зарегистрированному показанию препарат не предназначен для применения у детей и подростков в возрасте до 18 лет и у женщин.

Лекарственные взаимодействия

При одновременном приеме силденафила с ингибиторами СYP3A4 (такими как кетоконазол, эритромицин и циметидин) наблюдается снижение клиренса силденафила. У данной группы пациентов не наблюдается повышенной частоты побочных действий, тем не менее, необходимо начать лечение препаратом Виагра® в начальной дозе 25 мг. Азитромицин (в дозе 500 мг в сутки в течение 3 дней) не влияет на показатели AUC, C_{max}, T_{max}, константу скорости элиминации или последующий период полувыведения силденафила или его основного циркулирующего метаболита.

Грейпфрутовый сок является слабым ингибитором СYP3A4-опосредованного метаболизма в стенке кишечника и может вызывать умеренное повышение уровня силденафила в плазме крови.

Однократный прием антацидного средства (магния гидроксида/алюминия гидроксида) не влияет на биодоступность силденафила.

Ингибиторы СYP2C9 (толбутамид, варфарин и фенитоин), ингибиторы СYP2D6 (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты), тиазидные и тиазидоподобные диуретики, петлевые и калийсберегающие диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), блокаторы кальциевых каналов, блокаторы бета-адренергических рецепторов и индукторы метаболической активности P450 (рифампицин, барбитураты) не влияют на фармакокинетику силденафила.

В соответствии с известным действием силденафила на сигнальный путь NO/цГМФ, силденафил способен к усилению гипотензивного эффекта нитратов, а именно к значительному снижению артериального давления. Поэтому его одновременное применение с донаторами оксида азота (амилнитрит) или нитратами в любой форме противопоказано.

Рекомендуется с осторожностью применять силденафил у пациентов, принимающих препарат группы альфа-адреноблокаторов, поскольку их одновременное употребление может привести к симптоматической артериальной гипотензии у некоторых чувствительных пациентов. Вероятнее всего это может наблюдаться в течение 4 часов после приема дозы силденафила. Для снижения риска развития постуральной артериальной гипотензии следует достигнуть состояния гемодинамической стабильности пациентов, получающих лечение альфа-адреноблокаторами, прежде чем начинать лечение силденафилом.

Особые указания

Перед началом лечения эректильной дисфункции лечащему врачу следует оценить сердечно-сосудистый статус своих пациентов, поскольку существует определенная степень риска сердечных осложнений, связанных с сексуальной активностью.

Влияние на зрение

Были случаи нарушения зрения в связи с приемом силденафила и других ингибиторов ФДЭ-5: В случае возникновения любых дефектов остроты зрения необходимо прекратить прием Виагры® и обратиться к врачу. Виагру® не следует применять у мужчин с редкой наследственной непереносимостью

галактозы, дефицитом лактазы Лаппа или синдромом мальабсорбции глюкозы и галактозы, вследствие содержания лактозы в оболочке препарата.

Передозировка

Прием повышенных доз препарата Виагра® (200 мг) не приводит к повышению эффективности препарата, а только к увеличению частоты нежелательных реакций (головная боль, гиперемия, головокружение, диспепсия, заложенность носа и нарушение зрительного восприятия).

В случае передозировки следует принять стандартные симптоматические меры.

Гемодиализ не ускоряет клиренс силденафила, так как силденафил активно связывается с белками плазмы крови и не выводится с мочой.

Форма выпуска и упаковка

По 1 или 4 таблетки в контурной ячейковой упаковке из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой.

По 1 контурной ячейковой упаковке вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в картонную пачку.

Условия хранения

Хранить при температуре не выше 30°C.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

5 лет.

Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек

По рецепту

Производитель и упаковщик

Фарева Амбуаз,

Зона Индустриалле -29 роуд дес Индастриес, 37530 Поце-сур-Циссе, Франция

Держатель Регистрационного удостоверения

Пфайзер Эйч Си Пи Корпорэйшн, Нью-Йорк, США

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

Компания Pfizer Export B.V. (Пфайзер Экспорт Би.Ви.), действующая через свой Филиал в Республике Казахстан

Республика Казахстан, г. Алматы, 050000, Медеуский район, ул. Фурманова, д. 100/4
тел.: +7 (727) 250 09 16
факс: +7 (727) 272 04 06
электронная почта:
PfizerKazakhstan@pfizer.com

Препарат зарегистрирован в Республике Казахстан:

№ РК-ЛС-5№012217 от 02.05.2018 бессрочно
№ РК-ЛС-5№012218 от 02.05.2018 бессрочно

Опасность при сердечно-сосудистых заболеваниях

Эректильная дисфункция сама по себе связана с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и является предиктором их возникновения у ранее здоровых мужчин. Так, возникновение ЭД предшествует острому инфаркту миокарда в среднем на 12 месяцев [4]. В недавнем шведском исследовании, состоящем из 43 145 мужчин, госпитализированных по поводу первого инфаркта миокарда, пациенты, получавшие иФДЭ-5 имели меньший риск смертности на 33% и на 40% меньший риск госпитализации [5]. Аналогичным образом продемонстрировано 32%-ное относительное снижение риска для неблагоприятных сердечно-сосудистых явлений у мужчин с диабетом при приеме иФДЭ-5 [6] со значительным снижением риска возрастной смертности (25,7 против 40,1%) [7].

Короткое действие

Виагра эффективна всего через 30 минут или меньше и период полувыведения препарата из плазмы составляет 3–5 часов [1], 74% мужчин отмечают возникновение эрекции спустя 12 часов [8]. Так ли необходимы препараты, действующие дольше, если 97% мужчин переходят к сексуальному контакту не более чем через 4 часа после приема препарата для лечения ЭД [9] и в среднем совершают 1–2 половых акта в неделю [10]? Исследования демонстрируют, что абсолютное большинство мужчин (94%) считают ригидность эрегированного полового члена более важным фактором, чем длительность действия препарата. И именно Виагра обеспечивает 4 степень ригидности полового члена независимо от исходного уровня ЭД более чем у половины мужчин [3]. По всей

видимости, для тех пациентов, кто предполагает спонтанные контакты или достаточно интенсивный режим сексуальной активности с максимальной степенью ригидности полового члена, подойдет схема применения препарата однократно в день [11, 12].

Работает в первый раз или совсем не работает

Вероятность успешного полового акта с силденафилом увеличивается с количеством попыток, достигая плато после примерно 8 приемов. Более половины мужчин (54%), изначально не ответивших на силденафил, смогли улучшить качество эрекции при участии лечащего врача и эскалации дозы до 100 мг [11].

Дженерики также хороши

Как показывает клиническая практика, оригинальные ЛС и дженерики существенно различаются как по терапевтической эффективности, так и по частоте и выраженности вызываемых ими неблагоприятных побочных реакций. Различия в способе производства действующего вещества для дженериков, дешевые субстанции и иные вспомогательные вещества могут привести к нежелательным явлениям (аллергическим, токсическим и т.д.), снижению терапевтической эффективности и ухудшению переносимости. Это, в свою очередь, может устранить потенциальные экономические преимущества дженерика над оригинальным препаратом [12].

Побочные эффекты

Нежелательные явления регистрируются достаточно редко (у 3–5% мужчин), и наиболее частые из них – головная боль и гиперемия, которые

не приводят к прекращению приема препарата [13]. В плацебо-контролируемых клинических исследованиях частота отмены Виагры из-за нежелательных явлений (2,5%) достоверно не отличалась от частоты отмены плацебо (2,3%) [1]. Частота побочных эффектов Виагры обратно пропорциональна длительности приема, т.е. снижается качественно и количественно с течением времени [14].

Таким образом, Виагра вот уже 20 лет является уникальным препаратом, доказавшим свою эффективность и безопасность при длительном применении на широком спектре пациентов с эректильной дисфункцией и сопутствующей патологией.

Список литературы

- Goldstein I. et al. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. Sildenafil Study Group. N. Engl J. Med. – 1998; 14; 338 (20): 1397–404.
- Leoni L.A. et al. Sildenafil: two decades of benefits or risks? Aging Male. – 2013; 16 (3): 85–91.
- McMurray J.G. et al. On behalf of the Multicenter Study Group. Long-term safety and effectiveness of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction. Therapeutics and Clinical Risk Management. – 2007; 3 (6): 975–981.
- Dostalova G. et al. Erectile Dysfunction in Young Myocardial Infarction Survivors: Evaluation, Follow Up. American Journal of Men's Health. – 2017; 11 (6): 1739–1744.
- Andersson D.P. et al. Association between treatment for erectile dysfunction and death or cardiovascular outcomes after myocardial infarction. Heart. – 2017; 103 (16): 1264–1270.
- Gazzaruso C. et al. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular events and death in diabetic patients with angiographically proven asymptomatic coronary artery disease: a potential protective role for statins and 5-phosphodiesterase inhibitors. J. Am Coll Cardiol. – 2008; 51: 2040–44.
- Anderson S.G. et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitor use in type 2 diabetes is associated with a reduction in all-cause mortality. Heart. – 2016; 102 (21): 1750–1756. doi: 10.1136/heartjnl-2015-309223.
- Moncada I. et al. Efficacy of sildenafil citrate at 12 hours after dosing: reexploring the therapeutic window. Eur Urol. – 2004; 46 (3): 357–60.
- Mulhall J.P. Understanding erectile dysfunction medication preference studies. Curr Opin Urol. – 2004; 14 (6): 367–73.
- Kimura M. et al. A web-based survey of erection hardness score and its relationship to aging, sexual behavior, confidence, and risk factors in Japan. Sex Med. – 2013; 1 (2): 76–86.
- McCullough A.R. et al. Achieving treatment optimization with sildenafil citrate (Viagra) in patients with erectile dysfunction. Urology. – 2002; 60 (2 Suppl 2): 28–38.
- Жукова Д.Я., Ковальская Г.Н. Оригинальные и дженерические лекарственные средства в терапевтической практике. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011; 106 (7): 96–102.
- Yafi F.A. et al. Update on the Safety of Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors for the Treatment of Erectile Dysfunction. Sex Med Rev. – 2017 Sep. 8. pii: S2050-0521(17)30095-1.
- Giuliano F. et al. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. Int J. Clin. Pract. – 2010; 64 (2): 240–255.

Статья на правах рекламы.



Равнение на женщин!

Женщины и мужчины в целом разные. К примеру, что бы там ни говорили женщины, но они статистически хуже ориентируются в пространстве и водят автомобиль. У женщин часто наблюдается «топографический критинизм». Но зато женщины могут выполнять одновременно множество задач: гладить, говорить по телефону, готовить суп и т. д. Мужчины так не могут. Женщины более наблюдательные, и идеальный маникюр, скорее всего, заметит женщина, а не мужчина.

В общем, что хочу сказать, психология поведения посетителя в аптеке во многом зависит от пола человека: посетительница или посетитель.

Итак, основные отличия:

Первое отличие – **зрение**.

Мужчины видят лучше вдаль, а женщины возле себя, зрение мужчин туннельное, а у женщин – объемное. Объясняется это тем, что женщины занимались собирательством, а мужчины – охотой. Поэтому часто получается, как в анекдоте:

Отец показывает сыну море:

– *Смотри, сынок, это море!*

– *Где?*

– *Ну вон, впереди. Такое большое!*

– *Где?*

– *Ну вон, такое синее.*

– *Где?*

– *Ну вон, с белыми барашками.*

– *Где?*

Отец не выдержал. Схватил сына

за шиворот и стал его головой в воду макать. Сын испуганно:

– *Папа, что это было?!?!?!?*

– *Море, сынок.*

– *Где?..*

Что с этим делать? Товары, которые предназначены для мужчин, по идее можно выкладывать в более отдаленные места, а товары для женщин – на уровне глаз.

Исключение, конечно, товары интимного спроса, когда нужно переходить на шепот, а можно вообще пальцем ткнуть, мол, «дайте это».

Второе отличие – **нюх**.

Женщина, в отличие от мужчины, имеет более острое обоняние. Многие женщины вообще выбирают мужчин «по нюху», это как в песне: «и на запах спешу на мягких лапах».

Поэтому стоит позаботиться о том, чтобы в вашей аптеке по возможности был приятный запах.

Третье отличие – **склонность к детализации**. В быту мы понимаем, что если женщина спрашивает «Как тебе моя новая прическа?», то недостаточно просто сказать «вау», нужны детали: «слушай, свежо и смело, напоминаешь светскую львицу».

Поэтому, продавая женщинам медицинские препараты, напрягитесь и коротко расскажите, как принимать, почему этот препарат больше подходит конкретно в ее случае и т. д.

Четвертое отличие – **верность**.

Женщины более привержены к брендам. Попробуйте разубедить женщину принять другой препарат при периодических болях, кроме привычного. Я знаю одну женщину, которой помогает препарат «Х», но она жалуется, что он постоянно дорожает, просто каждую неделю, я говорю:

– Попробуй другой, это же просто комбинация НПВС.

– НEEEE, только этот!

Пятое отличие – **женщины живут дольше, поэтому их больше**. Считается, что женщин защищает эстроген. Ну и, конечно, в целом женщины меньше пьют спиртного. Поэтому важно более внимательно

изучать именно покупательниц, просто потому, что их существенно больше.

ОТЛИЧИЕ ШЕСТОЕ, САМОЕ ГЛАВНОЕ, – МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ ПО-РАЗНОМУ ПРИНИМАЮТ РЕШЕНИЯ!

Как попадает мужчина в аптеку?

Как в мультфильме «Падал прошлогодний снег»: Уж послала, так послала...

Мужчину посылают...

Часто мужчина ведет себя в аптеке, как **радиоуправляемая торпеда!**

– Алло, ну я в аптеке, как этот препарат называется, ой, повтори еще раз...

*Данные компании TNS в Украине

27 % женщин ходят за покупками (среди мужчин этот показатель только **20 %**)

38 % женщин посещают супермаркеты хотя бы четыре раза в неделю (среди мужчин **27 %**) и проводят там в среднем полчаса (34 минуты) в день в пиковое время, с 5 до 7 вечера – в будние дни*

Или читает что-то с листочка, в лучшем случае смс.

То есть мужчиной управляет женщина откуда-то из штаб-квартиры.

Он как торпеда – долетел до цели выполнить некую миссию.

И можно смело говорить, что мужчина вовсе не принимает никакого решения.

А если препараты нужны самому мужчине?

Здесь тоже несладко. Дело в том, что когда мужчина болеет и у него температура 37,2, он падает пластом и отправляет в аптеку жену, и уже жена за него принимает решение.

Есть, конечно, сегмент одиноких мужиков, которые покупают себе сами препараты, но их не так много.

А женщина – совсем другое дело! Она приходит в аптеку и является лицом, принимающим

денег – 45 % точно отслеживают, сколько денег в семейный бюджет поступает и сколько тратится (среди мужчин таковых 29 %).

Но несмотря на это, женщины не делают меньше покупок – у них свои стратегии экономии: 67 % считают, что продукты нужно покупать про запас, чтобы сэкономить (63 % среди мужчин), 60 % готовы покупать вещи в комиссионных магазинах или секонд-хендах (53 % мужчин), 67 % всегда ищут специальные предложения и акции (61 % мужчин), 60 % стараются использовать рекламные купоны, дающие скидку (52 % мужчин).

Думаю, в аптеках статистика еще более разгромная и минимум в 90 % семей за покупку лекарств отвечают женщины.

К слову сказать, в супермаркетах мужчины часто пытаются передвигаться со скоростью своего автомобиля, хаотично набрасывая в тележку какие-то продукты.

Исключение – отдел, где продают спиртное. Обратите внимание, как мужчины заметно теряют в скорости, когда находят этот отдел, и зачарованно разглядывают этикетки.

Помните, известную цитату:

Что-то недоброе таится в мужчинах, избегающих вина, игр, общества прелестных женщин, застольной беседы. Такие люди или тяжелобольные, или втайне ненавидят окружающих (М. Булгаков).

Для Бога мы все равны, но в аптечных продажах женщины «равнее», нужно равняться на них!

Юрий ЧЕРТКОВ,
бизнес-тренер, директор компании
«Агентство Медицинского Маркетинга»

amm.net.ua

Траумель С: биорегуляционный подход к противоболевой терапии заболеваний позвоночника и суставов

doi: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-1507.3.23.2016.85007>

С.В. Попович, О.В. Иванушко

ООО «Украинская академия биологической медицины», г. Киев

Одной из основных задач в терапии болевых синдромов является купирование боли. Широкий спектр и постоянное совершенствование противоболевых лекарственных средств (ЛС) дает возможность быстро и эффективно купировать боль. Однако, несмотря на это, еще существует ряд проблем при проведении противоболевой терапии. В некоторых случаях они не позволяют достичь полного обезболивающего эффекта, или эффект этот непродолжительный, или же со временем наблюдается его снижение и т.п. Кроме того, усложняют проведение противоболевой терапии различные ограничения и побочные эффекты.

Если в патогенезе болевого синдрома ведущую роль играют механизмы воспаления, то для купирования такой боли традиционная терапия предлагает нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), являющиеся селективными и неселективными блокаторами циклооксигеназы (ЦОГ) 1 и 2 [1, 3]. Но, несмотря на доказанную эффективность, эта группа препаратов имеет высокий процент побочных эффектов, особенно при длительном применении. Наиболее опасным побочным эффектом НПВС неселективного действия является угнетение синтеза простагландинов в слизистой оболочке желудка, что проявляется в виде осложнений со стороны пищеварительного тракта – НПВС-индуцированных гастропатий [1, 3]. В ряде ретроспективных аналитических исследований были сделаны выводы, что неселективные НПВС представляют повышенный риск нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта. В целом в этих аналитических исследованиях рассматривались данные о пациентах, под-



вергающихся долгосрочной терапии хронических заболеваний, часто с сопутствующими воспалительными заболеваниями, такими как остеоартрит (ОА) [9, 15–19].

По данным ВОЗ, около 20% населения планеты регулярно принимает НПВС и примерно в 25% случаев их использование сопряжено с возникновением побочных реакций [1, 3, 8]. Также НПВС следует использовать с осторожностью у больных с бронхиальной астмой и нарушением функции почек. Большинство НПВС оказывают антитромбоцитарное действие, увеличивая время кровотечения. Кроме того, для каждого НПВС существуют индивидуальные побочные реакции, поэтому врач, назначая препараты этой группы, сталкивается с рядом ограничений и развитием побочных эффектов у своих пациентов. Наибольшие сложности при выборе НПВС возникают при лечении новорожденных и маленьких детей, беременных и кормящих женщин, спортсменов, аллергиков и пожилых людей, особенно с коморбидной патологией.

Также следует отдельно отметить, что в настоящее время действие НПВС только частично относят к патогенетическому, в основном же оно симптоматическое, т.е. не модифицирует течение заболевания. Именно с этим связан временный обезболивающий эффект НПВС, который не направлен на полное восстановление ткани и функций пораженного органа.

Применение опиоидных анальгетиков также сопряжено с многочисленными побочными эффектами: снижением частоты сердечных сокращений, тошнотой, рвотой, запорами, бронхоспазмом, задержкой моче- и желчевыделения, аллергией, головной болью и др. Наиболее опасными побочными эффектами являются угнетение дыхания, вероятность возникновения со-

судистого коллапса и наркотической зависимости [3, 8]. При нейропатической боли применяют антидепрессанты, антиконвульсанты, местные анестетики, мышечные релаксанты, которые тоже имеют свои недостатки и характерное побочное действие. Не все указанные ЛС можно сочетать друг с другом для достижения усиленного эффекта, продолжительность их применения также бывает ограничена. Наиболее распространенные побочные эффекты опиоидных анальгетиков – прямое токсическое действие, в частности кардио- и гепатотоксичность, гипотония, со стороны нервной системы – сонливость, головокружение, атаксия, снижение памяти и ослабление когнитивных функций, возможен галлюциаторный синдром, влияние на клеточный состав крови, изменение биохимических показателей крови, нарушение половых функций и др. [3, 8].

Биорегуляционный подход к терапии боли

Общепринятый подход к терапии боли обеспечивает быстрый и выраженный обезболивающий эффект, однако он не направлен на восстановление нарушенных процессов саморегуляции (устранение дисрегуляторных нарушений) и самовосстановление тканей. Стандартные аллопатические препараты действуют на механизм боли путем блокады рецепторов, поэтому они купируют болевой синдром, пока принимаются, и не влияют на причину возникновения боли. Биорегуляционный же подход дает возможность осуществлять лечение болевых синдромов при воспалении, воздействуя на их патогенетические механизмы, не блокируя и не подавляя воспаление, и при этом позволяет избежать побочных эффектов, характерных для НПВС любых групп. Механизм регуляции воспалительного процесса в организме

реализуется в виде Immunological Bystander Reaction – вспомогательной иммунологической реакции (ВИР). В 1998 г. профессор, доктор медицины Х. Хайне (Германия) провел исследование, в котором продемонстрировал, что компоненты комплексных биорегуляторных препаратов (КБП) в потенциях D2-D10 активируют ВИР, а, следовательно, обладают биорегуляторным действием при воспалении. Данный механизм биорегуляции (запатентован в Германии) заключается в активации регуляторных клонов лимфоцитов (Th3) посредством коротких цепочек аминокислот (антигенных мотивов), которые образуются на поверхности макрофагов в процессе протеолитической переработки низких концентраций антигенов, содержащихся в потенцированном виде в КБП. Это способствует восстановлению баланса между про- и противовоспалительными цитокинами. Именно воздействия такого рода могут быть отнесены к разряду биорегуляторных. Комплексное многоуровневое биорегуляторное воздействие КБП полностью соответствует принципам работы взаимозависимых функциональных систем (циклов) организма, тогда как общепринятые сильные раздражители в виде аллопатических лекарственных средств, согласно основному биологическому закону, способствуют их подавлению [10–13].

На первое место в терапии болевого синдрома воспалительного генеза среди КБП можно поставить Траумель С – универсальный противовоспалительный препарат, который широко используется для терапии болевого синдрома при воспалительных и дегенеративно-дистрофических заболеваниях, а также при травмах. Комплексное действие данного препарата определяется наличием в его составе 14 компонентов растительного и минерального происхождения.

Эти компоненты дают возможность купировать нарастание отека и кровоизлияния в месте поврежденных тканей, повысить тонус кровеносных сосудов, снизить проницаемость их стенок, способствуют остановке кровотечения, ускоряют процессы регенерации в месте повреждения [2, 3, 9]. Основное биорегуляционное действие препарата направлено на оптимизацию течения воспаления и полное его завершение. Купирование болевого синдрома ассоциировано с такими компонентами препарата Траумель С, как арника (*Arnica*), ромашка (*Matricaria*), аконит (*Aconitum*), зверобой (*Hypericum*), гамамелис (*Hamamelis*). Следует отметить, что *Arnica montana* усиливает анальгетический эффект путем избирательного действия на уровне пресинаптической мембраны чувствительных нервных окончаний, блокируя выделение ацетилхолина, в результате чего наступает быстрый анальгетический эффект. Кроме обезболивающего и противовоспалительного эффекта, Траумель С обладает антиэкссудативным, регенерирующим, иммуномодулирующим и кровоостанавливающим действиями [2, 3, 9].

Таким образом, видно, что механизм действия Траумель С отличается от НПВС, которые подавляют фермент циклооксигеназу в цикле арахидоновой кислоты, что снижает синтез простагландинов, ослабляя тем самым проявления боли и отека, но приводит к нежелательным осложнениям со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и других органов, а также повышает риск хронизации острого воспалительного процесса. Траумель С же посредством регуляторных Th3-лимфоцитов способствует экспрессии противовоспалительных цитокинов и снижению уровня интерлейкинов 8, 1-β и ФНО-α. Таким образом, Траумель С обладает биорегулирующим противовоспалительным эффектом и при этом

- Повышение тонуса и стабилизация проницаемости сосудов
- Гемостаз
- Устранение венозного стаза
- Анальгезия

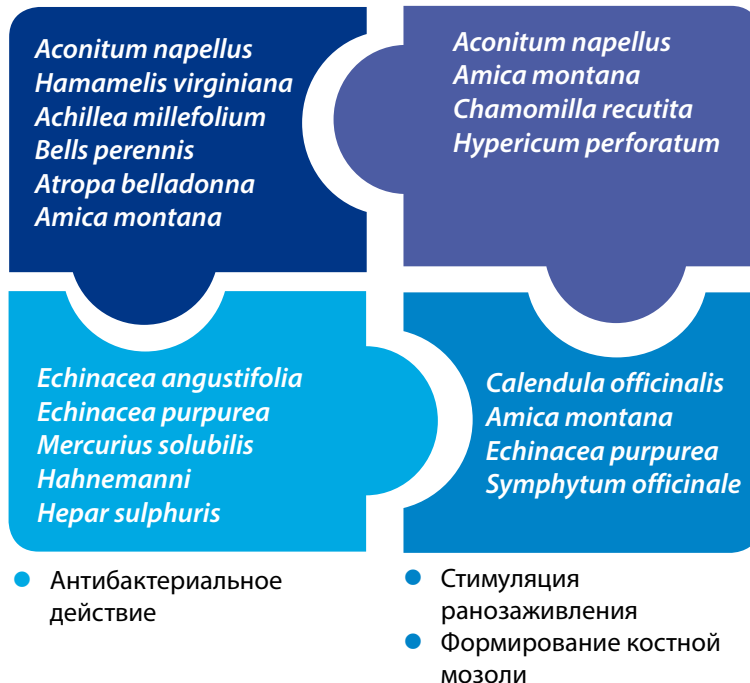


Рисунок 1. Синергический многоуровневый эффект компонентов препарата Траумель С

не оказывает побочных эффектов, характерных для НПВС [2, 9, 14].

Клиническая эффективность Траумель С при болевых синдромах

Комплексное действие препарата Траумель С было продемонстрировано во многих клинических исследованиях.

Рандомизированное многоцентровое контролируемое сравнительное клиническое исследование TAASS (Германия, 2012), проведенное Европейской антиревматической лигой, подтвердило эффективность препарата Траумель С (мазь и гель) при лечении посттравматического воспалительного процесса (острое растяжение связок голеностопного сустава). Исследователи пришли к выводу, что Траумель С является столь же эффективным противовоспалительным препаратом, как и 1% гель диклофенака [9, 21].

В ходе двойного слепого рандомизированного исследования (Германия, 2013), целью которого было изучение эффективности и переносимости Траумеля С (мазь) в сравнении с мазью, содержащей диклофенак, или плацебо при лечении нетравматических тендинопатий (Чили, 2008), было подтверждено, что применение мази Траумель С позволяет значительно быстрее вернуться к нормальной физической активности, обеспечивает более выраженное, по сравнению с диклофенаком, купирование болевого синдрома и уменьшение размеров отека [9, 22].

На базе Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова было проведено клиническое исследование (Киев, 2003) с целью изучения влияния Траумеля С и других КБП на результаты комплексного лечения остеохондроза. Исследование показало, что добавление к базисной терапии КБП



Рисунок 2. Синергическое воздействие компонентов препарата Траумель С на воспалительный процесс

позволяет улучшить результаты лечения больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Траумель С особенно эффективно воздействует на явления ирритации. Отмечено существенное уменьшение болевого синдрома у 77,8% больных, которые получали КБП. В то время как при получении лишь базисной терапии уменьшение боли отмечалось только у 54,5% больных [25].

В клиническом исследовании, которое проводилось в хирургическом областном центре (г. Николаев, 2000) под руководством С.И. Моцарь, Е.О. Игнатъева, представлены результаты 3-летнего наблюдения за различными группами пациентов (деформирующий остеоартроз, спондилоартроз – 955 пациентов; остеохондроз позвоночника – 200), в лечении которых наряду с традиционными методами применялись Траумель С и другие КБП хондропротекторного действия. Авторы исследования делают вывод, что лечение КБП является более предпочтительным, так как позволяет достичь более длительной ремиссии и не вызывает побочных эффектов. А предоперационное введение Траумеля С больным с тяжелым течением деформирующего остеоартроза способствует ослаблению боле-

вого синдрома, улучшает трофику тканей и общее самочувствие пациентов. Данная терапия позволяет снять показания к нейрохирургическому вмешательству у пациентов с грыжами межпозвоночных дисков. Сделано заключение, что Траумель С и другие КБП представляют собой полноценную альтернативу традиционным методам лечения с применением НПВС и глюкокортикостероидов (ГКС) [20].

По данным врачей из Черниговского областного лечебно-физкультурного диспансера (2000), в лечении пациентов с пояснично-крестцовым радикулитом (ПКР) назначение Траумеля С и КБП хондропротекторного действия способствовало быстрому купированию радикулярного синдрома. При катamnестическом наблюдении этих пациентов в течение 1–6 месяцев обострений ПКР не отмечалось [4].

Специалисты из городской поликлиники №2 (г. Николаев, 2000) в исследовании на пациентах с кокцигодией доказали эффективность терапевтического действия Траумеля С (раствор для инъекций/таблетки) по авторской методике введения как альтернативы пресакральной блокаде с использованием ГКС. Результаты исследования показали, что пред-

лагаемая методика применения проста, безопасна и является более эффективной по сравнению с традиционным аллопатическим подходом. Она позволяет увеличить продолжительность ремиссии, а также сократить или полностью исключить прием аллопатических ЛС, вызывающих нежелательные побочные эффекты [5].

В радиологической клинике академической больницы университета Эссен (Германия, 1998) было проведено исследование эффективности препарата Траумель С при люмбальных и цервикальных болях в области спины. Результаты исследования продемонстрировали, что при наличии метаболических расстройств возможно проведение монотерапии препаратом Траумель С без назначения кортикостероидов [6].

Хорошо зарекомендовал себя Траумель С и в комплексной схеме лечения головной боли (ГБ), учитывая сложный патогенез формирования этого заболевания. Так, специалисты из НМАПО им. П.Л. Шупика, ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» (г. Киев, 2013) отмечают, что при вертеброгенной ГБ, связанной с остеохондрозом позвоночника, препарат не только уменьшает

поток патологических нервных импульсов от рецепторов надкостницы шейных позвонков, но и замедляет процессы дегенерации, способствует репарации сосудистой, нервной и костно-хрящевой ткани [7].

Под руководством В.В. Бережного в 2008 г. вышли методические рекомендации МЗ Украины «Антигомотоксическая терапия в детской ревматологии», в которых даны рекомендации по применению Траумель С и других КБП при реактивных артритах, ревматическом полиартрите, ювенильном ревматоидном артрите, системной красной волчанке, дерматомиозите, склеродермии [23].

Контролируемое исследование по изучению эффективности Траумель С при лечении ранней стадии ревматоидного артрита, проведенное С.И. Герасименко и А.Н. Бабко из Института травматологии и ортопедии НАМН Украины, удостоено Международной премии им. Г.Г. Реккевега в 2005 г. Отмечено, что Траумель С оказывает регулирующее действие на воспаление и обмен коллагена: позволяет снизить интенсивность дегградации коллагена и уровни протеиназ, восстановить баланс между синтезом и дегградацией ключевых молекул межклеточного матрикса и предотвратить развитие эрозии сустава. Траумель С позволяет прервать порочный круг аутоиммунной реакции и достичь длительной ремиссии [24].

Наличие 3 лекарственных форм (раствор для инъекций, таблетки, мазь) позволяет в зависимости от выраженности болевого синдрома, а также стадии, остроты и тяжести течения, локализации воспалительного процесса выбирать наиболее удобную форму введения или оптимально сочетать их между собой, получая более быстрый лечебный эффект. В острый и подострый период рекомендуется начинать лечение с курса инъекций в сочетании с мазью или гелем. Далее с целью пролонгирования и закрепления

Таблица 1. Схема сочетанного применения различных лекарственных форм препарата Траумель С

Форма выпуска	Режим приема*	
	Период острых проявлений (1–2 недели лечения)	После купирования острых проявлений (3–4 недели лечения)
Раствор для инъекций	1 ампула 1 раз в сутки №3–5, далее через день еще №5–7 в/в, в/м, п/к, в/к, в точки акупунктуры, в область воспалительного процесса, в том числе интра- и периартикулярно	
Таблетки сублингвальные		1 таблетка 3 раза в сутки
Мазь, гель	Наносить на пораженный участок до 5–6 раз в сутки	Наносить на пораженную область до 3 раз в сутки. Можно вводить методом фонофореза

Примечания: * – в таблице представлены разовые дозы для взрослых.

эффекта, а также для достижения более длительной ремиссии продолжить лечение таблетированной формой Траумель С в течение нескольких недель, продолжая местное применение мази или геля. Рекомендации по дозировке, частоте и длительности сочетанного применения нескольких лекарственных форм Траумель С приведены в табл. 1.

Выводы

Таким образом, рассмотренные данные клинических исследований по эффективному применению КБП Траумель С демонстрируют актуальность его использования при болевых синдромах различных заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Клинические преимущества применения Траумель С:

- комплексный состав и спектр действия;
- не вызывает побочных эффектов, свойственных НПВС [2, 3, 6, 8, 9];
- хороший и отличный профиль переносимости и безопасности [4–7, 9, 14–25];

- применяется с рождения [2, 9, 24];
- длительное применение не вызывает привыкания и синдрома отмены [4–7, 9, 14–25];
- хорошая сочетаемость с другими препаратами [4, 7, 9, 20, 23–25].

Информация предназначена для профессиональной деятельности фармацевтических и медицинских работников. Полная информация о препаратах и полный перечень возможных побочных эффектов содержатся в инструкциях по медицинскому применению.

Траумель С, р-р д/инъекций. Р.С. №UA/5934/03/01 от 01.02.2013. Состав. Действующие вещества: Achillea millefolium D3, Aconitum napellus D2, Arnica montana D2, Atropa belladonna D2, Bellis perennis D2, Calendula officinalis D2, Echinacea D2, Echinacea purpurea D2, Hamamelis virginiana D1, Hepar sulfuris D6, Hypericum perforatum D2, Matricaria recutita D3, Mercurius solubilis Hahnemanni D6, Symphytum officinale D6. Побочные эффекты: препарат обычно хорошо перено-

сится, но в очень редких случаях у лиц с повышенной чувствительностью к растениям рода сложноцветных могут наблюдаться реакции гиперчувствительности.

Траумель С, таблетки.
Р.С. №UA/5934/02/01 от 01.02.2013. Состав. Действующие вещества: *Achillea millefolium* D3, *Aconitum napellus* D3, *Arnica montana* D2, *Atropa belladonna* D4, *Bellis perennis* D2, *Calendula officinalis* D2, *Echinacea* D2, *Echinacea purpurea* D2, *Hamamelis virginiana* D2, *Hepar sulfuris* D8, *Hypericum perforatum* D2, *Matricaria recutita* D3, *Mercurius solubilis Hahnemanni* D8, *Symphytum officinale* D8. Побочные эффекты: препарат обычно хорошо переносится, но в очень редких случаях у лиц с повышенной чувствительностью к растениям рода сложноцветных или к другим компонентам препарата могут возникать гиперсаливация, аллергические реакции.

Траумель С, мазь.
Р.С. №UA/5934/01/01 от 23.02.12. Состав: *Achillea millefolium* Ø, *Aconitum napellus* D1, *Arnica montana* D3, *Atropa belladonna* D1, *Bellis perennis* Ø, *Calendula officinalis* Ø, *Echinacea* Ø, *Echinacea purpurea* Ø, *Hamamelis virginiana* Ø, *Hepar sulfuris* D6, *Hypericum perforatum* D6, *Matricaria recutita* Ø, *Mercurius solubilis Hahnemanni* D6, *Symphytum officinale* D4. Побочные действия: в единичных случаях могут возникать реакции гиперчувствительности или местные аллергические реакции.

Траумель С ГЕЛЬ, гель.
Р.С. №UA/5934/04/01 от 28.03.12. Состав: *Achillea millefolium* Ø, *Aconitum napellus* D1, *Arnica montana* D3, *Atropa belladonna* D1, *Bellis perennis* Ø, *Calendula officinalis* Ø, *Echinacea* Ø, *Echinacea purpurea* Ø, *Hamamelis virginiana* Ø, *Hepar sulfuris* D6, *Hypericum perforatum* D6, *Matricaria recutita* Ø, *Mercurius solubilis Hahnemanni* D6, *Symphytum officinale* D4. Побочные действия: изредка могут возникать реакции гиперчувствительности или местные аллергические реакции.

Производитель: «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмБХ», Германия.

Список литературы

1. Вакуленко Л.А. Использование метода биопунктуры при лечении болевых синдромов различной этиологии // Биологическая терапия. – 2010. – №3. – С. 32–34.
2. Клинический образ препарата Траумель С // Биологическая терапия. – 2006. – №1. – С. 22–23.
3. Шамугия Б.К., Тимошков М.В. Биорегуляционный подход к лечению боли // Therapia. – 2013. – №2 (77). – С. 75–78.
4. Гавура В.В., Гарус А.А. Применение антигомотоксических препаратов Traumeel S и Zeel T в комплексном лечении больных пояснично-крестцовым радикулитом в условиях врачебно-физкультурного диспансера // Биологическая терапия. – 2000. – №3. – С. 16–19.
5. Кусков Г.П. Дифференциальная диагностика и лечение кокцигидии // Биологическая терапия. – 2000. – №3. – С. 25–31.
6. Тиммерманн Й., Фразе Вернер. Клиническое подтверждение эффективности комплексного препарата Траумель С // Биологическая медицина. – 1999. – №1. – С. 39.
7. Коваленко О.Е. Головная боль: полиморфизм проявлений и пути патогенетической терапии // Биологическая терапия. – 2013. – №1. – С. 38–41.
8. Стуров Н.В., Чельцов В.В., Илларионова Т.С. Безопасность применения нестероидных противовоспалительных средств // Трудный пациент. – 2005. – №6.
9. Монография по препарату Траумель С: Пер. с англ. – М.: Арнебия, 2011. – 53 с.
10. Клименко В.Г. Основные положения патогенетического биорегуляционного подхода в общей терапевтической практике // Биологическая терапия. – 2013. – №1. – С. 8–11.
11. Хайне Х., Шмольц М.В. Иммунологическая вспомогательная реакция, вызываемая растительными экстрактами, содержащимися в антигомотоксических препаратах // Биологическая медицина. – 1998. – №2. – С. 9–11.
12. Хайне Х. Значение антигомотоксической терапии в регуляторной медицине // Биологическая медицина. – 2004. – №2. – С. 4–9.
13. Ван Брандт Б., Хайне Х. Регуляторная блокада: определение, значение и терапия // Биологическая медицина. – 2006. – С. 4–5.
14. Arora S., Harris T., Scherer C. Клиническая безопасность гомеопатического препарата // Биологическая терапия. – 2000. – 18 (2). – С. 222–225.
15. Laine L. GI risk and risk factors of NSAIDs // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 2006. – 47, Suppl. 1. – S. 60–6. Review.
16. Laine L., Smith R., Min K., Chen C., Dubois R.W. Systematic review: the lower gastrointestinal adverse effects of non-steroidal antiinflammatory drugs // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – 24 (5). – 751–67.
17. Rostom A., Muir K., Dubé C., Jolicœur E., Boucher M., Joyce J. et al. Gastrointestinal safety of cyclooxygenase 2 inhibitors: a Cochrane Collaboration systematic review // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – 5 (7). – 818–28.
18. Leong R.W., Chan F.K. Drug-induced side effects affecting the gastrointestinal tract // Expert Opin Drug Saf. – 2006. – 5 (4). – 585–92.
19. Fortun P.J., Hawkey C.J. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and the small intestine // Curr. Opin Gastroenterol. – 2007. – 23 (2). – 134–41.
20. Моцарь С.И., Игнатъев Е.О. Опыт применения антигомотоксических препаратов Traumeel S, Zeel T, Discus compositum в терапии деформирующих артрозов, спондилоартрозов и остеохондроза позвоночника // Биологическая терапия. – 2000. – №2. – С. 34–42.
21. González de Vega C., Speed C., Wolfarth B., González J. Traumeel vs. diclofenac for reducing pain and improving ankle mobility after acute ankle sprain: A multicentre, randomized, blinded, controlled and non-inferiority trial // Int. J. Clin. Pract. – 2013. – 67 (10). – 979–89.
22. Orizola A.J., Vargas F. The efficacy of Traumeel® versus diclofenac and placebo ointment in tendinous pain in elite athletes: a randomized controlled trial // Med. Sci Sports Med. Exerc. – 2007. – 39 (5 Suppl). – S. 79.
23. Бережной В.В., Марушко Т.В., Орлюк И.Б., Унич Н.К., Корнева В.В., Курило Л.В., Гяделова Н.П., Козачук В.Г., Тараненко Т.В. Антигомотоксическая терапия в детской ревматологии: Методические рекомендации МЗ Украины. – 2008. – 45 с.
24. Бабко А.Н., Герасименко С.И., Перфилова Т.М. Влияние антигомотоксического препарата Траумель С на обмен коллагена на ранних стадиях ревматоидного артрита // Биологическая терапия. – 2006. – №1. – С. 4–10.
25. Цымбалюк В.И. Traumeel S и Vertigoheel в комплексном лечении шейного остеохондроза // Биологическая терапия. – 2003. – №3. – С. 43–45.

ТРАУМЕЛЬ С

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя
Комитета Фармации
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «17» сентября 2018 г.
№Н017012

Торговое название

Траумель С

Международное непатентованное название

Нет

Лекарственная форма

Мазь для наружного применения

Состав

100 г мази содержат

активные вещества – Arnica montana D3 1,500 г, Calendula officinalis Ø 0,450 г, Hamamelis virginiana Ø 0,450 г, Echinacea Ø 0,150 г, Echinacea purpurea Ø 0,150 г, Chamomilla recutita Ø 0,150 г, Symphytum officinale D4 0,100 г, Bellis perennis Ø 0,100 г, Hypericum perforatum D6 0,090 г, Achillea millefolium Ø 0,090 г, Aconitum napellus D1 0,050 г, Atropa bella-donna D1 0,050 г, Mercurius solubilis Hahnemanni D6 0,040 г, Hepar sulfuris D6 0,025 г, **вспомогательные вещества:** спирт цетостеариловый (тип А) эмульгированный, парафин жидкий, парафин белый мягкий, вода очищенная, 96% спирт соотв. 94% спирту (м/м).

Описание

Мягкая мазь от белого до красно-белого цвета; не должно ощущаться прогорклого запаха.

Фармакотерапевтическая группа

Другие препараты для местного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата. Прочие препараты.
Код АТХ M02AX10

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Исследовать фармакокинетические свойства гомеопатических препаратов не представляется возможным.

Фармакодинамика

Препарат обладает противовоспалительным, анальгетическим, противоэкссудативным, антигеморрагическим, вентонизирующим, иммуномодулирующим и репаративным эффектом. Действие препарата базируется активации защитных сил организма и нормализации нарушенных функций за счет веществ растительного и минерального происхождения, которые входят в состав препарата в гомеопатических разведениях. Кальций и такие растительные компоненты, как Aconitum и Arnica укрепляют стенки сосудов, уменьшают отечность и образование выпотов. Гомеопатические дозы ртути уменьшают степень воспаления. Aconitum, Arnica, Hamamelis, Hypericum, Millefolium, Bellis perennis останавливают кровотечение при травмах и препятствуют образованию гематом. Одновременно Aconitum, Arnica и Hypericum, вместе с Chamomilla, Atropa belladonna оказывают болеутоляющее действие. Hepar sulfuris и такие растительные компоненты как Arnica, Calendula, Echinacea и Symphytum активизируют обменные процессы и улучшают регенерацию, повышают иммунитет.

Краткая характеристика показаний к использованию отдельных компонентов рецептуры Траумель С:

Arnica montana D3 – Кровотечения, венозный стаз, миалгия после перенапряжений; заболевания артериальных и венозных сосудов. Любые травмы, контузии. Септические состояния: профилактика гнойных инфекций. Средство, тонизирующее мышцы.

Calendula officinalis MT – Плохо заживающиеся раны, язвы, рвано-ушибленные раны, отморожения и ожоги кожи. Способствует формированию здоровых грануляций и ускорению заживления первичным натяжением. Кровоостанавливающее средство.

Hamamelis virginiana MT – Варикозные расширения вен, геморрой, кровотечения из кожи и слизистых оболочек. Воздействует на стенку вен (расслабленную). Снимает боль в послеоперационном периоде.

Achillea millefolium MT – Различного типа кровотечения, боли при судорогах. Ущемленная грыжа. Длительный лихорадочный синдром. Боль в виде пронизывающих ударов.

Atropa bella-donna D1 – Лихорадочные воспаления, особенно кожи и суставов. Летучие ревматические боли, судорожные подергивания конечностей. Спазмы.

Aconitum napellus D1 – Острые воспалительные заболевания, лихорадка; болезненные нервные заболевания. Поражение серозных оболочек и мышц (воспаление).

Mercurius solubilis Hahnemanni D6 – Склонность к нагноениям любого вида. Повреждения костей с выраженной болью.

Hepar sulfuris D6 – Воспаления и нагноения кожи и слизистых оболочек.

Chamomilla recutita MT – Резкие боли, состоящие из возбуждения, депрессии. Невыносимая боль с онемением. Люмбаго. Ригидность мышц шеи.

Symphytum officinale D4 – Ускоряет эпителизацию. Повреждения синовиальных оболочек, сухожилий. Действует на суставы в целом. Несрастание костей при переломах. Показывающая боль и болезненность надкостницы.

Bellis perennis MT – Действует на гладкие мышцы кровеносных сосудов. Кровотечения, кровоизлияния. Растяжения, ушибы. Фурункулы. Экссудация, стаз, отеки. Мышечные боли, особенно после перенапряжений. Венозный застой. Травмы, особенно глубоких тканей.

Echinacea MT – Повышение местного иммунитета при локальных повреждениях. Симптомы сепсиса. Рожистое воспаление и гнойные язвы. Фурункулы. Гангрена.

Echinacea purpurea MT – Повышение местного иммунитета при локальных повреждениях.

Hypericum perforatum D6 – Повреждение нервов, особенно на пальцах кистей и стоп. Крайняя болезненность. Существует облегчение боль после операций.

Показания к применению

- спортивные и бытовые травмы (растяжение, вывих, гематома, гемартроз, переломы)
- воспалительные, микротравматические и дегенеративные процессы опорно-двигательного аппарата (тендовагинит, плечелопаточный периартрит, бурсит, артрит тазобедренного, коленного суставов и суставов кистей и стоп)
- воспалительные процессы: кожи, челюстно-лицевого аппарата (периодонтит, гнойный пародонтит, гингивит, прорезывание зубов)
- отеки и опухания

Способ применения и дозы

Взрослым и детям с дня рождения мазь наносить тонким слоем на место травмы или воспаления 2–3 раза в сутки. При острой травме – до 5–6 раз в сутки. Также мазь можно втирать легкими движениями или наносить под повязку. Можно вводить с фонофорезом. Курс лечения 2–4 недели.

Побочные действия

- кожные аллергические реакции (покраснение, отечность и зуд) на какой-либо из

компонентов препарата (тысячелистник обыкновенный, ромашка аптечная, ноготки лекарственные, маргаритка многолетняя, эхинацея, арника горная или на другие растения семейства сложноцветных).

В таких случаях препарат следует отменить.

Противопоказания

- гиперчувствительность к активным или вспомогательным компонентам препарата (тысячелистник обыкновенный, ромашка аптечная, ноготки лекарственные, маргаритка многолетняя, эхинацея, арника горная или к другим растениям семейства сложноцветных)
- повышенная чувствительность к спирту цетостеариловому эмульгированному

Лекарственные взаимодействия

Взаимодействия с другими лекарственными средствами не установлены.

Особые указания

Не наносить мазь на большие участки на длительное время или прямо на открытые раны.

Применение в педиатрии

Препарат можно использовать детям с первого дня рождения.

Беременность и период лактации

Клинических данных относительно использования в период беременности и лактации не имеется.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Не установлено.

Передозировка

Случаи передозировки препарата не описаны.

Форма выпуска и упаковка

По 50 г препарата помещают в тубы алюминиевые с внутренним лаковым покрытием, с закручивающимися полипропиленовыми колпачками.

По 1 тубе вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона.

Условия хранения

Тубу хранить во внешней картонной коробке при температуре от 15°C до 30°C.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

3 года.

Не использовать после истечения срока годности.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Производитель

«Биологише Хайльмиттель Хеель ГмБХ», Германия

Д-р Рекевер-Штрассе 2-4, 76532 Баден-Баден

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения

«Биологише Хайльмиттель Хеель ГмБХ», Германия

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

ТОО «АЕМ Services»

050040, РК, Алматы, пр. Аль-Фараби,

дом 75А, оф. 102-103

Тел.: +7 (707) 798 83 99

E-mail: aemservices@mail.ru

ТРАУМЕЛЬ С

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя
Комитета контроля медицинской
и фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «31» июля 2018 г.
№N016313

Торговое название

Траумель С

Международное непатентованное название

Нет

Лекарственная форма

Таблетки

Состав

Одна таблетка содержит

активные вещества:

Arnica montana D2 15,0 мг
Calendula officinalis D2 15,0 мг
Hamamelis virginiana D2 15,0 мг
Achillea millefolium D3 15,0 мг
Atropa bella-donna D4 75,0 мг
Aconitum napellus D3 30,0 мг
Mercurius solubilis Hahnemanni D8 30,0 мг
Hepar sulfuris D8 30,0 мг
Matricaria recutita D3 24,0 мг
Symphytum officinale D8 24,0 мг
Bellis perennis D2 6,0 мг
Echinacea D2 6,0 мг
Echinacea purpurea D2 6,0 мг
Hypericum perforatum D2 3,0 мг
вспомогательные вещества: лактозы моногидрат, магния стеарат.

Описание

Таблетки круглой формы, с плоской поверхностью, от белого до желто-белого цвета, с фаской, без запаха или со слегка сладковатым запахом. В отдельных случаях допускаются оранжевые крапления.

Фармакотерапевтическая группа

Препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата прочие. Код АТХ M09AX

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Исследовать фармакокинетические свойства гомеопатических препаратов не представляется возможным.

Фармакодинамика

Траумель С представляет собой комплексный гомеопатический препарат. Траумель С регулирует воспалительные процессы в различных органах и тканях, включая, в частности, травмы опорно-двигательного аппарата и другие острые и хронические/дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата. Действие препарата основано на активации защитных сил организма и нормализации нарушенных функций за счет веществ, входящих в состав препарата.

Показания к применению

Для поддерживающей терапии легких или умеренных травм опорно-двигательного аппарата, а также легких болезненных и воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Способ применения и дозы

Стандартная дозировка:

Взрослые (и дети старше 12 лет):

По 1 таблетке 3 раза в день.

В педиатрии:

Дети 6–11 лет: 1 таблетка 2 раза в день.

Первоначальная дозировка или при остром состоянии:

Взрослые (и дети старше 12 лет):

1 таблетка каждые ½ часа – 1 час до 12 таблеток ежедневно, затем продолжить в стандартной дозировке.

В педиатрии:

Дети 6–11 лет: 1 таблетка каждые 1–2 часа, до 8 таблеток ежедневно, затем продолжить в стандартной дозировке.

Продолжительность лечения:

Курс лечения 2 недели.

Способ применения:

Внутрь.

Траумель С таблетки следует принять за 30 минут до еды. Предпочтительно позволить таблетке раствориться в ротовой полости, а затем проглотить. Для детей можно измельчить таблетку и всыпать в небольшое количество воды. Это лекарство должно быть принято в промежутках между приемами пищи.

Побочные действия

Аллергические реакции (гиперчувствительность) кожи могут возникать в очень редких случаях.

Противопоказания

Аллергия (гиперчувствительность) к одному или более ингредиентам, в том числе растений семейства Asteraceae, таких как: арника горная (Arnica montana), ноготки лекарственные (Calendula officinalis), ромашка аптечная (Chamomilla recutita), эхинацея (Echinacea), тысячелистник обыкновенный (Achillea Millefolium), маргаритка многолетняя (Bellis perennis).

Лекарственные взаимодействия

Ни одного случая взаимодействия с другими лекарственными препаратами не зарегистрировано и не ожидается в связи с гомеопатическим разведением.

Особые указания

Если симптомы сохраняются или ухудшаются, вы должны проконсультироваться с врачом или профессиональным медицинским работником.

Этот продукт содержит лактозу. Пациенты с редкими наследственными проблемами непереносимости галактозы, дефицит лактозы Lapp или глюкозы галактоза энтеропатии не следует принимать это лекарство.

Беременность и период лактации

Не известна токсичность гомеопатически разведенных веществ, входящих в состав препарата при беременности и грудном вскармливании. Как для всех лекарств, необходимо проконсультироваться с врачом перед применением во время беременности и грудного вскармливания.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Не влияет на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.

Передозировка

Ни одного случая передозировки не зарегистрировано и не ожидается в связи с гомеопатическим разведением.

Форма выпуска и упаковка

По 50 таблеток помещают в полипропиленовый контейнер с крышкой-пробкой из полипропилена.

По 1 контейнеру вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках вкладывают в пачку из картона.

Условия хранения

Хранить в оригинальной упаковке при температуре не выше 30°C.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

5 лет.

12 месяцев после первого вскрытия контейнера.

Не использовать по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Производитель

Биологише Хайльмиттель Хеель ГмБХ
Д-р Рекевег-штрассе 2-4, 76532 Баден-Баден, Германия

Владелец регистрационного удостоверения

Биологише Хайльмиттель Хеель ГмБХ
Д-р Рекевег-штрассе 2-4, 76532 Баден-Баден, Германия

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

ТОО «АЕМ Services»
050040, РК, Алматы, пр. Аль-Фараби,
дом 75А, оф. 102–103
Тел.: +7 (707) 798 83 83
E-mail: aemservices@mail.ru

ТРАУМЕЛЬ С

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя
Комитета Фармации
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «4» марта 2019 г.
№N020127

Торговое название

Траумель С

Международное непатентованное название

Нет

Лекарственная форма

Раствор для инъекций 2,2 мл

Состав

2,2 мл раствора содержат

активные вещества – Arnica montana D2 2,20 мг, Calendula officinalis D2 2,20 мг, Chamomilla recutita D3 2,20 мг, Symphytum officinale D6 2,20 мг, Achillea millefolium D3 2,20 мг, Atropa bella-donna D2 2,20 мг, Aconitum napellus D2 1,32 мг, Bellis perennis D2 1,10 мг, Hypericum perforatum D2 0,66 мг, Echinacea D2 0,55 мг, Echinacea purpurea D2 0,55 мг, Hamamelis virginiana D1 0,22 мг, Mercurius solubilis Hahnemanni D6 1,10 мг, Hepar sulfuris D6 2,20 мг,

вспомогательные вещества: вода для инъекций, натрия хлорид.

Описание

Прозрачный, бесцветный раствор без запаха.

Фармакотерапевтическая группа

Препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата прочие.

Код АТХ M09AX

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Исследовать фармакокинетические свойства гомеопатических препаратов не представляется возможным.

Фармакодинамика

Препарат обладает противовоспалительным, анальгетическим, противозудным, антигеморрагическим, венотонизирующим, иммуномодулирующим и репаративным эффектом. Действие препарата базируется активации защитных сил организма и нормализации нарушенных функций за счет веществ растительного и минерального происхождения, которые входят в состав препарата в гомеопатических разведениях.

Кальций и такие растительные компоненты, как Aconitum и Arnica укрепляют стенки сосудов, уменьшают отечность и образование выпотов. Гомеопатические дозы ртути уменьшают степень воспаления. Aconitum, Arnica, Hamamelis, Hypericum, Millefolium, Bellis perennis останавливают кровотечение при травмах и препятствуют образованию гематом. Одновременно Aconitum, Arnica и Hypericum, вместе с Chamomilla, Atropa belladonna оказывают болеутоляющее действие. Hepar sulfuris и такие растительные компоненты как Arnica, Calendula, Echinacea и Symphytum активизируют обменные процессы и улучшают регенерацию, повышают иммунитет.

Краткая характеристика показаний к использованию отдельных компонентов рецептуры Траумель С:

Arnica montana D2 – Кровотечения, венозный стаз, миалгия после перенапряжений; заболевания артериальных и венозных сосудов. Любые травмы, контузии. Септические состояния; профилактика гнойных инфекций. Средство, тонизирующее мышцы.

Calendula officinalis D2 – Плохо заживающиеся раны, язвы, рвано-ушибленные раны, обморожения и ожоги кожи. Травмы с выраженным воспалением, нагноением и болезненностью. Способствует формированию здоровых грануляций и ускорению заживления первичным натяжением. Кровоостанавливающее средство.

Hamamelis virginiana D1 – Варикозные расширения вен, геморрой, кровотечения из кожи и слизистых оболочек. Повышенная болезненность вен. Воздействует на стенку вен (расслабленную). Снимает боль в послеоперационном периоде.

Achillea millefolium D3 – Различного типа кровоте-

ния, боли при судорогах. Ущемленная грыжа. Длительный лихорадочный синдром. Боль в виде пронизывающих ударов.

Atropa bella-donna D2 – Острые воспалительные заболевания с лихорадкой, особенно кожи и суставов. Гиперемия и отечность соединительной ткани и слизистых. Летучие ревматические боли, судорожные подергивания конечностей. Спазмы.

Aconitum napellus D2 – Острые воспалительные заболевания с лихорадкой; болезненные заболевания нервов. Поражение серозных оболочек и мышц (воспаление).

Mercurius solubilis Hahnemanni D6 – Склонность к нагноениям любого вида. Аппендицит. Заболевания печени с налетом на языке и отпечатками зубов, сильная жажда, зловонный запах изо рта. Увеличение и воспаление лимфатических желез, истощение. Поражение лимфатической системы, костей и внутренних органов. Боль в костях.

Hepar sulfuris D6 – Воспаление и нагноения кожи и слизистых оболочек.

Chamomilla recutita D3 – Резкие боли, состояния возбуждения, депрессии. Невыносимая боль с онемением. Маточное кровотечение. Люмбаго. Ригидность мышц шеи.

Symphytum officinale D6 – Ускоряет эпителизацию. Гастралгия, язва желудка и 12-перстной кишки. Повреждения синовиальных оболочек, сухожилий. Действует на суставы в целом. Несрастание костей при переломах. Покалывающая боль и болезненность надкостницы.

Bellis perennis D2 – Действует на гладкие мышцы кровеносных сосудов. Кровотечения, кровоизлияния. Растяжения, ушибы. Фурункулы. Экссудация, стаз, отеки. Мышечные боли, особенно после перенапряжений. Венозный застой. Травмы, особенно глубоких тканей.

Echinacea D2 – Поддерживающая терапия тяжелых лихорадочных инфекций (повышение иммунитета). Сиплотмы сепсиса. Рожистое воспаление и гнойные язвы. Фурункулы. Гангрена. Послеродовые инфекции.

Echinacea purpurea D2 – Поддерживающая терапия тяжелых лихорадочных инфекций (повышение иммунитета).

Hypericum perforatum D2 – Повреждение нервов, особенно на пальцах кистей и стоп. Крайняя болезненность. Существенно облегчает боль после операций.

Показания к применению

- травмы, такие как растяжения, вывихи, ушибы, гематомы, гемартрозы, переломы
- постоперационный и посттравматический отек, припухлость мягких тканей
- воспалительные и дегенеративные процессы, связанные с воспалением разных органов и тканей, в том числе опорно-двигательного аппарата (тендовагинит, стилоидит, эпикондилит, бурсит, плечелопаточный периартрит)
- артроз тазобедренного сустава, коленного и малых суставов
- сотрясение головного мозга

Способ применения и дозы

Взрослым и детям с 12 лет

Используют внутримышечно, подкожно, внутрикостно (в случае рубцов), внутрисуставно или внутрисуставно по 1–2 ампулы 1–3 раза в неделю. В острых случаях – ежедневно. Курс лечения: при вывихах и растяжениях – 2 недели и более, при воспалительных заболеваниях – не менее 3–4 недель. Поскольку опыт использования данного препарата детьми не имеет достаточного документального подтверждения, то детям до 12 лет принимать только после консультации с врачом.

Побочные действия

Редко

- кожные аллергические реакции (покраснение, припухлость и зуд) при гиперчувствительности к компонентам (например, тысячелистник обыкновенный, ромашка аптечная, ноготки лекарственные, маргаритка многолетняя, эхинацея, арника горная или к другим растениям семейства сложноцветных) при этих симптомах препарат следует отменить. Кожная сыпь и зуд, а также в редких случаях отек лица, одышка, головокружение и

падение кровяного давления, наблюдаются при лечении препаратами, содержащими экстракт эхинацея

- повышенное слюноотделение (меркуриус солибилис ганемани) (прием препарата отменить и проконсультироваться с врачом)

Противопоказания

- гиперчувствительность к одному из активных или вспомогательных веществ: тысячелистник обыкновенный, ромашка аптечная, ноготки лекарственные, маргаритка многолетняя, эхинацея, арника горная или других растений семейства сложноцветных.

Гомеопатическое лекарственное средства содержащее эхинацею, не следует использовать в случае:

- лейкоза и лейкозоподобных заболеваниях
- аутоиммунных заболеваниях (заболевания соединительной ткани, рассеянный склероз)
- хронических инфекционных заболеваниях (туберкулез, ВИЧ)

Лекарственные взаимодействия

Взаимодействия с другими лекарственными средствами не установлены.

Особые указания

Могут временно обостриться имеющиеся симптомы заболевания. В этом случае следует снизить дозу препарата и увеличить интервалы между его приемами или временно отменить прием препарата. Если симптомы не прекратились, необходимо обратиться за врачебной консультацией.

Применение в педиатрии

Поскольку опыт использования данного препарата детьми не имеет достаточного документального подтверждения, то детям до 12 лет принимать только после консультации с врачом.

Беременность и период лактации

Клинических данных относительно использования в период беременности и лактации не имеется.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Влияние на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами не установлено.

Передозировка

Случаи передозировки препарата не описаны.

Форма выпуска и упаковка

По 2,2 мл препарата в ампуле из бесцветного стекла, в верхней части ампулы – синяя точка. По 5 ампул в контурную ячейковую упаковку из ПВХ.

По 1 или 20 контурных упаковок вместе с инструкцией по применению на государственном и русском языках вкладывают в картонную коробку.

Условия хранения

Хранить во внешней картонной упаковке при температуре от 15°C до 30°C.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

5 лет.

Не использовать после истечения срока хранения, указанного на упаковке.

Условия отпуска из аптек

По рецепту

Производитель/Упаковщик

«Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ», Германия
Д-р Рекевер-Штрассе 2-4, 76532 Баден-Баден

Наименование и страна владельца

регистрационного удостоверения

«Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ», Германия

Адрес организации на территории Республики Казахстан, принимающей претензии

(предложения) по качеству лекарственных средств от потребителей, ответственной за

безопасностью лекарственного средства:

ТОО «АЕМ Services»

050040, РК, Алматы, пр. Аль-Фараби,

дом 75А, оф. 102-103

Тел.: +7 (707) 798 83 99

E-mail: aemservices@mail.ru

Тайны соляных пещер

В последнее время доктора констатируют увеличение числа хронических дыхательных недугов у малышей, подростков и взрослых. Среди многочисленных рекомендаций таким людям часто звучит название «спелеокамера». Полезно ли посещать соляную комнату и можно ли с ее помощью вылечить болезни дыхательных путей?

Немного истории

Процедуры, связанные с вдыханием чистого воздуха в соляной комнате, получили название галотерапия. Широкое применение этот метод получил в конце 80-х годов прошлого века. Однако о свойствах соли обеззараживать воздух знали еще в Древней Греции, где довольно много природных соляных пещер. Этот метод первыми в Европе опробовали поляки, которые попытались построить лечебницу, имитирующую климатические условия солевых шахт.

Первая искусственная камера, в которой можно было подышать аэрозолем соли, появилась на просторах бывшего СССР в городе

Пермь в 1982 г. Минздрав СССР официально принял и утвердил методику в 1990 г. Сейчас спелеокамеры можно встретить почти в любом приличном санатории, в некоторых клиниках и оздоровительных центрах.

Соляные пещеры (медицинское название – галокамеры) пользуются большой популярностью в наши дни. Такие пещеры предоставляют собой комнату, стены, пол и потолок которой полностью покрыты солью. Любой обыватель знает, что пары этого минерала благоприятно влияют на органы дыхания, иммунную систему. Но далеко не всем известны истинные польза и вред соляной пещеры.



Принцип действия

В спелеокамерах стараются создать условия, максимально приближенные к естественному климату соляных пещер и шахт. Сухой аэрозоль соли, по отзывам специалистов, разжижает бронхиальный секрет, вместе с которым организм человека покидают аллергены, токсины, бактерии. Мерцательный эпителий быстрее восстанавливается, из-за чего дыхательные недуги, такие, как бронхиальная астма, бронхиты, аллергические респираторные заболевания и некоторые другие удается вылечить быстрее.

Дело в том, что сухая распыленная соль имеет высокую проникающую способность, и даже в малых количествах микроскопические частицы соли проникают глубоко в дыхательные органы и ткани. Соль на стенах и потолке способствует созданию полностью безаллергенного пространства.

Обычно в спелеокамере человек находится по 10–15 минут. Длительность среднего курса – около двух недель. Такие процедуры детям могут быть назначены не только при болезнях дыхательной системы, но и после сильного эмоционального потрясения, которое



перенес ребенок, при некоторых кожных проблемах, а также во время восстановительного периода после хирургических операций.

Официально противопоказаниями к такому лечению считаются туберкулез легких, ОРВИ или грипп в остром периоде, а также детский возраст до 3 лет.

Соляные пещеры в косметологии

В косметологической практике соляные пещеры помогают избавиться от угревой сыпи или акне. Полезные пары подсушивают кожу, дезинфицируют ее. Этот эффект

полезен при экземе, аллергической сыпи. Частицы соли галокамер способствуют омоложению кожных покровов. Микроциркуляция в подкожных капиллярах и у волосяных фолликулов улучшается. Вследствие этого клетки поверхности лица обновляются, оно становится более ровным и подтянутым. Волосы на голове растут активней, стимулируется рост новых волос.

Пользу соляных пещер для организма оценят и больные псориазом. При регулярном прохождении процедуры (каждый день 30 минут в течение 15 дней) значительно снижается выраженность зуда, образование чешуек.

Чем полезна соляная комната?

Польза и вред соляных шахт несоизмеримы. При разумном подходе и отсутствии противопоказаний они благоприятно влияют на здоровье человека. Считается, что один сеанс пребывания в соляной пещере равнозначен четырем дням отдыха на морском побережье.

Вдыхание паров соли улучшает общее самочувствие и повышает настроение. Уже после первого сеанса пациенты отмечают уменьшение усталости, снятие внутреннего напряжения. Благодаря высокой концентрации отрицательных ионов в воздухе соляной пещеры, обменные процессы протекают быстрее. Это приводит организм в тонус.

Еще одно полезное свойство галокамеры – повышение общего



и местного иммунитета. Увеличивается устойчивость к патогенным микробам, повышается активность лимфоцитов – «стражей» организма.

Отрицательные ионы угнетают выработку медиаторов воспаления в слизистой оболочке дыхательных путей. Благодаря этому снижается интенсивность воспалительного процесса, уменьшается отек ткани, вырабатывается меньше слизи.

В комплексе с медикаментозным лечением соляные пещеры борются с симптомами хронических болезней дыхательных путей:

- кашлем;
- одышкой;
- насморком;
- болью в горле.

Полезность соляной пещеры для здоровья не ограничивается воздействием на дыхательную и иммунную системы. Она благоприятно влияет на процессы кроветворения. После нескольких сеансов спелеотерапии повышается уровень гемоглобина – белка, необходимого для транспорта кислорода к тканям.

Полезность соляной комнаты для ребенка выше, чем для организма взрослого. Детский организм более лабилен и податлив изменениям. Потому в детском возрасте можно предотвратить патологические изменения, которые уже укоренились у взрослого.

Гиперактивные дети младшего возраста в соляной пещере расслабляются и успокаиваются. Подростки во время сеанса спелеоте-

рапии, эмоциональной лабильностью подростка. При таком состоянии рекомендуется пройти курс лечения в галокамере.

Соляная пещера показана при всех заболеваниях ЛОР-органов:

- рините – воспалении слизистой носа;
- трахеите – воспалительном процессе в трахее;
- ларингите – инфекции гортани;



рапии отвлекаются от проблем в школе, со сверстниками.

Для многих детей в период пубертата характерно состояние под названием вегетососудистая дистония (ВСД). Оно характеризуется неустойчивостью тонуса сосудистой стенки, резкими перепадами артериального давления и сердце-

- бронхите – воспалении слизистой бронхиального дерева;
- пневмонии – инфекционном воспалении легких.

Полезность галокамеры для ребенка не ограничивается лишь ее лечебными свойствами. Периодическое посещение солевой пещеры повышает иммунитет и является эффективной профилактикой вирусных и простудных заболеваний.

Галотерапия в пожилом возрасте

Лечение в галокамере или прохождение курсов галотерапии с профилактической целью в пожилом возрасте показано тем пациентам, которые имеют бронхолегочную патологию первичного или вторичного генеза. Так, использование соляных камер может оказаться целесообразным не только при хроническом бронхите, но и при выраженной кардиальной патологии с развитием застоя в малом круге кровообращения и возникновением одышки.

В то же время галотерапия может использоваться и при сахарном диабете, например, с целью общего укрепления иммунитета, который резко снижается при этом забо-





лвании. Поэтому, если у вас есть возможность пройти курс лечения в соляной камере, не отказывайте себе в этом, и такое лечение, пусть даже профилактическое, сможет дать впечатляющий результат!

Можно ли посещать соляную камеру при беременности?

Пребывание в окружении соли принесет ощутимую пользу здоровью будущей маме и особенно рекомендуется, если она:

- страдает хронической болезнью дыхательных путей или астмой и находится в ремиссии;
- страдает дерматитом, псориазом, себореей, угревой сыпью и др.;
- до оплодотворения работала на вредном производстве;
- курила в течение нескольких лет;
- подвергалась сильным нагрузкам на нервную систему, чувствует постоянную усталость и упадок сил.

Курс поможет избавиться от нарушений сна, укрепит дыхание и нормализует кровяное давление, улучшит кожу и в целом благотворно скажется. Важно, что какие-ли-

бо побочные негативные эффекты отсутствуют. Если нет противопоказаний, регулярное пребывание в галокамере принесет только благоприятное воздействие.

Действие соляной комнаты основано на активизации собственных защитных сил организма, поэтому если есть опасность обострения негативных процессов, галотерапию лучше отложить до более благоприятного периода. Посещение может нанести вред будущей матери при:

- среднем или тяжелом токсикозе;
- наличии онкозаболевания;
- эпилепсии;
- эндокринных расстройствах;
- инфекционных заболеваниях;
- хронических болезней в острой форме, воспалениях, нагноениях;
- угрозе прерывания, кровотечении, других осложнениях;
- сердечной и сосудистой недостаточности.

Посещать галокамеру беременной можно лишь после консультации у лечащего врача или гинеколога.

Во время беременности женщины ограничены в выборе лекар-

ственных препаратов, так как не все они безвредны для плода. Галотерапия – это эффективное восстанавливающее воздействие без лекарств, которое помогает:

- насытиться кислородом;
- нормализовать выделение бронхиальной слизи и выведение мокроты;
- наладить обменные процессы, улучшить выведение токсинов и продуктов переработки, снизить вероятность развития токсикоза;
- снизить проявления стресса;
- улучшить работу сосудов, стабилизировать давление крови, избавиться от головных болей;
- укрепить нервную систему, ведь, как известно, все болезни происходят от расстройства нервов;
- улучшить состояние кожи благодаря общей нормализации метаболических процессов и уничтожению очагов бактериальной инфекции на кожных покровах;
- повысить стимуляцию выработки антител.

Замечено, что сеансы оказывают благоприятное влияние не толь-





ко женщине, но и ее ребенку. Дети, матери которых во время ожидания прошли лечение, обладают высоким иммунитетом, реже болеют в первый год своей жизни и более активно сопротивляются инфекциям. Наибольшую пользу пещеры приносят условно здоровым людям, являясь великолепным профилактическим средством против множества болезней, а также с хроническими ЛОР и кожными проблемами. Результатом лечебно-профилактического курса становится окрепшее здоровье, превосходное самочувствие, спокойное, уравновешенное состояние и, как итог – благополучное рождение здорового ребенка.

Частота посещения соляной пещеры и продолжительность курса строго индивидуальны. Они варьируются в зависимости от желаемого эффекта, тяжести состояния пациента. Доктор, оценив все полезные свойства и возможный вред, порекомендует пациенту необходимую длительность курса.

Противопоказания к галотерапии

Соизмеримость пользы и вреда соляной камеры зависит от того, в каком состоянии человек посещает ее. Не допускается посещение пещеры при наличии активного воспалительного процесса, высокой температуры, тяжелого общего состояния больного.

Что касается заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной систем, посещать галокамеру разрешено только в стадии компенсации патологического процесса. Это подразумевает отсутствие симптомов заболевания, нормальные лабораторные показатели. Если пойти в солевую пещеру при наличии сердечной недостаточности, сахарного диабета в стадии декомпенсации, все полезные свойства нивелируются. Это принесет много вреда, усугубив течение основного заболевания.

Онкологические заболевания (особенно злокачественные), тяжелые психические расстройства, алкогольная и наркотическая зависимость – при всех этих состояниях процедура принесет только вред.


Абсолютное противопоказание к посещению солевых шахт – повышенная чувствительность к галоаэрозолю. В таком случае у человека возникнет аллергическая реакция. Она может быть нетяжелой (аллергический ринит, высыпания на коже) или угрожающей жизни (анафилактический шок, отек Квинке).

Осложнения после посещения галокамеры

Хотя полезные свойства галокамеры велики, в редких случаях после ее посещения развиваются осложнения. Обычно это связано с тем, что люди проходят процедуру, несмотря на наличие противопоказаний. Но и при их отсутствии могут появиться неприятные симптомы. Чаще всего они кратковременны и проходят самостоятельно.

Польза и вред соляной пещеры несоизмеримы. Полезные свойства, которыми она обладает, значительно превышают возможные негативные последствия. Но перед посещением нужно обязательно исключить наличие противопоказаний. Тогда процедура принесет одно удовольствие!

Подготовила Ольга Шматова



5 трендов австралийского фармбизнеса

Если слабые и дотационные рынки вызывают печаль, то сильные игроки – восхищение, смешанное с завистью. К тому же именно на крепких рынках разворачиваются самые горячие бизнес-баталии и формируются ключевые тенденции для всей фарминдустрии. Следить за событиями в странах с развитой фармой – практически то же самое, что и просмотр увлекательного сериала, такими внезапными иногда бывают повороты сюжета. Наверное, поэтому фармацевтический рынок Австралии не перестает будоражить мировое сообщество, несмотря на видимую отдаленность континента кенгуру и саванн.

Big Pharma VS Австралия

Довольно смелая постановка вопроса, но, судя по новостям за последние несколько лет, так оно и есть. Австралийское правительство судится с мировыми фармгигантами, требует от них этичности, внимания к нуждам пациентов, честного промоушна и справедливых цен. Позиция, достойная уважения. Но не слишком популярная в бизнес-кругах. Хотя Австралию это не интересует: власти в курсе, каким лакомым кусочком является их государство. Прежде всего, это одна из немногих стран, где создаются благоприятные условия для инновационных производств: ежегодно в создание и разработку оригинальных эффективных препаратов инвестируется приблизительно \$750 млн. Фармпромышленность, в которой задействовано около 14 тыс. человек, реализует внутри страны лекарственные средства на сумму более \$11 млрд в год. Лекарственный экспорт оценивается в среднем в \$4 млрд. Логичные цифры, ведь Австралия занимает шестое место в мире по расчету ВВП на душу населения, что делает ее одной из самых успешных стран. Здравоохранение Австралии, по версии жур-

нала Newsweek, занимает третье место на земле, а фармацевтическое обслуживание населения, по версии Гильдии фармацевтов Австралии, – самое лучшее в мире.

На государственную программу лекарственного обеспечения (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) правительство тратит около \$7,65 млрд в год. И основная суть конфликта между ним и фармацевтическими компаниями – в попытках эту сумму уменьшить. Так, в 2017 г. Австралия объявила о снижении цен на 1100 наименований лекарственных средств, включенных в PBS. В том числе на рецептурные препараты, предназначенные для лечения таких заболеваний, как болезнь Паркинсона, рак молочной железы, экзема, псориаз и др. При этом было отмечено, что самыми дорогими препаратами являются Harvoni, который обходится правительству в 385 млн австралийских долларов, Humira (335 млн австралийских долларов) и Lucentis (217,8 млн австралийских долларов).

Вообще, все лекарственные средства, которые поступают в австралийские аптеки, имеют подтверждение безопасности и эффективности. Сегодня в Австралии работает более 5 тыс. розничных аптек, которые обслуживают свыше 10 тыс. дипломированных фармацевтов. По статистике, средний житель Австралии посещает аптеку 14 раз в году, а все аптеки ежегодно отпускают лекарства примерно по 275 млн рецептов, в том числе 192 млн – по социальной программе PBS.

Впереди планеты всей

Какие же тренды диктует сегодня один из ведущих фармрынков мира?

Тренд № 1. Онлайн-жалобы на рекламу

Управление по контролю оборота лекарственных средств и изделий медицинского назначения Австралии (TGA) сообщило о запуске летом 2018 г. онлайн-платформы, где потребители могут сообщить о сомнительной, вводящей в заблуждение рекламе лекарственных средств и медицинских устройств.

По заявлению регулятора, новый ресурс содержит информационные бюллетени, модули онлайн-обучения потребителей и рекламодателей, форму для сообщений о рекламе сомнительного качества. Новая платформа дает возможность проверить, разрешена ли реклама конкретных терапевтических продуктов для широкого круга лиц. Кстати, TGA является единственной организацией в стране для рассмотрения жалоб на рекламу с полномочиями наложения штрафов и введения санкций в отношении рекламодателей, не соблюдающих правила.



Тренд № 2. Умеренная лояльность к гомеопатии

В 2017 г. в Австралии, как и во многих других странах, были попытки запретить продажу гомеопатических препаратов. Однако правительство страны не решилось на запрет продаж такой продукции, заявив, что потребитель должен самостоятельно уточнять у фармацевта, является ли лекарственное средство эффективным. У части фармацевтического сообщества такая формулировка вызвала непонимание, другая часть посчитала ее логичной. Иными словами, четкой позиции по дискуссионному вопросу в стране пока нет.

Тренд № 3. Расширение полномочий фармацевта

Аптечные работники австралийского штата Квинсленд оказы-



вают давление на правительство с целью получения разрешения на выписку повторных рецептов и проведения более масштабных кампаний по вакцинации.

Власти, в свою очередь, согласились рассмотреть это предложение. В Минздраве заявили о готовности к обсуждению идеи расширения роли

аптек в сфере здравоохранения.

Представители Гильдии фармацевтов Квинсленда полагают, что вполне могут выписывать рецепты на такие препараты, как «Виагра» и средства контрацепции, таким образом, уменьшив нагрузку на работников здравоохранения. Судя по всему, скоро они этого добьются.

Навязчивая коала и кенгуру-террорист: будни австралийских фармацевтов

Аптечные работники в Австралии следуют правилам, даже когда это идет вразрез с общественным мнением. Так, например, в сентябре этого года в городе Портленд в аптеку трижды за день заходила... коала (!), чтобы прогуляться меж стеллажей. Причиной такого интереса животного мог стать запах эвкалиптового масла, которое входит во многие препараты, ведь в природе коалы питаются эвкалиптом.

Когда сотрудники пытались выдворить животное из помещения, коала пряталась на парковке, а спустя какое-то время снова проникала внутрь аптеки. После третьего посещения фармацевт выпроводил коалу на улицу, что вызвало резонанс среди защитников животных. Учитывая, что дело происходило на оживленной улице с плотным дорожным движением, равнодушные посетители аптеки вызвали спасателя, который отвез коалу в лес. Аптечный работник при этом был выставлен прессой в невыгодном све-

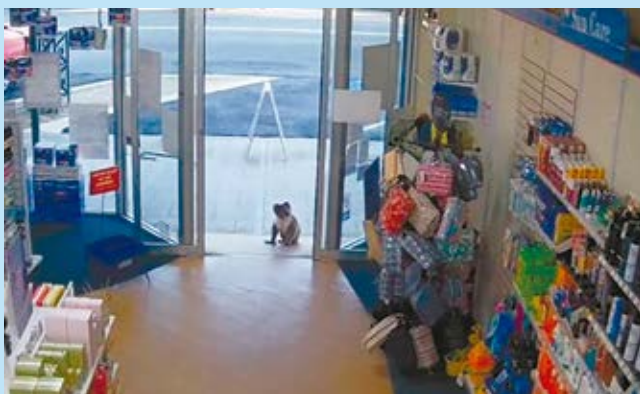


те как «бесчувственный» и «бессердечный». Отсюда вывод: неправильно, когда сердобольный провизор пускает котика или собачку погреться под прилавком. Но и имидж фармацевта как сочувствующего и заботливого специалиста ломать не нужно. Всегда важна «золотая середина», а животное можно поручить службам, которые о нем позаботятся.

Кстати, это не первый раз, когда покой австралийских фармацевтов тревожит местная богатая фауна. Несколько лет назад сенсацией стал «захват» кенгуру аптеки в Мельбурне.

К задержанию «преступника» были привлечены ветеринары. Весь процесс напоминал реалити-шоу, так как аптека находилась в аэропорту, и сквозь стеклянные стены посетители терминала могли видеть все в деталях. В итоге кенгуру-террорист оказался еще и пострадавшим. Животное попало под автомобиль, и ему сломали лапу. В результате зверь проявил агрессию там, где в любом другом случае предпочел бы бегство.

Женщина-зоолог исхитрилась набросить на зверя кусок брезента, и вдвоем с крепким полицейским им удалось спеленать одуревшее от боли и стресса животное и оказать ему помощь.





Тренд № 4. Укрупнение аптечных сетей

Логичный процесс для большинства развитых стран нашел свое отражение и на австралийском фармынке. Так, две крупнейшие сети Chemmart и Terry White Group договорились о слиянии. В результате сделки была создана розничная сеть, под управлением которой



находится 500 точек, а ее оборот достигает \$2 млрд. Совместное предприятие заняло 15 % австралийского рынка, объем которого, кстати говоря, составляет \$15,8 млрд.

О тенденции к укрупнению говорит и тот факт, что на Австралию расширяется американская аптечная сеть Walgreens Boots Alliance. Знаменитая сеть зарегистрировала свой товарный знак в австралийском патентном бюро и хочет создать франчайзинг, чтобы получить возможность торговать через местные аптеки.



Тренд № 5. Ответственность за неэтичность

С этого мы начали наше путешествие в фармацевтическую Австралию, и этим имеет смысл его завершить. На родине волнистых попугаев правительство не стесняется подавать в суд на сколь угодно уважаемые фармкомпании. Антимонопольный комитет с азартом судился с гигантами вроде Pfizer, GlaxoSmithKline и Novartis, требуя от них не вводить потребителя в заблуждение, преувеличивая эффективность препаратов, не монополизировать рынок, не завышать цены. Пока лишь немногие иски были удовлетворены в пользу австралийских инициаторов, но, тем не менее, это серьезный тренд, на который уж точно стоит ориентироваться в главном: конкурировать на рынке нужно честно.

Источники: The Pharma Letter; Reuters; The Conversation; 4BC; The Guardian; Daily Mail.

Светлана Вешняя
amm.net.ua



Бесплатная вакцина = победа над раком

Профилактика как основа здравоохранения во многом зависит от доступности для населения. В Австралии проводится бесплатная вакцинация даже от такого заболевания, как рак шейки матки. И результаты не заставили себя ждать: согласно итогам последнего исследования, уровень инфицирования ВПЧ среди женщин в возрасте 18–24 лет упал с 22,7 % до 1,1 %. Такими темпами можно будет победить рак шейки матки через 10–20 лет, отмечают создатели вакцины.

Впервые опубликовано в журнале «PharmaChief» amm.net.ua/australia.html#tmi



Как сообразать быстрее остальных

Как говорил Бернард Шоу, если у вас и у меня есть по яблоку, и мы ими обменяемся, то у нас останется по одному яблоку. А если у вас и у меня есть идея, и мы ими обменяемся, то у каждого будет по две идеи. Поэтому коллекция идей, особенно ценных, – это тот актив, который всегда остается с вами.

Деньги в наше время достаточно быстро обесцениваются, а навыки человека, подходы к аптечным консультациям и идеи будут только дорожать.

Каждый раз, когда человек сталкивается с новой задачей или проблемой, нужно понять, разобраться, как ее решить. Если ответ не находится, нужно найти людей, которые уже были в подобной ситуации и решили эту проблему. Если проблема ну никак не решается, то делаем вывод, что проблема нерешаемая, и перестаем о ней думать, потому что это энергоотсос, не можем решить проблему – изменяем отношение к ней. Если кошке не удалось поймать мышь, она делает вид, что погналась за листиком!

Эра информационной доступности дает колоссальные возможности для развития! С другой стороны, не нужно много запоминать, главное знать, куда подсмотреть, где найти нужную информацию, уметь быстро читать, сшивать информацию, выделять первостепенное, проводить параллели и сообразать.

Если вы хотите стать профессионалом, достойно жить в нашем высококонкурентном мире, – крайне важно постоянно повышать свой уровень!

Как мы понимаем, невозможно один раз выучиться на всю жизнь, хотя такой соблазн есть.

Многие предпочитают учиться только на практике, методом собственных проб и ошибок.

Это достаточно болезненный и кровавый процесс обучения, особенно если мы говорим о профессиях, связанных с медициной и фармацевтикой.

Иногда можно услышать мнение, мол, в книгах правды нет. Это наивная и ошибочная концепция. Да, сами по себе знания без практического применения пользы приносят мало, но тем не менее, прежде чем делать, нужно спланировать КАК это делать и ЗАЧЕМ это делать.

Поэтому, призыв к ВАМ: Сделайте свой ум острым, как скальпель!

Вот такая история, основанная на реальных фактах.

В 1994 г. Эндрю Гроув, глава Intel, сделал анализ крови и получил тревожный результат: PSA (специфический антиген простаты) – 5, что указывало на опухоль простаты размером с кусочек сахара. Гроуву посоветовали первым делом обратиться к урологу. Большинство так бы и поступило, но не Эндрю Гроув. Он обложился статьями, написанными

учеными-медиками для ученых-медиков. Погрузился в данные исследований. Как на самом деле следует расшифровывать данные теста PSA? Как с биохимической точки зрения функционирует организм человека? Какова статистика по раку простаты, каковы преимущества и недостатки каждого из вариантов лечения? Гроув решил «протестировать тесты» и сдал кровь на анализ в несколько разных лабораторий, чтобы проверить погрешность измерений. Лишь после такой подготовительной работы он отправился к урологу.

Кстати говоря, многие люди, если узнают о плохих результатах анализа, склонны проходить через фазу так называемого **ОТРИЦАНИЯ**, то есть не признают результатов анализов.

Часто я эту модель объясняю на своих тренингах:

1 стадия – отрицание (человек отказывается принимать то, что с ним случилось);

2 стадия – гнев (на этом этапе проявляется агрессия ко всему окружающему миру);

3 стадия – торг (появляются мысли о том, чтобы договориться о лучшей участи);

4 стадия – депрессия (на данном этапе человек может круглые сутки находиться в депрессивном состоянии);

5 стадия – принятие (согласие с неизбежной участью).

Но даже тогда Гроув не оставил свое лечение на усмотрение врача. Сделав МРТ и сканирование костей, он провел новый цикл исследований, обратившись непосредственно к источникам, опирающимся на первичные данные. Он прочитал книгу, посвященную раку простаты, собрал все статьи, которые упоминались в ее библиографии, изучил их, затем отыскал статьи, опубликованные через полгода-год после выхода

книги в свет, а затем обратился к той литературе, которая цитировалась в статьях. Днем Гроув в обычном режиме продолжал выполнять обязанности генерального директора, а ночью занимался исследованиями рака простаты, сверяя различные данные и стараясь их осмыслить. В итоге он понял, что врачи яростно спорят о методах лечения рака и что ему придется принимать решение

Сейчас, во время переизбытка информации, лучшим решением является научиться ее «сшивать» и синтезировать!

самому. На основании собранных данных он выстроил обоснованный и логичный план лечения.

«Как пациент, чья жизнь и благополучие зависели от правильного выбора, – писал он впоследствии в журнале Fortune, – я понял, что мне предстоит собственное междисциплинарное расследование».

Он сделал биопсию, которая подтвердила наличие умеренно агрессивной опухоли, и сосредоточил свои выдающиеся интеллектуальные способности на поиске ответа, что делать дальше. Лечение рака обычно состоит из комбинации довольно опасных процедур: большого разреза (хирургическая операция), поджарят (облучение) или отравят (химиотерапия). У любой процедуры свои последствия, побочные эффекты и коэффициент благополучного исхода, причем у каждого врача имеются собственные предпочтения в зависимости от специализации (как говорится, с точки зрения молотка, любой предмет – гвоздь). Гроуву попадались сторонники традиционной хирургии, криохирургии, интенсивного облучения и смешанных терапий. Традиционная мудрость настаивала на операции, но личное и прямое изучение данных привело Гроува к иному решению: он предпочел комбинированную радиотерапию. В итоге, как вспоминал Гроув, «я сам составлял статистику».

Конечно, коллеги, многие из вас подумают про себя: «Господи, какая самоуверенность! Он что, возомнил себя умнее врачей?».

Но взгляните на ситуацию с его стороны: Гроув обнаружил в рядах медиков неуверенность, отсутствие единого мнения на фоне стремительно развивающихся технологий. Если бы речь шла о переломе руки, когда лечение понятно и летальный исход или инвалидность не грозят, Гроув не потратил бы сотни часов, составляя для врачей таблицы и диаграммы. Но в данном случае не существовало

однозначно верного метода, а речь шла о жизни или смерти! Гроув поступил мудро, он сделал домашнее задание, в своих решениях он опирался исключительно на факты.

Вы наверняка знаете, что в ряде ситуаций наши решения часто идут вразрез с обычаями и общим мнением. Это отнюдь не ради того, чтобы доказать свою независимость и продемонстрировать упрямство. Задача вовсе не в этом, а в том, чтобы с **помощью эмпирических данных подкрепить свое независимое суждение и направить свой творческий диагностический инстинкт!**

Действовать логично и эмпирически – значит полагаться на прямое наблюдение, проводить эксперименты, перепроверять информацию, разбираться со статистикой, а не только опираться на мнения «экспертов», причуды различных кафедр, традиционные взгляды, авторитетов либо непроверенные инновационные, и на первый взгляд, привлекательные идеи!

Тщательное выполнение домашнего задания позволяет некоторым личностям предпринимать достаточно дерзкие шаги с большей долей творческого мышления, при этом риск значительно уменьшается.

Исследовательский талант Гроува спас ему жизнь.

Сделайте ваш мозг острым, как бритва, и гибким, как пластик!

Юрий ЧЕРТКОВ,

бизнес-тренер, директор компании «Агентство Медицинского Маркетинга»

amm.net.ua

99 % любой информации, даже самой секретной, можно найти в Интернете и в книгах, ее можно найти «между строк», ее можно синтезировать, самостоятельно сопоставив факты!

Вздутие живота? ОРЛИКС® – ешьте с удовольствием!

Зачастую даже здоровые люди, которые не имеют каких-либо заболеваний желудка, могут испытывать неприятные ощущения после еды, описываемые как вздутие живота. Особое беспокойство вызывает тот факт, что человек использует привычные для себя продукты, не злоупотребляя их количеством. Вздутие живота, которое к тому же иногда сопровождается громким урчанием, не только привлекает внимание окружающих, но и доставляет человеку немалый дискомфорт.

Само по себе вздутие объясняется избыточным скоплением пищеварительных газов в кишечнике, которые стремятся вырваться наружу. При неблагоприятном исходе ситуации – когда газы выходят с характерным «взрывным» звуком, на языке медиков это называется флатуленцией – человек может оказаться в крайне неловком положении. Как ни странно, корень проблемы уходит в продукты, которые считаются основой здорового питания.

В частности, вегетарианцы, а также те, кто соблюдает строгую овощную диету, употребляют в пищу большое количество продуктов растительного происхождения. С одной стороны, эти продукты полезны и необходимы организму любого человека, так как содержат большое количество пищевых волокон (клетчатки). С другой – помимо пищевых

волокон, в этих продуктах присутствует много «проблемных» углеводов, которые у большинства людей не перевариваются в тонком кишечнике. Неприятными последствиями этого является избыточное скопление газов, которые и вызывают вздутие живота.

Газы в кишечнике доставляют не только физический, но и серьезный психологический дискомфорт: человек боится оказаться в неловкой ситуации, не может расслабиться и получать удовольствие от общения и застолья, целиком концентрируясь на своей проблеме.

Провокаторы газов и вздутия

К несчастью, именно здоровая, богатая клетчаткой пища зачастую становится причиной пикантной проблемы.

К продуктам, которые могут вызывать метеоризм, относятся:

все виды фасоли, капусты и чечевицы; кольраби, брюссельская и цветная капуста, брокколи, щавель, все виды салатов, лук, чеснок, морковь, петрушка, мука и мучные изделия (особенно из непросеянной муки), фисташки и кунжут, соевые бобы и соевые продукты (соевое молоко, тофу), виноград, крыжовник, яблоки.

Как победить вздутие

Как не оказаться в крайне неприятной ситуации, избежать дискомфорта и при этом не ограничивать себя в выборе блюд? Для решения этой проблемы существует новая биологически активная добавка к пище под названием ОРЛИКС®. Продукт содержит природный фермент альфа-галактозидазу, препятствующий газообразованию, что позволяет использовать его как «в особом случае», так и на регулярной основе, не опасаясь привыкания и побочных эффектов. Чтобы предупредить вздутие, достаточно применять ОРЛИКС® с первыми порциями пищи при употреблении продуктов, вызывающих метеоризм.

Предупредить метеоризм гораздо легче, чем его лечить. С ОРЛИКС® вам не придется отказываться от общения или от любимых блюд. Забудьте о вздутии и наслаждайтесь едой.

ЗАБУДЬТЕ О ВЗДУТИИ! ЕШЬТЕ С УДОВОЛЬСТВИЕМ



- Помогает ПРЕДОТВРАТИТЬ вздутие живота
- Содержит натуральный фермент альфа-галактозидазу, расщепляющий олигосахариды, содержащиеся в овощах, фруктах, бобовых и цельных злаках до более простых форм
- СПОСОБСТВУЕТ УСВОЕНИЮ ГАЗООБРАЗУЮЩИХ ПРОДУКТОВ БЕЗ НЕПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Рекомендуется принимать Орликс с первыми порциями пищи:



Лёгкий перекус



Завтрак, обед или ужин



Застолье

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов, беременность, кормление грудью, дети до 3 лет.

Свидетельство о государственной регистрации: RU.77.99.88.003.E.005720.12.18 от 21.12.2018 г.

В
VALENTA

ТОО «Валента Азия»

Республика Казахстан, 050009, г.Алматы, пр.Абая, дом № 151, офис №1102

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



Как рождались легенды фармации

Необходимость в препаратах, способных утолить боль и вылечить хворь, люди испытывали всегда, но первые упоминания о них относятся к 3500 г. до н. э., когда шумерский целитель Лю-лю написал на глиняных пластинках первую в мире фармакопею. Уже тогда люди обращались к окружающему миру в поисках целебных средств. И сегодня, спустя века, существует более 200 тысяч различных лекарственных средств, и все они имеют свою историю.

Все началось с кореньев

Расшифрованная в 1956 г. первая фармакопея подтвердила очевидный факт: в древности люди лечились с помощью средств, содержащих животные и растительные компоненты. Популярными лекарствами были молоко, змеиная кожа, тмин, всевозможные семена, корни, ветви, а также натрий хлорид (соль) и калий нитрат. В прежние века люди знали и простейшие способы их приготовления: сушка, выпаривание, растворение, кипячение и др. Простейшие препараты описаны и в «Каноне о корнях и травах», датированном 1700 г. до н. э. В этом источнике всего около 800 рецептов. Большим вкладом в мировое лекарствоведение стали, конечно, труды Гиппократов, который также предлагал применять для лечения естественные препараты: минералы, мед, растения и т. п. А в Риме Гален открыл способы получения настоек на вине, сиропах, маслах, а также технологии растворов, пластырей и порошков. Подходы корифеев веками оставались основой мировой фармации, до тех пор, пока не появилась она – химия.

Открытия тысячелетия

Большим прорывом стало открытие великого врача и химика Парацельса (1493–1541), который считал все процессы в человеческом организме химическими и уверял, что здоровье человека зависит от равновесия трех элементов: ртути, серы и соли. Если равновесие нарушено, появляются заболевания. Для лечения химик предложил использовать металлы и химические соединения. Последователем этой теории стал и Ван Гельмонт (1579–1644), который после долгих лет опытов предложил нитрат серебра в качестве прижигающего средства для ран, открыл понятие «газ» и при избытке кислот в желудке лечил их щелочами. В истории ученый закрепился как «основатель биологической химии».

В это время аптеки превращаются в настоящие химические лаборатории (а порой и научные центры), а аптекари – в специалистов, сочетающих обязанности врачей и химиков. Экстемпоральная рецептура процветает. Выдающийся ученый Карл Вильгельм Шееле (1742–1786) в своей лаборатории нашел способ



получения фосфора, хлора, открыл марганец, мышьяковистый водород и мышьяковую кислоту, а также молочную, виннокаменную и другие кислоты. Благодаря таким открытиям стали возможны фитохимические методы. Так, опий, известный еще со времен Древней Греции и Рима, начал подвергаться химической обработке в XVII в. В Индии и Китае стали применять его как одурманивающее средство. После нескольких «опиумных» войн врачи и фармацевты долго искали средство, способное выступить в роли заменителя. И, наконец, в 1806 г. немецкий аптекарь Фридрих Сертюрнер смог выделить из опия кристаллы, которые назвал «морфий» – в честь бога сновидений Морфея.

XIX век: спасение от инфекций

В этот период производство лекарственных средств становится промышленным, в связи с чем появляются целые заводы. А в аптеках изготавливают различные настойки и экстракты.

Важнейшее открытие XIX в. – аспирин. Эта заслуга принадлежит химику Феликсу Хоффману. Согласно легенде, отец ученого болел ревматизмом и практически не мог передвигаться. Любящий сын искал лекарство





сделал из этого практического вывода, важного для медицины. Использовать кокаин для местной анестезии предложил профессор Василий Анреп в 1879 г. Через пять лет к этому вопросу вернулся знакомый Фрейду окулист Карл Коллер, который проводил опыты на себе, нанося раствор кокаина на слизистую глаза. Тогда-то ученый и пришел к выводу, что кокаин отлично справится с ролью обезболивающего средства и предложил использовать его при операциях на глазах. Кокаин играл роль местной анестезии по всему миру, однако по понятным причинам всегда вызывал недоверие у врачей. Со временем, когда выяснилось, что наркотический эффект средства превосходит его пользу, кокаин потерял свои позиции анестетика. На смену ему пришел новокаин, открытый А. Айнхорном в 1905 г., который оказался веществом, в 16 раз менее токсичным, чем кокаин.

Гормон и сахар

Во второй половине XIX в. началось изучение поджелудочной железы. Немецкий исследователь Оскар Минковски нашел связь между работой железы и содержанием сахара в крови. Позднее канадский ученый Фредерик Бантинг усовершенствовал технологию и стал готовить лекарство из вытяжки поджелудочной не родившихся



телят. Успешным оказалась инъекция такого препарата 14-летнему мальчику из Торонто, больному сахарным диабетом. Были разработаны рекомендации к применению и дозировке. Так появилось средство, до сих пор спасающее жизни миллионов людей – инсулин.

Вот как Ф. Бантинг спас одну из своих первых пациенток – десятилетнюю девочку по имени Женева Штикельбергер из города Оберон в штате Северная Дакота в США. Как-то осенью 1921 г. мать девочки, доктор Жозефина Штикельбергер, заметила, что во время ужина Женева выпила шесть стаканов воды. Взяв у девочки мочу на анализ и обработав ее раствором Фелинга, доктор получила положительный результат, который указывал на наличие сахарного диабета. Не-

против болей суставов, поэтому занялся улучшением химической формы ацетилсалициловой кислоты. В результате сумел ее получить в чистом виде. 10 августа 1897 г. в журнале концерна была сделана соответствующая запись, согласно которой эту дату можно считать днем рождения аспирина. Через два года препарат внесли в реестр торговых марок в Берлине, после чего он продавался по всему миру в сумасшедших количествах. Но только в 1971 г. английский биохимик Джон Вейн раскрыл принцип работы аспирина и выяснил, что он угнетает синтез веществ, которые принимают участие в воспалительных процессах, свертывании крови и регуляции температуры тела. В 1982 г. ученый с коллегами получили за это открытие Нобелевскую премию.

Веселые анестетики

В 1860 г. немецкий химик Альберт Ниман открыл действие листьев коки, однако умер, так и не закончив работу. Получить вещество под названием «кокаин» в чистом виде смог чуть позже Вильгельм Лоссен. Тогда же основоположник психоанализа Зигмунд Фрейд тоже начал эксперименты с ним. Он клал его на язык и понял, что теряет при этом чувствительность. Однако не

5 фактов о лекарственных средствах

- 1 В США выпускаются таблетки, которые доктора выписывают детям с незначительными жалобами на здоровье. Основная их составляющая – обычный сахар. Чтобы понять механизм действия, стоит прочитать название таблеток Obecalp наоборот.
- 2 В конце XIX в. головную боль и желудочную лечили «Кока-колой», поскольку в ее составе был кокаин, который исключили лишь в 1913 г.
- 3 Самая распространенная форма современных препаратов – таблетки. Всего в мире насчитывается около 40 форм.
- 4 Первая инструкция к медицинскому применению препарата состояла всего из 120 слов. На данный момент в некоторых инструкциях может быть более 6 тысяч слов.
- 5 Роберт Чезбро, открывший вазелин, предлагал его в качестве средства от пятен на мебели. Позднее предполагались и лечебные свойства: молодой ученый советовал съедать каждый день по 10 мг, чтобы быть здоровым.



медленно Женева была посажена на строгую диету из вареных овощей, раз в неделю ей предписывалось лежать целый день в постели и пить только черный кофе. Однако скоро девочка превратилась в живой скелет. Мать Женеви перерыла горы медицинской литературы по диабету, стремясь найти какую-либо информацию о способах лечения, но безуспешно. Летом 1922 г. медсестра из Торонто, приехавшая по своим делам в Оберон, рассказала ей об экспериментах Ф. Бантинга. Отчаявшаяся мать позвонила ему, и ученый согласился принять девочку в качестве пациентки. Мать с дочерью отправились

в Торонто на поезде. По пути Женева впала в гипергликемическую кому – состояние, вызванное высоким содержанием сахара в крови, потеряла сознание. Машинист поезда связался по радию со станцией в Торонто и попросил прислать карету «скорой помощи» к приходу поезда. Дали знать и Ф. Бантингу. На станции к ним подошел скромно одетый молодой человек и представился: «Я – Фред Бантинг». Он привез с собой шприц, полный инсулина, и прямо на месте сделал девочке инъекцию. Вскоре Женева пришла в сознание.

Кстати, Женева Штикельбергер прожила активную жизнь, работая бухгалтером в нефтяной компании «Фармерз Юнион Ойл», и скончалась в 1983 г. в возрасте 72 лет, «просидев» на инсулине 61 год.

Вспышки вдохновения

На открытие разных препаратов уходили десятки лет. Тем не менее самые важные из них появлялись на свет совершенно случайно. Так, до начала XX в. смертность от инфекционных заболеваний была просто ужасающей. И прорыв в этой сфере сделал профессор микробиологии Александр Флеминг в 1929 г. Речь,


конечно, о пенициллине, совершившим революцию в лекарствоведении.

Вслед за ним появляются и другие средства. Вторым важнейшим антибиотиком стал стрептомицин, способный бороться с туберкулезом и чумой. Зельман Ваксман занимался исследованием свыше 500 микроорганизмов и нашел вещество, угнетающее инфекции, которые вызываются «гнилостными бактериями». Первые антибиотики получали путем выращивания в бутылках из-под молока необходимых грибов. Все эти действия происходили на конвейерах длиной в несколько сотен метров. Сегодня же грибы для получения антибиотиков выращивают в специальных котлах, вмещающих в себе более 10 тысяч литров жидкости.

Конечно, это лишь основные вехи развития фармации. Но только оглянувшись назад, понимаешь, какая гигантская работа была проделана, чтобы мы сегодня могли взять с полки препарат от практически любого симптома и отпустить его посетителю с уверенностью, что это поможет.

Анна Петренко

amm.net.ua



Раны простые и инфицированные: выбираем эффективный препарат для местного лечения

Применение препарата Банеоцин® при раневых поражениях кожи

*Исцеление – это дело времени, но иногда это также дело возможности
Гиппократ*

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

Каждый день наш организм подвергается невидимым атакам со стороны окружающих нас микроорганизмов. Но думаем ли мы об этом постоянно? Нет, потому что наш организм имеет многоуровневую и очень эффективную защиту, основой которой является иммунная система.

В комплексе защитных средств мы имеем и различные барьеры организма, первым из которых является кожа. Ее состояние меняется в зависимости от возраста, условий жизни, профессии и климата. Особенности строения кожи и большое число внешних и внутренних факторов, воздействующих на нее, обуславливают различные возмож-

ные проблемы, которые могут не только ухудшить качество жизни человека, но и существенно изменить привычный образ жизни пациента.

Царапины после игр с кошкой и ссадины от неудачного приземления на асфальт, потертости от новых туфель и оторванная заусеница, созревший фурункул, оставляющий после себя «кратер» и порез после неаккуратного бритья – все это относится к ранам. Но рана не затягивается сама по себе, а только благодаря ресурсам организма, на-

правленным на ее заживление. Это сложный процесс, в котором принимают участие иммунная, кровеносная, ферментная, эндокринная системы.

Важно помнить, что любое, даже, казалось бы, незначительное травматическое или термическое повреждение кожи и подкожных слоев чревато последствиями, опасными не только для здоровья, но подчас и для жизни человека. Любое повреждение целостности кожи – идеальный путь для проникновения болезнетворных бактерий, присутствующих везде и всюду. Результатом неправильной обработки раны может стать медленное заживление, образование рубцов, нагноение и даже сепсис [2].

Раной называется любое повреждение, сопровождающееся нарушением целостности покровов тела (кожи, слизистых). Основными клиническими признаками ран являются наличие дефекта кожи или слизистых, кровотечение и боль [9].

По происхождению раны делят на операционные и случайные. Операционные раны наносятся с лечебной целью в особых условиях, сводящих к минимуму риск раневых осложнений. К случайным ранам относят все остальные: бытовые, производственные, боевые, криминальные. Общим является то, что все они наносятся вопреки воле раненого, всегда контаминированы микроорганизмами, и при этом всегда существует риск раневых осложнений.

По виду повреждающего фактора раны делят на: механические, термические, химические, лучевые, комбинированные (при наличии нескольких видов повреждающих факторов) и трофические язвы (возникают при нарушении артериального или венозного кровоснабжения, от локального давления и являются хроническими ранами).

По локализации выделяют раны головы, шеи, туловища и конечностей, внутренних органов и сочетанные – раны нескольких внутренних органов.

По характеру повреждения механические раны подразделяют на:

- Резаные – наносятся острым предметом, могут быть глубокими, но окружающие ткани повреждаются незначительно, края ровные. Характеризуются умеренным болевым синдромом, зиянием и выраженным кровотечением. Могут заживать первичным натяжением даже без наложения швов – при отстоянии краев друг от друга менее чем на 1 см.
- Колотые – наносятся узким острым предметом, имеют малую площадь и большую глубину, зияние отсутствует, окружающие ткани не повреждаются, но возможно повреждение глубоколежащих структур (нервов, сосудов, органов), внутренние кровотечения. Наружное кровотечение и боль при этом обычно незначительны. Колотые раны опасны из-за высокого риска развития анаэробной инфекции.
- Ушибленные – наносятся тупым предметом. Характерна широкая зона повреждения окружающих тканей с развитием некрозов, выраженный болевой синдром. Наружное кровотечение небольшое, крупные сосуды и нервы повреждаются редко. Ушибленные раны заживают, как правило, вторичным натяжением.
- Разможенные – образуются при ударе тупым предметом с большой силой. Характерны все признаки ушибленных ран, но зона некроза еще больше, происходит раздавливание глубоколежащих тканей, переломы костей.
- Рваные – образуются при скользящем ударе тупым предметом. Характерны неровные края, отслойка и некроз кожи – иногда на большой площади [7–9].

По степени обсемененности все раны делятся на 3 вида:

- Асептические – это, как правило, только операционные раны при «чистых» оперативных пособиях. Они заживают первичным натяжением.
- Контаминированные – это раны, обсемененные микрофлорой, но без признаков нагноения. К ним относятся все случайные раны за очень редкими исключениями и часть операционных ран.
- Инфицированные – раны с признаками гнойно-воспалительного процесса. Они подразделяются на первичные – образовавшиеся после операций по поводу острых гнойных процессов, и вторичные – раны, нагнавшиеся в процессе заживления.

Нанесение раны сопровождается местными и общими реакциями организма. Общие реакции заключаются в усилении основного обмена и катаболизма под влиянием симпатической нервной системы и гормонов. Всасывание в кровоток микробных токсинов, продуктов распада тканей стимулируют лейкоциты к выбросу цитокинов и вызывают появление симптомов интоксикации. При отсутствии осложнений эти явления купируются через 4–5 суток.

Местные реакции направлены на заживление раны и имеют определенную генетически обусловленную закономерность. Заживление ран различных органов и тканей имеет свои особенности, зависящие от их морфологического строения, и различается по длительности, но всегда происходит с образованием соединительно-тканного рубца. Без рубца заживают только поверхностные раны без повреждения росткового слоя кожи [7–9].

В настоящее время выделяют *три фазы течения раневого процесса*:

Фаза воспаления включает сосудистые реакции (вазоконстрикцию, меняющуюся вазодилатацией), экссудацию с выходом плазменных белков, миграцию и выход фор-

менных элементов крови в зону повреждения, выпадение фибрина с отграничением зоны повреждения, отек и инфильтрацию окружающих тканей. В последующем фибрин подвергается фибринолизу и происходит очищение раны от некротизированных тканей и микроорганизмов с участием лейкоцитов и их ферментов. Начинается сразу после ранения и в отсутствие осложнений продолжается в среднем, 4–5 суток.

Фаза регенерации и пролиферации характеризуется миграцией фибробластов, образованием ими коллагена и основного вещества, новообразованием сосудов и развитием грануляционной ткани в месте тканевого дефекта. Постепенно происходит уменьшение экссудации и отека, грануляционная ткань заполняет весь дефект. Эта фаза начинается с 1-х суток после ранения и продолжается в среднем 2–4 недели. Ее продолжительность зависит от величины раневого дефекта и морфологии поврежденных тканей.

Фаза реорганизации рубца и эпителизации не может быть четко отделена по времени от 2-й фазы. Эпителизация начинается от краев раны одновременно с образованием грануляционной ткани. Сразу после образования рубца начинается его перестройка: происходит образование эластических волокон и новой фиброзной сети, а содержание воды в рубцовой ткани снижается. Процесс эпителизации регулируется действием эпидермального хейлона, являющегося контактным ингибитором пролиферации. В зависимости от морфологии тканей процесс продолжается от нескольких месяцев до года [15, 16].

На течение раневого процесса влияют различные общие и местные факторы. Ухудшают течение раневого процесса наличие полирезистентной ассоциативной микрофлоры, высокая степень микробной контаминации, наличие инородных тел, нарушение оттока раневого отделяемого. Замедляют течение раневого процесса ухудшение регионарного артериального и венозного кровообращения, анемия, снижение пи-

тания и иммунитета, наличие таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет и коллагенозы, прием глюкокортикоидов и цитостатиков.

Типы заживления ран

Заживление первичным натяжением происходит без нагноения и образования видимой межтоточной ткани с последующим развитием линейного рубца. Протекает в ранах с ровными жизнеспособными краями, отстающими друг от друга не более чем на 1 см, при отсутствии раневой инфекции. Типичным примером такого заживления служат операционные раны.

Заживление вторичным натяжением происходит через нагноение с образованием видимой соедини-

судата в раневых полостях, которые опасны возможностью нагноения, гематомы и некрозы окружающих тканей.

И самое актуальное – раневая инфекция, развитию которой способствуют некрозы, инородные тела в ране, скопление жидкости или крови, нарушение местного кровоснабжения и общие факторы, влияющие на течение раневого процесса, а также высокая вирулентность раневой микрофлоры [11, 16].

Итак, мы разобрались в том, какие раны могут быть и к чему они могут привести. Теперь поговорим о том, как эффективно и безопасно лечить раны, особенно инфицированные, то есть инфекции кожи и мягких тканей (ИКМТ).



тельной ткани и последующим развитием грубого рубца. Имеет место при развитии раневой инфекции и наличии обширных дефектов тканей, не допускающих первичного сопоставления стенок раны.

Заживление под струпом происходит без образования рубца в поверхностных ранах при сохраненном ростковом слое кожи.

Осложнения ран подразделяют на ранние и поздние. К ранним осложнениям относятся первичные кровотечения, ранения жизненно важных органов, травматический или геморрагический шок. К поздним осложнениям относятся ранние и поздние вторичные кровотечения серомы – скопления раневого экс-

Лечение раневых инфекций остается актуальной задачей на протяжении многих лет. Любая рана контаминирована микроорганизмами, что может приводить к развитию инфекции. Даже после чистых хирургических операций раневая инфекция может осложнять течение послеоперационного периода потому что наша кожа естественным образом «заселена» различными микроорганизмами. Наличие в ране инородных тел, некротических тканей, закрытых полостей – все это способствует развитию раневой инфекции. Задача эффективного воздействия на локальную инфекцию мягких тканей к настоящему времени окончательно не решена, несмо-

тря на появление новых антибиотиков и антисептиков. Причиной этого в первую очередь является развитие и рост устойчивости бактерий к антимикробным препаратам. Рост антибиотикорезистентных штаммов грамотрицательной и грамположительной флоры, отражающий общую тенденцию эволюции микроорганизмов, а также часто являющийся следствием нерационального использования антибиотиков, порождает сложности в процессе лечения хирургических ИКМТ и негативно влияет на клинические результаты при данной патологии [17].

Во многих случаях имеется определенная связь между этиологией локального инфекционного процесса и глубиной поражения кожи и мягких тканей. Для инфекционного процесса, затрагивающего только кожу, характерен достаточно узкий спектр возбудителей. В большинстве случаев ими являются *S. aureus* и *S. pyogenes*. Большинство инфекций кожи и подкожной клетчатки нередко также вызываются *S. aureus* и *S. pyogenes*, но при этом возрастает роль грамотрицательных бактерий, таких как *P. aeruginosa* и семейства *Enterobacteriaceae*. Возбудители инфекций кожи, подкожной клетчатки, фасций, мышц, а также инфекций, затрагивающих кости и суставы, отличаются значительно большим разнообразием: наряду с микроорганизмами, поражающими более поверхностные отделы, в качестве этиологических агентов могут выступать анаэробные бактерии. В пределах указанных анатомических образований, кроме типичных клинических форм инфекций (флегмоны, абсцессы и пр.), могут развиваться некротизирующие формы инфекций, характеризующиеся значительно более сложным составом возбудителей, а именно возможно присоединение анаэробных бактерий. В условиях серьезных нарушений трофики при развитии инфекций в ране практически постоянно выделяются ассоциации анаэробов и аэробов, такие как *Peptostreptococcus spp.*, *Bacteroides spp.* (*B. fragilis*), *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Entero-*

bacteriaceae и *P. aeruginosa*. Укусы животных и человека также часто сопровождаются инфекционными осложнениями, основными возбудителями которых являются естественные обитатели ротовой полости млекопитающих: *Peptostreptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Pasteurella multocida* и другие микроорганизмы, поэтому такой тип инфицированных ран часто характеризуется полимикробным характером этиологического фактора. Большие трудности представляет собой лечение местных хирургических инфекций, вызванных метициллинрезистентным золотистым стафилококком (MRSA), так как согласно последним исследованиям 66,9% выделенных штаммов *S. aureus* являлись MRSA. Кроме того, за последние несколько лет увеличилась и продолжает расти доля инфекций кожи и мягких тканей, вызванных метициллинрезистентным *S. aureus* во внебольничных условиях [1].

Необходимым, а часто ключевым компонентом лечения данной патологии является выбор препарата для местного воздействия на инфекционный процесс. Существующее многообразие лекарственных средств часто порождает сложности с определением топического агента в зависимости от фазы раневого процесса – это должен быть антисептик или антибиотик [13].

Первичная цель применения антисептиков – устранение или сокращение числа микроорганизмов в ране, и с этой целью справляется большинство растворов, применяемых уже много десятилетий. Вторичная цель – оказать положительный эффект на пролиферацию и регенерацию тканей. Эту задачу не выполняют традиционно применяемые препараты. Напротив, при всей простоте использования и доступности антисептики обладают рядом недостатков, проявляющихся в первую очередь в негативном действии на местные ткани. Исходя из этого можно сделать вывод, что антисептики не должны применяться в течение всего срока заживления раны.

С целью более активного воздействия на возбудителей антисептики могут чередоваться или даже заменяться топическими антибиотиками. Применение антибиотиков в 1 фазе раневого процесса может иметь приоритет в случаях выявления возбудителя и в идеальном варианте – с учетом сведений о резистентности микроорганизмов. Во 2 фазе раневого процесса топические антибиотики могут применяться при риске повторного инфицирования раны [12].

Местная антибактериальная терапия, как и системная, может излечить раневую инфекцию. Однако системная антибиотикотерапия требует принятия ряда решений: выбор пути введения, кратности, учет аллергического анамнеза, анализ синергизма и антагонизма лекарственных препаратов, вероятность нежелательных лекарственных явлений и пр. Вопросы возникают и при выборе лекарственной формы препарата: порошок, гель или мазь? Некоторые средства выпускаются в нескольких лекарственных формах, что является более предпочтительным при локальной терапии в разные фазы раневого процесса.

Содержащие антибиотики местные формы лекарственных средств для лечения инфекции обладают такими потенциальными преимуществами, как:

- создание высоких концентраций антибиотика в очаге хирургической инфекции;
- использование ограниченного количества препарата;
- минимальное системное антибактериальное действие и системная токсичность;
- возможность применения препаратов, еще не доступных для системной терапии;
- при отсутствии сопутствующей системной антибиотикотерапии снижается риск формирования антибиотикорезистентности;
- более внимательное отношение к ране при использовании локальных средств;
- простота в использовании по-

звояет уменьшить время пребывания в стационаре и в более короткие сроки перевести пациентов на амбулаторное лечение;

- повышает возможность лечения некоторых категорий пациентов, таких как дети.

Однако применение локальных форм антибиотиков таит в себе риск развития резистентности возбудителей к антимикробным агентам. Но в случае местного использования антибиотика возможность роста устойчивости значительно снижается по причине крайне низкой системной абсорбции препарата с раневой поверхностью [12].

Одним из наиболее изученных антибиотиков для топического применения является неомидин. Неомидин в форме аэрозоля применяется для антибиотикопрофилактики в амбулаторной хирургии. Результаты применения лекарственного препарата у пациентов при удалении новообразований кожи с высоким риском инфицирования (язвенные формы базалиомы и плоскоклеточного рака, атеромы волосистой части, нагноившиеся эпидермальные кисты, травмированные папилломы и невусы) показали высокую эффективность антибиотика. Во всех случаях операционные раны зажили первичным натяжением, развития раневой инфекции не наблюдалось. Несмотря на то что неомидин может применяться местно в качестве однокомпонентного препарата, значительно больше опыта накоплено при использовании комбинации данного вещества с другими антибактериальными средствами [5].

Любое применение местной формы антибиотика может сопровождаться ростом устойчивости возбудителей к антимикробным препаратам. Однако, если антибиотик для местного применения не используется системно, риск роста резистентности значительно снижается. Например, местное применение комбинации бацитрацина и неомидина не приводит к абсорбции данных препаратов даже при

поврежденной коже и слизистых [14].

Перспективным для лечения раневых повреждений, в том числе инфицированных, является комбинированный антимикробный препарат Банеоцин®, который успешно применяется в странах Западной Европы с середины 80-х годов. В состав препарата входят два бактерицидных антибиотика – бацитрацин



и неомидин с синергичным действием в отношении наиболее значимых клинических возбудителей инфекций кожи, предназначенный для наружного применения. За счет комбинированного действия двух антибиотиков обеспечивается широкий антимикробный спектр и большой диапазон показаний к применению.

Бацитрацин состоит из одного или более антимикробных полипептидов (А, В, С), продуцируемых штаммом *Bacillus subtilis*. Это бактерицидное средство оказывает воздействие на синтез клеточной стенки бактерий, приобретенная к нему резистентность бактерий встречается редко. Бацитрацин активен в отношении большого числа грамположительных кокков, клостридий, коринебактерий и некоторых грамотрицательных возбудителей (*Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*) и рекомендуется для ле-

чения стафилококковых инфекций кожи и мягких тканей.

Неомидин – природный аминогликозид, образуемый *Streptomyces fradiae*, обладает бактерицидным действием за счет блокирования синтеза белка и трансляции м-РНК в рибосоме бактерий. Спектр противомикробной активности аналогичен гентамицину, но наиболее высок при стафилококковых инфекциях кожи,

особенно при местном его применении. Неомидин добавляет комбинации активность по отношению к грамотрицательной и грамположительной флоре, включая возбудителей, выявляемых в хронических ранах, – *Proteus*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pasteurella*, *Bordetella pertussis*, *Streptococcus faecalis*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli* и др. [3, 4].

Таким образом, по антимикробному спектру оба компонента дополняют друг друга и активны в отношении возбудителей как в свежих инфицированных ранах, так и в хронических.

Препарат имеет две лекарственных формы: традиционную для антибактериальных препаратов для наружного применения – мазь, и уникальную – порошок. Порошок 10 г помещен в пластиковый контейнер, 1 г порошка содержит 250 МЕ бацитрацина цинка и 5000 МЕ (5 мг)

неомицина сульфата. Мазь 20 г помещена в тубу, 1 г мази содержит бацитрацина цинка 250 МЕ и неомицина сульфата 5000 МЕ (5 мг).

Вероятность системного действия в результате всасывания крайне мала; если это и произошло, то период полувыведения препаратов составляет 2–3 ч. При этом способность бацитрацина попасть в системный кровоток значительно ниже, чем неомицина. Оба препарата не меняют своих локальных антимикробных свойств в присутствии экссудата, крови, некротических масс и также не влияют на скорость раневого процесса в отличие от большинства антисептиков, которые способны замедлить ранозаживление посредством цитотоксического эффекта. С практической точки зрения наличие двух форм (порошка и мази) Банеоцина® является дополнительным преимуществом, так как позволяет охватить большее число ран с различной степенью экссудации на разных этапах лечения, а также использовать препарат в комбинации с перевязочным материалом [3].

Возвращаясь к рациональному выбору препаратов местного лечения гнойных ран, еще раз подчеркнем, что эффективное лечение проводится в зависимости от фазы раневого процесса. Задачами лечения в I фазе раневого процесса являются отторжение некроза, эвакуация раневого отделяемого, улучшение трофики тканей, борьба с инфекцией. Банеоцин® содержит два высокоактивных бактерицидных компонента – бацитрацин (полипептидный антибиотик, ингибирующий синтез клеточной оболочки бактерий) и неомицин (аминогликозид, ингибирующий синтез белков), между которыми существует синергизм. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой активности Банеоцина® в отношении грамотрицательной и грамположительной флоры, аэробов и анаэробов. Компоненты препарата проявляют синергизм в отношении высокорезистентных госпитальных штаммов *Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *S. aureus*. Для препарата Банеоцин®

характерно свойство создавать высокие бактерицидные концентрации в гнойном очаге и не оказывать системного влияния. В первой фазе раневого процесса показано использование препарата Банеоцин® в виде порошка.

Задачами лечения во II фазе раневого процесса являются борьба с инфекцией, защита грануляций, стимуляция репаративных процессов. Для последовательной терапии 2 фазы раневого процесса наряду с порошком может быть использована форма в виде мази.

Задачами лечения в III фазе раневого процесса являются стимуляция репаративных процессов и эпителизации. В третьей фазе раневого процесса показано использование препарата Банеоцин® в виде мази [15].

Одним из первых опытов применения комбинации неомицина и бацитрацина в России было исследование эффективности данного препарата при лечении трофических язв венозной этиологии. В исследование было включено 20 пациентов, которых разделили на 2 равные группы: в основной применялось местное лечение порошком комбинации неомицина и бацитрацина, в контрольной – общепринятыми методами (водный раствор хлоргексидина, мазь на ПЭГ-основе с хлорамфениколом, цинк-желатиновые повязки), включая системную антибиотикотерапию. В ходе лечения очищение язвы и переход во 2 фазу раневого процесса (по М.И. Кузину) отмечался к 4–5 суткам наблюдения в основной группе и к 9–11 – в контрольной. Средние сроки начала эпителизации язвенного дефекта в основной группе составили 12–15 дней, в контрольной – 19–23 дня. В основной группе в течение месяца полное заживление дефекта наблюдалось у 4 пациентов, в 4 случаях площадь язвы уменьшилась в 2 раза, у 2 пациентов – на одну треть с появлением островков эпителизации на фоне грануляционной ткани. В контрольной группе в течение 1 месяца терапии полная эпителизация наблюдалась в 2 случаях, в 1 наблюдении площадь дефекта уменьшилась вдвое, в 4 – на одну треть; у

2 пациентов рана была выполнена грануляционной тканью, отмечались признаки краевой эпителизации и в 1 случае – без таковых [10].

Действие порошковой смеси неомицина и бацитрацина при лечении инфицированных ран, ожогов, трофических язв было оценено у 50 взрослых пациентов. Лечение пациентов в группе сравнения проводилось по общепринятой методике (мази с хлорамфениколом, диоксидином, антисептики). Пациенты обеих групп получали системную антибактериальную терапию. У пациентов, получавших комбинацию неомицина и бацитрацина, в 65,9% случаев эффективность была расценена как «отличная» и в 31,8% – как «хорошая» [6].

В работе С.М. Хорука и В.А. Кречикова (2008) проанализированы результаты применения комбинированного препарата неомицина и бацитрацина в мазевой форме в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших реконструктивные пластические операции по поводу травм и хирургических вмешательств при опухолях кожи лица. В исследование было включено 48 взрослых пациентов, которые были разделены поровну на две группы. В основной группе использовали неомицин в комбинации с бацитрацином в форме мази 1 раз в сутки в течение всего периода нахождения швов и в течение 2 дней после их снятия (в среднем 8 дней). В группе сравнения применяли стандартную терапию, включавшую мазь с хлорамфениколом 1 раз в сутки в аналогичные сроки (в среднем 8,1 дня). По результатам исследования у пациентов основной группы болевой синдром и отек мягких тканей лица купировались быстрее, чем в группе сравнения. Несостоятельность швов наблюдалась у 1 (4,2%) пациента основной группы (обусловленная микротромбозом артерии, питающей лоскут) против 5 (20,8%) в группе сравнения. Эстетическим состоянием рубцов после операции были довольны 95% пациентов основной группы против 75% в группе сравнения [19].

Положительный результат применения комбинированного препарата неомидина с бацитрацином был также получен у 54 взрослых пациентов при лечении гнойно-некротических ран, включая трофические язвы нижних конечностей венозной этиологии, инфицированные термические ожоги II–III ст. и пролежни крестцово-поясничной области I–II стадии. В результате лечения у пациентов с ожогами в среднем через 2 недели наблюдалось уменьшение площади раневого дефекта более чем на 25%, полная эпителизация ран наблюдалась на 19–23 сутки. В остальных случаях производили закрытие раневых поверхностей оперативно либо с помощью раневых покрытий. Средний срок пребывания в стационаре составил 22,3 суток у пациентов с пролежнями, 19,5 суток у пациентов с трофическими язвами и 15,1 суток у пациентов с ожогами [20].

Таким образом, опыт использования местных лекарственных средств, состоящих из неомидина в сочетании с бацитрацином, показал высокую эффективность Банеоцина® в комплексном лечении ран при различной патологии, включая синдром диабетической стопы, трофические язвы и другие инфекции кожи и мягких тканей, в сочетании с низкой частотой побочных эффектов. Перспективы использования различных лекарственных форм Банеоцина® – порошок, мазь, комбинация с современными перевязочными материалами – дает возможность клиницистам применять препараты в разные фазы раневого процесса, а также оптимизировать кратность нанесения на раневую поверхность.

Любое повреждение кожных покровов – начиная от обычной ссадины, царапины, ожога и заканчивая серьезными инфицированными ранами – требует незамедлительного и эффективного лечения. И здесь важным является необходимость взаимодействия между врачами, фармакологами и специалистами фармации. Наличие у пациента раны является прямым указанием для провизора и фармацевта – срочно требуется помощь, которая может заключаться во внимательном отношении (помним, часто пациенты не могут самостоятельно и адекватно оценить состояние и необходимость лечения!) и своевременной рекомендации обязательной врачебной консультации или квалифицированной помощи относительно вопросов фармацевтической опеки при применении требуемых лекарственных средств. При этом рациональное использование современных препаратов для местного лечения ран на всех этапах комплексного лечения позволяет сократить сроки системной антибактериальной терапии, избежать развития побочных явлений, значительно уменьшить расходы на дорогостоящие антибактериальные препараты. Таким образом, своевременная консультация специалиста и правильно подобранная терапия ран, помимо непосредственно антибактериального эффекта, способствует повышению уровня качества жизни.

Список литературы

- Loewen K., Schreiber Y., Kirlew M., Bocking N., Kelly L. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection: Literature review and clinical update. *Can Fam Physician*. – 2017; 63 (7): 512–520.
- Norman G., Dumville J.C., Mohapatra D., Owens G.L., Crosbie E.J. Antibiotics and antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2016. – Issue 3. Art. No.: CD011712. DOI: 10.1002/14651858.CD011712.pub2.
- Белькова Ю.А., Козлов Р.С., Кречикова О.И. и др. Эффективность и безопасность местного использования комбинации бацитрацина и неомидина в сравнении с хлорамфениколом в терапии неосложненных хирургических инфекций кожи и мягких тканей у взрослых амбулаторных пациентов. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. – 2013; 15 (2): 131–142.
- Блатун Л.А. Банеоцин® (порошок, мазь) – перспективы использования в комплексном хирургическом лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы. *Раны и раневые инфекции*. – 2015; 2 (3): 36–45.
- Блатун Л.А., Жуков А.О., Амирасланов Ю.А., Терехова Р.П., Агафонов В.А., Аскеров Н.Г. и др. Клинико-лабораторное изучение разных лекарственных форм банеоцина при лечении раневой инфекции. *Хирургия*. – 2009; 9: 59–65.
- Буслаев О.А., Ильин И.А., Астапенко И.В., Бобров М.А. Опыт применения препарата Банеоцин в лечении инфицированных ран, ожогов и трофических язв. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2006; 4: 44–46.
- Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – Т. 1. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2008. – 864 с.
- Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. с соавт. Профилактика и лечение инфекции в хирургии. *Методические рекомендации*. – М.: РГМУ, 2002. – 75 с.
- Курс общей хирургии. Учебное пособие. Майкоп: изд-во МГТУ, 2016. – 100 с.
- Лисицын А.С., Рувович Н.В., Сабельников В.В. Опыт применения препарата Банеоцин при лечении трофических язв венозной этиологии в амбулаторных условиях. *Хирургия*. – 2006; 8: 59–62.
- Назаренко Г.И., Сугурова И.Ю., Глянецв С.П. Рана. Повязка. Больной. – М., 2002.
- Привольнев В.В. Выбор препарата для местного лечения инфицированных ран. *Раны и раневые инфекции*. – 2015; 1: 13–19.
- Привольнев В.В., Зубарева Н.А., Каракулина Е.В. Местное лечение раневой инфекции: антисептики или антибиотики? // *КМАХ*. – 2017; 2: 131–137.
- Сабельников В.В., Карпов А.И., Рувович Н.В. Применение порошка Банеоцин при лечении трофических язв венозной этиологии в амбулаторных условиях. *Амбулаторная хирургия: стационарозамещающие технологии*. – 2007; (4): 192–193.
- Современные принципы лечения гнойных ран: Учебное пособие для слушателей факультета подготовки врачей и ординаторов по специальности «Хирургия» / С.Я. Ивануса, П.Н. Зубарев, Б.В. Рисман, О.А. Литвинов. – СПб.: «Онли-Пресс», 2017. – 36 с.
- Туманов В.П., Герман Г. *Методическое руководство по лечению ран*. 1-е издание. Изд-во «Пауль Хартманн» (перевод с немецкого). – 2000. – 123 с.
- Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации. Под ред. Б.Р. Гельфанда и др. – М.: «Издательство МАИ», 2015. – 109 с.
- Хирургия: пер. с англ. доп. // гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997. – 1070 с. ISBN 5-88816-006-7, Surgery // Ed. By Bruce E. Jarrell, R. Anthony Carabasi, III // Philadelphia, Williams Wilkins. ISBN 0-683-06271-9.
- Хорук С.М., Кречиков В.А. Результаты применения комбинированного препарата бацитрацин + неомидин в послеоперационном периоде при проведении косметических операций по восстановлению дефектов мягких тканей челюстно-лицевой области. *Хирургия*. – 2008; 12: 47–50.
- Ширшов О.Н. Лечение гнойно-некротических ран с применением препарата Банеоцин. *Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum*. – 2008; 1: 26–30.
- Банеоцин®, порошок для наружного применения, 250 МЕ + 5000 МЕ/1 г, РК-ЛС-5№022454 от 02.11.2016 до 02.11.2021. Инструкция по мед. применению утверждена приказом №№020647 от 05 апреля 2019 г.
- Банеоцин®, мазь 5 г, 20 г, для наружного применения, 250 МЕ + 5000 МЕ/1 г, РК-ЛС-5№023741 от 17.07.2018 до 17.07.2023. Инструкция по мед. применению утверждена приказом №№016087 от 17.07.2018 г.

Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства

Банеоцин®

порошок для наружного применения

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя Комитета Фармации
Министерства Здравоохранения Республики Казахстан
№ N020647 от 05.04.2019 года

Торговое название Банеоцин®

Международное непатентованное название

Нет

Лекарственная форма

Порошок для наружного применения, 250 ME + 5000 ME/1 г

Состав

1 г порошка содержит

активные вещества: бацитрацин цинк 0.0041667 г
(соответствует 250 ME) + 10 % избыток 0.0004166 г,
неомицин сульфат 0.0074626 г
(соответствует 5000 ME) + 10 % избыток 0.0007462 г,
вспомогательное вещество - порошковая основа.

Описание

Мелкодисперсный порошок, от белого до желтоватого цвета.

Фармакотерапевтическая группа

Дерматология. Антибиотики и химиотерапевтические препараты для применения в дерматологии. Антибиотики для местного применения. Антибиотики для местного применения другие. Код АТХ D06AX

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Банеоцин действует локально в месте применения. Если, тем не менее, всасывание произошло, период полувыведения неомицина или бацитрацина из сыворотки составляет примерно 2 - 3 часа.

Для отдельных активных веществ препарата Банеоцин необходимо учитывать следующие общие фармакокинетические особенности: бацитрацин практически не всасывается слизистой оболочкой и неповрежденной кожей, однако всасывается при открытых ранах. Неомицин всасывается неповрежденной кожей только в ограниченной степени. Неомицин быстро всасывается при потере кератинового слоя (язвы, раны, ожоги и т.д.), а также в случаях воспаленной или поврежденной кожи. Любое количество, всосавшегося через поврежденной эпителий неомицина, выводится с мочой.

Фармакодинамика

Банеоцин является комбинированным антибактериальным препаратом, предназначенным только для наружного применения. Банеоцин содержит два антибактериальных (обладающих бактерицидным действием) вещества - неомицин и бацитрацин, которые оказывают синергическое действие.

Эффективен при наружном применении.

Благодаря использованию комбинации этих двух антибактериальных веществ достигается широкий спектр действия препарата.

Бацитрацин

Бацитрацин у грамположительных и некоторых грамотрицательных бактерий ингибирует синтез мурина в клеточной стенке.

Бацитрацин в первую очередь активен в отношении грамположительных микроорганизмов, таких как гемолитические стрептококки, стафилококки, клостридии, дифтерийная палочка и бледная трепонема и некоторых грамотрицательных патогенных микроорганизмов, таких как *Нейссерия* и гемофильная палочка. Банеоцин также эффективен в отношении актиномицетов и фузобактерий. Устойчивость к Бацитрацину развивается крайне редко.

Неомицин

Действие неомицина объясняется увеличением проницаемости клеточных мембран, частично ингибированием синтеза белка рибосом.

Неомицин эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных патогенных микроорганизмов, таких как *Staphylococcus*, *Proteus*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella*, *Shigella*, *Haemophilus influenzae*, *Pasteurella*, *Neisseria meningitidis*, *Vibrio cholerae*, *Bordetella pertussis*, *Bacillus anthracis*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Streptococcus faecalis*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*.

Также эффективен в отношении *Borrelia*, *Leptospira interrogans* (*L. icterohaemorrhagiae*). Некоторые штаммы стафилококка устойчивы к неомицину.

Синегнойная палочка, нокардии, грибки и вирусы не включены. Банеоцин хорошо переносится. Тканевая переносимость оценивается как хорошая; инактивация биологическими продуктами, кровью или тканевыми компонентами не отмечается.

При обширных нарушениях целостности кожных покровов, необходимо учитывать возможность всасывания препарата Банеоцин и его возможные последствия.

Состав Банеоцин порошка способствует естественному выделению кожей водяных паров и газов, тем самым оказывает охлаждающий и успокаивающий эффект.

Показания к применению

Банеоцин эффективен при инфекциях, вызванных микроорганизмами чувствительными к неомицину и/или бацитрацину:

- бактериальные инфекции кожи ограниченной распространенности, в т.ч. бактериальные осложнения вирусных инфекций, вызванные *Herpes simplex* и *Herpes zoster*, при пузырьках ветряной оспы, мокнущем контактно-инфекционном импетиго, инфицированных трофических язвях нижних конечностей, инфицированной экземе
- в качестве вспомогательной терапии после хирургических (дерматологических) процедур: иссечения и каутеризации, при разрывах промежности, эпизитомии, для лечения трещин на коже, мокнущих ран и рубцов

Способ применения и дозировка

Банеоцин предназначен только для наружного применения.

Взрослые и дети старше 12 лет: Банеоцин применяется от двух до четырех раз в сутки. Длительность применения не должна превышать 7 дней.

Площадь нанесения Банеоцин порошка не должна превышать 1% от площади поверхности тела (что соответствует размеру ладони пациента).

Банеоцин наносят тонким слоем на пораженные участки, возможно использование повязки. Коррекция дозы не требуется для пациентов в возрасте 65 лет и старше.

Не наносить Банеоцин на глаза.

Побочные действия

Побочные действия классифицированы в соответствии с их частотой развития следующим образом: очень часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1.000$ до $< 1/100$), редко ($\geq 1/10.000$ до $< 1/1.000$), очень редко ($< 1/10.000$), частота неизвестна – по имеющимся данным установить частоту возникновения не представлялось возможным.

Редко

- аллергия к неомицину связана с перекрестной аллергией к другим аминогликозидным антибиотикам приблизительно в 50% случаев
- аллергическая контактная экзема

Частота неизвестна

- сенсибилизация к различным веществам, включая неомицин, наблюдается при использовании для лечения хронических дерматозов (например, стойкий дерматит или хронический средний отит), отсутствие заживляющего эффекта может быть проявлением аллергической реакции
- поражение вестибулярного нерва, нейромышечная блокада
- нарушение слуха
- при длительном применении могут развиваться аллергические реакции, такие как, покраснение, обезвоживание и шелушение кожи, сыпь и зуд (распространение поражения или отсутствие эффекта могут быть связанные с аллергией)
- нефротоксичность

Противопоказания

- повышенная чувствительность к бацитрацину и/или неомицину или к другим аминогликозидным антибиотикам, вспомогательным веществам
- обширные поражения участков кожи (поскольку всасывание может вызвать развитие ототоксического эффекта, сопровождающегося потерей слуха)
- выраженные нарушения выделительной функции вследствие сердечной или почечной недостаточности у пациентов и уже имеющихся поражениях вестибулярной и кохлеарной систем в случаях, если возможно всасывание активных веществ бацитрацина и/или неомицина
- применение в наружном слуховом проходе при перфорации барабанной перепонки
- лечение заболеваний глаз

Лекарственные взаимодействия

При системном всасывании сопутствующее назначение цефалоспоринов или других антибиотиков аминогликозидного ряда может повышать вероятность нефротоксической реакции.

Одновременное использование диуретиков, таких как этакриновая кислота или фуросемид, может также провоцировать ото- и нефротоксический эффект.

Всасывание препарата Банеоцин может потенцировать явления нейромышечной блокады у пациентов, получающих наркотические средства, анестетики и миорелаксанты.

Особые указания

Нельзя допускать попадание препарата Банеоцин в рот, особенно у детей.

При использовании в дозах, существенно превышающих рекомендованные, вследствие возможного всасывания препарата Банеоцин следует обратить особое внимание на симптомы, указывающие на нефро- и/или ототоксические реакции.

Поскольку риск токсических эффектов возрастает при снижении функции печени и/или почек, у пациентов с печеночной и/или почечной недостаточностью следует проводить анализы крови и мочи вместе с аудиометрическим исследованием до и во время терапии препаратом Банеоцин.

При возможном всасывании (обширные нарушения целостности кожных покровов) препарата Банеоцин, необходимо следить за возможным появлением признаков нейромышечной блокады, особенно у пациентов с ацидозом, тяжелой миастенией или другими нейромышечными заболеваниями. При развитии нейромышечной блокады показаны препараты кальция или ингибиторы холинэстеразы (неостигмин).

При длительном лечении должно уделяться внимание возможному росту устойчивых микроорганизмов. Длительное применение препарата может привести к размножению штаммов бактерий и грибов, резистентных к неомицину. В таких ситуациях следует назначить соответствующее лечение.

В случае развития инфекций, вызванных бактериями нечувствительными к неомицину или грибами, следует применить соответствующее антибактериальное или противогрибковое лечение.

Пациентам, у которых развилась аллергия или суперинфекция препарат Банеоцин должен быть отменен.

Применение в педиатрии

Данных о безопасности применения препарата Банеоцин в данной лекарственной форме детям до 12 лет недостаточно, поэтому применение у этой возрастной группы возможно по назначению врача после тщательной оценки польза/риск.

Беременность и период лактации

Применение препарата Банеоцин во время беременности и лактации возможно лишь в том случае, когда ожидаемая польза для матери не превышает потенциальный риск для плода/младенца.

Как и все аминогликозидные антибиотики, неомицин проходит через плаценту. При системном применении высоких доз аминогликозидов было описано внутриутробное снижение слуха у плода.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Неизвестно

Передозировка

При использовании в дозах, существенно превышающих рекомендованные, вследствие возможного всасывания препарата следует обратить особое внимание на симптомы, указывающие на нефро- и/или ототоксические реакции.

Форма выпуска и упаковка

По 10 г препарата помещают в контейнер из полиэтилена с номинальным объемом 25 мл.

По 1 контейнеру вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках вкладывают в пачку из картона.

Условия хранения

Хранить в оригинальной упаковке, при температуре не выше 25 °С.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

2 года

Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек

Без рецепта

Производитель/Упаковщик

Фармацойтише Фабрик Монтавит ГмбХ, Австрия
Salzbergstraße 96, 6067 Absam, Austria

Владелец регистрационного удостоверения

Сандоз ГмбХ, Австрия
Biochemiestraße 10, 6250 Kundl, Austria

Наименование, адрес и контактные данные (телефон, факс, электронная почта)

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

Представительство акционерного общества

«Сандоз Фармасьютикалс д.д.»

в Республике Казахстан

Республика Казахстан, г. Алматы, 050000, ул. Курмангазы 95

Тел: +7 (727) 258-24-47 Факс: +7 (727) 244-26-51

e-mail: drugsafety.cis@novartis.com

Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства

Банеоцин®

мазь для наружного применения

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя Комитета Фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан №N016087 от 17.07.2018 года

Торговое название Банеоцин®

Международное непатентованное название Нет

Лекарственная форма

Мазь для наружного применения 250 ME + 5000 ME/1 г

Состав 1 г мази содержит

активные вещества: бацитрацин цинка 0.0036765¹ г (соответствует 250 ME), неомицина сульфат 0.0074962² г (соответствует 5000 ME).

вспомогательные вещества: шерстяной жир 0.110 г, белый мягкий парафин 0.8782689 г.

¹ – содержит + 5% избытка и соответствует 68 ME бацитрацина на 1 мг бацитрацин цинка

² – содержит + 5% избытка и соответствует 667 ME неомицина на 1 мг неомицина сульфат

Описание Гомогенная мазь желтоватого цвета, со слегка специфическим запахом.

Фармакотерапевтическая группа Дерматология. Антибактериальные препараты и противомикробные препараты для лечения заболеваний кожи. Антибактериальные препараты для местного применения. Прочие антибактериальные препараты для местного применения. Код АТХ D06AX

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Препарат Банеоцин® действует локально в месте применения. Если, тем не менее, всасывание произошло, период полувыведения неомицина и бацитрацина из сыворотки составляет примерно 2 - 3 часа. Для отдельных активных веществ препарата Банеоцин® необходимо учитывать следующие общие фармакокинетические особенности: Бацитрацин практически не всасывается слизистой оболочкой и неповрежденной кожей, однако всасывается при открытых ранах.

Неомицин всасывается неповрежденной кожей только в ограниченной степени. Неомицин быстро всасывается при потере кератинового слоя (язвы, раны, ожоги и т.д.), а также в случаях воспаленной или поврежденной кожи. Любое количество, всосавшегося через поврежденный эпителий неомицина, выводится с мочой.

Фармакодинамика

Банеоцин® является комбинированным антибактериальным препаратом, предназначенным только для местного (наружного) применения. Банеоцин® содержит два антибактериальных (обладающих бактерицидным действием) вещества - неомицин и бацитрацин, которые оказывают синергическое действие. Эффективен при местном применении.

Благодаря использованию комбинации этих двух антибактериальных веществ достигается широкий спектр действия препарата Банеоцин®.

Бацитрацин

Бацитрацин у грамположительных и некоторых грамотрицательных бактерий ингибирует синтез клеточной стенки.

Бацитрацин в первую очередь активен в отношении грамположительных микроорганизмов, таких как гемолитические стрептококки, стафилококки, *Clostridium spp.*, *Corynebacterium diphtheriae* а также *Treponema pallidum* и некоторых грамотрицательных патогенных микроорганизмов, таких как *Neisseria spp.* и *Haemophilus influenzae*. Эффективен в отношении актиномицетов и фузобактерий. Устойчивость к бацитрацину развивается крайне редко.

Неомицин

Действие неомицина объясняется увеличением проницаемости клеточных мембран, частичной ингибированием синтеза белка рибосом. Неомицин эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных патогенных микроорганизмов, таких как *Staphylococcus*, *Proteus*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella*, *shigella*, *Haemophilus influenzae*, *Pasteurella*, *Neisseria meningitidis*, *Vibrio cholerae*, *Bordetella pertussis*, *Bacillus anthracis*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Streptococcus faecalis*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*.

Также эффективен в отношении *Borrelia*, *Leptospira interrogans* (*L. icterohaemorrhagicae*). Некоторые штаммы стафилококка устойчивы к неомицину.

Благодаря использованию комбинации бацитрацина и неомицина достигается широкий спектр и синергическое действие. Однако, данная комбинация не обладает активностью в отношении *Pseudomonas*, *Nocardia spp.*, грибов и вирусов.

Бацитрацин и неомицин обычно не применяют системно. Местное применение препарата Банеоцин® значительно снижает риск сенсibilизации к потенциально необходимым системным антибиотикам. Препарат Банеоцин® хорошо переносится. Тканевая переносимость расценивается как хорошая; также отсутствуют инактивация элементов секрещии, крови или тканей.

При обширных нарушениях целостности кожных покровов, необходимо учитывать возможность всасывания препарата Банеоцин® и ее возможные последствия.

Показания к применению

Банеоцин® эффективен при инфекциях, вызванных микроорганизмами чувствительными к неомицину и/или бацитрацину:

- очаговые инфекции кожи, такие как фурункулы, карбункулы (после хирургических процедур), стафилококковый сикоз, глубокий фолликулит, гнойный гидраденит, псевдофурункулез, паронихия
- бактериальные инфекции кожи ограниченной распространенности такие как контактно-аллергическое импетиго, инфицированные язвы нижних конечностей, вторично инфицированная экзема, вторичная инфекция при рваных ранах или порезах, ожогах, в косметической хирургии и при трансплантации кожи (также в целях профилактики и для пропитки повязок).
- в качестве дополнительного лечения после больших или малых хирургических процедурах в послеоперационном периоде: при инфицированных полостях или ранах для специфического местного лечения (например, при наружном отите, вторичном инфицировании хирургических рубцов).

Способ применения и дозы

Препарат Банеоцин® предназначен только для местного (наружного) применения.

Взрослые и дети от 2-х до 18 лет: препарат Банеоцин® применяется 2-3 раза в сутки.

Длительность применения препарата Банеоцин® не должна превышать 7 дней.

Площадь нанесения препарата Банеоцин® не должна превышать 1% от площади поверхности тела (что соответствует размеру ладони пациента).

Препарат Банеоцин® наносят тонким слоем на пораженные участки, возможно использование повязки.

Коррекция дозы препарата Банеоцин® не требуется для пациентов в возрасте 65 лет и старше.

Не наносить препарат Банеоцин® на глаза.

Пациенты с нарушениями функции печени и/или почек

При использовании в дозах, существенно превышающих рекомендованные, вследствие возможного всасывания активных веществ следует обратить особое внимание на симптомы, указывающие на нефро- и/или ототоксические реакции.

Поскольку риск токсических эффектов возрастает при снижении функции почек и/или почек, у пациентов с печеночной и/или почечной недостаточностью следует проводить анализы крови и мочи вместе с аудиометрическим исследованием до и во время терапии препаратом Банеоцин®.

Побочные действия

Побочные действия классифицированы в соответствии с их частотой развития следующим образом: очень часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ до $<1/10$), нечасто ($\geq 1/1.000$ до $<1/100$), редко ($\geq 1/10.000$ до $<1/1.000$), очень редко ($\geq 1/10.000$), неизвестно – по имеющимся данным установить частоту возникновения не представлялось возможным.

В целом, препарат Банеоцин® хорошо переносится при нанесении на кожу, слизистые оболочки и раны на поверхности.

Нарушения со стороны иммунной системы

Редко: аллергия к неомицину связана с перекрестной аллергией к другим аминогликозидным антибиотикам приблизительно в 50% случаев.

Неизвестно: сенсibilизация к различным веществам, включая неомицин, наблюдается при использовании для лечения хронических дерматозов (например, зостерий дерматоз или хронический средний отит). Отсутствия заживляющего эффекта могут быть проявлением аллергической реакции.

Нарушения со стороны нервной системы

Неизвестно: поражение вестибулярного нерва, нейромышечная блокада.

Нарушение со стороны органа слуха и лабиринтные нарушения

Неизвестно: нарушение слуха

Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей

Редко: аллергическая контактная экзема

Неизвестно: При длительном применении препарата Банеоцин® могут развиваться аллергические реакции, такие как, покраснение, обезвоживание и шелушение кожи, сыпь и зуд. Распространение поражения или отсутствие эффекта могут быть связанные с аллергией.

Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей

Неизвестно: нефротоксичность

Противопоказания

- повышенная чувствительность к бацитрацину и/или неомицину или к другим аминогликозидным антибиотикам, вспомогательным веществам
- обширные поражения участков кожи (поскольку всасывание может вызвать развитие ототоксического эффекта, сопровождающегося потерей слуха)
- выраженные нарушения выделительной функции вследствие сердечной или почечной недостаточности у пациентов и уже имеющимися поражениями вестибулярной и кохлеарной систем в случаях, если возможно всасывание активных веществ бацитрацина и/или неомицина
- нельзя использовать в наружном слуховом проходе при перфорации барабанной перепонки
- не применяется для лечения заболеваний глаз
- детский возраст до 2 лет

Лекарственные взаимодействия При системном всасывании сопутствующее назначение цефалоспоринов или других антибиотиков аминогликозидного ряда может повышать вероятность нефротоксической реакции.

Одновременное использование диуретиков, таких как этакриновая кислота или фуросемид, может также провоцировать ото- и нефротоксический эффект.

Всасывание препарата Банеоцин® может потенцировать явления нейромышечной блокады у пациентов, получающих наркотики, анестетики и миорелаксанты.

Особые указания Нельзя допускать попадание препарата Банеоцин® в рот, особенно у детей.

При использовании в дозах, существенно превышающих рекомендованные, вследствие возможного всасывания активных веществ следует обратить особое внимание на симптомы, указывающие на нефро- и/или ототоксические реакции.

Следует избегать комбинированного применения аминогликозидов местного и системного действия, из-за риска кумулятивной токсичности.

Поскольку риск токсических эффектов возрастает при снижении функции печени и/или почек, у пациентов с печеночной и/или почечной недостаточностью следует проводить анализы крови и мочи вместе с аудиометрическим исследованием до и во время терапии препаратом Банеоцин®.

При возможном всасывании (обширные нарушения целостности кожных покровов) препарата Банеоцин®, необходимо следить за возможным появлением признаков нейромышечной блокады, особенно у пациентов с ацидозом, тяжелой миастенией или другими нейромышечными заболеваниями. При развитии нейромышечной блокады показаны препараты кальция или ингибиторы холинэстеразы (неостигмин).

При длительном лечении должно уделяться внимание возможному росту устойчивых микроорганизмов. Длительное применение препарата Банеоцин® может привести к размножению штаммов бактерий и грибов, резистентных к неомицину. В таких ситуациях следует назначить соответствующее лечение. В случае развития инфекций, вызванных бактериями нечувствительными к неомицину или грибами, следует применить соответствующее антибактериальное или противогрибковое лечение. Пациентам, у которых развилась аллергия или суперинфекция препарат Банеоцин® должен быть отменен.

Вследствие воздействия солнечного света или ультрафиолетового облучения, возможно развитие фотосенсibilизации или фототоксических реакций.

Препарат Банеоцин® содержит шерстяной жир, который может вызвать местные кожные реакции (контактный дерматит).

Беременность и период лактации

Применение препарата Банеоцин® во время беременности и лактации возможно лишь в том случае, когда ожидаемая польза для матери не превышает потенциальный риск для плода/младенца. Как и все аминогликозидные антибиотики, неомицин проходит через плаценту. При системном применении высоких доз аминогликозидов было описано внутриутробное снижение слуха у плода.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Неизвестно

Передозировка При использовании препарата Банеоцин® в дозах, существенно превышающих рекомендованные, вследствие возможного всасывания активных веществ следует обратить особое внимание на симптомы, указывающие на нефро- и/или ототоксические реакции.

Форма выпуска и упаковка По 5 г или 20 г препарата помещают в тубу из алюминия, с закрывающейся крышкой из полистилена.

По 1 тубе вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона.

Условия хранения Хранить при температуре не выше 25 °С.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения 3 года. Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек Без рецепта

Производитель/Упаковщик

Мерк КГаА унд Ко., Австрия, Hosslgasse 20, 9800 Spittal/Drau, Austria

Владелец регистрационного удостоверения

Сандоз ГмбХ, Австрия
Biochemiestraße 10, 6250 Kundl, Austria

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

Представительство акционерного общества «Сандоз Фармасьютикалс д.д.» в Республике Казахстан Республика Казахстан, г. Алматы, 050000, ул. Курмангазы 95
Тел: +7 (727) 258-24-47 Факс: +7 (727) 244-26-51
e-mail: drugsafety.cis@novartis.com

Секреты здоровья знахарей разных стран

«Если будешь следовать природе, навсегда останешься здоровым»

Пенн Вильям

У всех народов планеты есть свои секреты здоровья, которые проверялись веками. Так, китайские ученые считают, что долголетию они обязаны любви к пению! Индийские долгожители объясняют большим потреблением пряностей. В Новой Зеландии для укрепления здоровья налегают на мед чайного дерева. В Исландии едят много жирной рыбы. Из Китая пришло иглоукалывание, из Индии – Аюверда.

И таких методик и рецептов в мире существует великое множество. Изучив некоторые из них, я решила сделать для вас небольшую подборку. Но прежде чем воспользоваться каким-либо рецептом, нужно помнить, что полезно для одного, может быть противопоказано для другого. Поэтому всегда советуйтесь с доктором. Или применяйте рецепт в минимальных дозировках и наблюдайте. Ведь наша основная задача: «Не навреди!»

Рецепты народов мира!

1. Турецкий от радикулита: смешать 3 ст.л. черного молотого перца с измельченной луковицей и 1 столовой ложкой меда. Смазать смесью поясницу на час.

2. Мексиканцы предлагают снимать напряжение в мышцах с помощью перца чили: смоченное в горячей воде полотенце отжать, насыпать на него измельченный перец и укутать больное место.
3. Испанцы лечат больное горло черным шоколадом: откусывают маленькие кусочки и рассасывают.

Масло для оздоровления организма

В Древнем Вавилоне кунжут считали пищей богов, а в средние века рекомендовали есть его семена для омоложения организма. Сегодня кунжутное масло широко используют в медицине.

Чем оно件оз件но?

1. Обладает бактерицидными и противовоспалительными свойствами.
2. Богато кальцием, фосфором, магнием, витамином С, необходимые для правильного развития, функционирования и восстановления хрящевой, костной и зубной ткани.
3. Применяется для профилактики и комплексного лечения остеопороза, остеохондроза,

подагры, артрита, артроза, кариеса, пародонтита, пародонтоза.

4. Благоприятно для истощенной сердечной мышцы, делает более упругими сосуды,

Рецепты с использованием кунжутного масла!

- Зубная боль – втирать в десну масло несколько раз в день, можно полоскать рот.
- Язвенный колит, гастрит. Принимать по 2 чайные ложки несколько раз в день.
- Простуда. Перед сном на ночь втирать теплое масло (но не горячее) в грудь, спину, ступни.
- Для поддержания иммунитета. Принимать по чайной ложке масла несколько раз в день во время еды. Курс – три месяца.
- Этот продукт имеет и противопоказания.
- Повышенная свертываемость крови, если есть склонность к образованию тромбов.
- Варикозное расширение вен.

Запрещено принимать в сочетании с ацетилсалициловой кислотой, а также с продуктами, в которых есть щавелевая кислота: шпинат, огурцы, помидоры, щавель, петрушка (опасно развитием мочекаменной болезни).



увеличивает содержание в крови тромбоцитов, полезно при плохой свертываемости крови.

5. Устраняет колики, нормализует уровень кислоты в желудке, улучшает желчеотделение.

Курс применения – до улучшения состояния, если не назначено врачом другое.

Деревья целители

Все деревья, как любые живые существа, обладают огромной энергией, способной исцелять. Их можно разделить на доноров и вампиров.

Деревья-доноры. Они лечат своей энергией, обогащают жизненными силами, дают бодрость, снимают напряжение.

Прогулки по березовой роще, сосновому или пихтовому лесу оздоравливают.

Самые мощные деревья-доноры:

- Береза;
- Дуб;
- Сосна;
- Акация;
- Клен;
- Все фруктовые – вишня, яблоня, груша, облепиха.

Поднесите к такому дереву раскрытую ладонь – вы ощутите приятное тепло.

Деревья вампиры. Бояться их не стоит. Просто надо научиться использовать их свойства в своих целях. Да, они забирают у нас энергию, но не только положительную, но и отрицательную.

Нужно знать несколько приемов, чтобы правильно контактировать с деревом.

Общайтесь с растениями рано, на восходе солнца. Вечером у них энергия снижается.





Деревья-вампиры:

- Осина и тополь – самые сильные;
- Ель, ива, каштан, черемуха, кипарис, туя, можжевельник – немного слабее.

Их лучше не сажать вблизи дома, следует избегать прогулок среди этих растений в состоянии душевного спокойствия и бодрого духа.

Если вы ощущаете упадок сил, депрессию, апатию, чувствуете, что кто-то из окружения питается вашей энергией, тогда на помощь придут деревья-вампиры. Они заберут весь негатив на себя, очистят от дурных мыслей и плохого настроения.

Выбирайте сильное, здоровое дерево с прямой кроной, вокруг которого в радиусе 10 м нет других деревьев.

Подойдите к дереву и поднесите раскрытые ладони. Если чувствуете холод, начинайте сеанс.

Прислонитесь, плотно обнимите дерево. Расслабьтесь и почувствуйте гармонию. Поймите, сколько требует ваш организм. После того, как освободитесь от негатива, нужно восполнить положительную энергию и обратиться к дереву-донору. Проведите аналогичную процедуру – обнимите и пойте.

Секреты японских знахарей

Самое важное для оздоровления организма у японцев – правильное питание. Рацион японцев насыщен фруктами, морепродуктами. В своем меню они придерживаются строгих правил.

Правило номер один! Когда созревают фрукты и овощи, тогда они и пригодные для еды. Летние охлаждают организм, зимние насыщают его теплом и дополнительной энергией. Важна кулинарная обработка: процент сырых овощей не должен сильно превышать процент приготовленных (тушеных, вареных, на пару). Ведь если есть только сырые овощи, то будешь постоянно голодным. А при равновесии (сырые и приготовленные) организм быстрее получит энергию и не придется переедать.

Правило номер два! Утверждение «не запивать еду» в почете у японцев. Избыточное количество жидкости разбавляет пищеварительные соки, в результате на переваривание уходит гораздо больше энергии и снова хочется есть. Что-

бы не пить воду за едой, в Японии едят суп.

Правило номер три! Активной физической деятельности должно быть в меру. Перегрузки ведут к повышенному аппетиту и, значит, излишнему количеству потребляемой пищи. О правильном занятии скажет интенсивность дыхания – оно должно быть спокойным.

Правило номер четыре! Как можно чаще принимать горячую ванну (38–40°). Вода должна доходить до уровня сердца, чтобы не повышалось давление. Регулярные водные процедуры улучшают кровообращение, что благоприятно для всех органов и систем.

Конечно, если у вас есть хронические заболевания, вам нужно проконсультироваться у врача на наличие противопоказаний.

Когда желаете близким крепкого здоровья, не забудьте пожелать им японского долголетия. Ведь эта нация – одна из самых здоровых, среди японцев много долгожителей.

Одним из важных аспектов в Японии является культура еды. Маленькие порции с минимальным содержанием животных жиров и



калорий – вот золотая середина. Всегда медленно пережевывать еду, не спеша, смакуя каждый кусочек. Считается, что именно так насыщение придет быстрее, а количество съеденного не превысит норму.

В ежедневном рационе японцев – нежирная рыба и морепродукты, свежие яблоки, огурцы, много салатов из овощей по сезону. А еще теплый зеленый чай. Ни сладкого, ни жирного в их меню нет. Сливочное масло японцы не едят. Кофе пьют, но только натуральный и не больше чашки в день.

С утра натошак – стакан прохладной водички. А после пяти вечера ничего ни есть и не пить. Соответственно спать ложатся пораньше: для стариков – это десять вечера. Встают не позже шести утра. С утра обязательна легкая гимнастика – подходящая по возрасту.

Японцы всегда в отличном настроении, полны бодрости, никаких жалоб на здоровье или усталость, как будто у них все идеально. Но они тоже люди, у них тоже где-то болит и не все идеально. Но показывать это окружающим – не принято.

Общаясь с японцами сам заряжаешься оптимизмом, желанием помочь друг другу, сопереживанием и доброжелательностью. И как у этой нации получается сохранить позитивное мышление?! Нам есть чему у них поучиться.

Целительная одежда

Да, да – это не опечатка, действительно, существует одежда, у которой есть способность исцелять. Любое изделие из крапивы является оберегом. Носки из крапивной пряжи помогают при ревматизме, пояса – при радикулите, ободки – при мигрени.

Крапива помогает всем, кто хочет быть здоровым. Она полезна при различных недугах. Больные органы лечат наложением на них крапивных накладок. От повязок на голову, браслетов, медальонов и стелек проходит головная боль, нормализуется давление, улучшается кровообращение, зрение, слух,



общее самочувствие, настроение. Крепким и здоровым становится сон, появляется легкость.

Только одна нить на запястье может существенно уменьшить или полностью снять боль при артрите. Крапивные изделия способны облегчать любые боли. Даже маленький кусочек, контактирующий с телом, делает человека сильным и дает защиту. Она влияет на человека благотворно за счет способности разгонять кровь. Боль возникает из-за застоя крови, воспаления. Иногда достаточно просто приложить волокна крапивы и боль может уйти, за счет усиления кровотока.

Рецепты китайских целителей

Довольно популярная в Китае – луковая настойка на красном вине. Китайцы считают ее средством от давления, и болезней сердца, и для хорошего зрения. К тому же эта настойка считается эликсиром долголетия.

Приготовить настойку просто: разрезанные на несколько частей вымытые луковицы вместе с шелухой (количество произвольное) залить в стеклянной банке красным вином так, чтобы лишь покрыло луковый слой. Закрывать полиэтиленовой крышкой и оставить на неделю в темном прохладном месте. Затем процедить. Принимать по 2–4 ст.л. раз в день.

Как это действует? Лук и красное вино богаты антиоксидантами, которые снижают холестерин в крови, защищают артерии от образования атеросклеротических бляшек, повышают эластичность кровеносных сосудов, препятствуют тромбообразованию. Поэтому они полезны для сердца и нормализации давления. Также они предотвращают развитие болезни Альцгеймера и деменции (слабоумие). Красное вино в небольших количествах снижает риск патологий зрения. Лук – источник витаминов и минералов.

В данном рецепте лучше использовать красный лук: в нем больше кверцетина (вещество, оказывающее антигистаминное, противовос-

палительное, противовирусное действие) – он помогает при астме, хроническом бронхите, диабете, атеросклерозе и инфекциях. Луковый кверцетин действует против раковых клеток.

Процесс приготовления настойки можно ускорить. Для этого в вино следует добавить не кусочки лука, а выжатый луковый сок и минуту встряхивать. Полученный напиток следует использовать сразу.

При появлении боли в желудке прием луковой настойки следует прекратить. Такая настойка противопоказана при заболеваниях желудка и печени. И конечно тем, кому нужно управлять транспортным средством.

Народные энергетические напитки

В магазинах продаются энергетические напитки, да они заряжают энергией, но и наносят вред организму. Но мы хотим предложить вам старинный немецкий рецепт лимонного напитка с имбирем и чесноком, который заряжает бодростью. Благодаря этому напитку проходит усталость, раздражительность, головная боль.

Рецепт! Взбить в блендере (или пропустить через мясорубку) 2 ст.л. натертого свежего корня имбиря, четыре нарезанных кусочками лимона с кожурой (без косточек) и столько же очищенных головок чеснока. Залить массу в кастрюле 2 л воды, довести до кипения. Когда остынет процедить и перелить в бутылку. В течение месяца ежедневно натощак выпивать за час до еды по стакану напитка с медом. Затем перерыв неделя и снова повторить при необходимости.

Чем полезен такой напиток? Этот рецепт действенный. Он укрепляет иммунитет, позволяет противостоять простудам и ОРВИ, не даст заболеть в холодное время года, тонизирует. Мед отличный энергетик.

Есть еще несколько полезных энергетических напитков на основе меда.

Рецепт! Пропустить через мясорубку 2 ошпаренных кипятком лимона без косточек, ¼ мякоти тыквы, свежий корень имбиря размером с ладошку. Добавить 1,5 стакана меда.

Размешать. Принимать трижды в день по столовой ложке перед едой. Противопоказания: аллергия, повышенная кислотность, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит.

Рецепт! Три-четыре крупных листа алоэ выдержать несколько недель в холодильнике. Затем вместе с 4 лимонами и 2 апельсинами (с кожурой, но без косточек) пропустить через мясорубку. Массу смешать с 1,5 ст. меда. Съедать по столовой ложке в течение нескольких месяцев.

Рецепт! Крупное яблоко и лимон с кожурой, но без косточек пропустить через мясорубку. Добавить полстакана меда. Один-два месяца съедать по столовой ложке трижды в день.

смолоть в кофемолке. 1 ч.л. порошка залить стаканом кипятка, настоять до остывания, процедить. Пить раз в день утром до еды. Курс лечения также, как и в предыдущем рецепте.

Рецепты из янтаря!

Янтарные бусы при проблемах с щитовидной железой. При болезнях щитовидки рекомендуется носить бусы из необработанного янтаря. В нем содержится очень полезная для организма янтарная кислота, бром, йод, кальций, сера.

Янтарные бусинки, постоянно соприкасаясь с кожей шеи, формируют так называемое электрическое поле, которое помогает полезным веществам из камня проникать в кровеносные сосуды, оказывая лечебное воздействие на щитовидку.



Рецепт! Взять по стакану: кураги, изюма, чернослива, грецких орехов пропустить через мясорубку, добавить 2 стакана меда. Пить по столовой ложке по утрам натощак в течение одного-двух месяцев.

Рецепты оздоровления организма из шиповника!

Шиповник давно ценится своими полезными свойствами. Из него готовили целебные снадобья для укрепления организма, поддержания бодрости и долголетия.

Смешать поровну сухие плоды шиповника, траву крапивы, спорыша. Столовую ложку сбора залить стаканом кипятка, настоять три часа, процедить. Выпить утром вместо чая. Курс – месяц, повторять раз в два-три месяца.

Или смешать: 1:1 сухие плоды шиповника и ягоды рябины красной,

В начале лечения нужны облегченные украшения из янтаря, а уже со временем можно заменить их более крупными бусинами. При недугах с щитовидной железой полезно носить их постоянно.

Чтобы улучшить состояние при пародонтозе, две-три бусины (величиной с горошину) следует положить в стакан с водой на несколько дней, а затем этой жидкостью прополоскать рот.

Настоящие травники врачуют не только тело, но и душу – оздоровление организма возможно при условии очищения и того и другого. Любите жизнь во всех ее проявлениях, какие бы сюрпризы она не преподносила.

Подготовила Ольга Шматова

Пляжный отдых осенью



У каждого приход осени вызывает разные чувства. Кому-то нравится в первый раз надеть теплые вещи, послушать, как барабанит по окну дождь, погулять по опавшим листьям в парке. А кто-то уже в начале сентября начинает тосковать по уходящим жарким денькам и бесшабашному летнему настроению. Если вы тоже один из тех, кто хотел бы, чтобы лето никогда не кончалось, его можно продлить, сбежав куда-нибудь поближе к экватору. Мальдивы, Таиланд, Карибские и Канарские острова, ОАЭ и Египет, побережье Черного и Средиземного морей и многие другие места, расположенные в южных широтах нашей планеты, дают такую возможность. В этой статье вы найдете сведения, которые помогут вам решить, куда же именно стоит отправиться, чтобы хорошо отдохнуть осенью.

Если во время отпуска вы гонитесь не столько за солнцем и морем, сколько за приключениями и новыми впечатлениями или если вы хотите уединения и тишины вдали от городского шума, есть немало стран и курортов, предлагающих отдых на ваш вкус. Мы постарались собрать самые интересные и популярные из них, чтобы вы могли легко сделать свой выбор.

Одно из преимуществ осени для поездки на отдых заключается в том, что в сентябре дети отправляются в школу, а значит, хочешь не хочешь, многим туристам к этому времени приходится вернуться на родину. В это время на курортах становится не так многолюдно, исчезают очереди в музеи и другие интересные места, многие отели предлагают скидки. Кроме того, осенью во многих странах спадает жара, что делает отдых в них более комфортным, особенно для экскурсий, поездок на велосипедах и пешеходных походов.

Таиланд

Таиланд – это настоящая жемчужина Юго-Восточной Азии. Со всего мира сюда ежегодно устремляются миллионы туристов, которых привлекает удачное сочетание неплохого сервиса, экзотики, великолепных пляжей и доступных цен. Еще одно преимущество Таиланда заключается в том, что отдыхать здесь можно круглый год. Однако и здесь есть «низкий» и «высокий» сезоны. Низкий сезон начинается в мае-июне и длится, по крайней мере, до ноября. Пониженный спрос на путевки связан с тем, что в эти месяцы для Таиланда характерна дождливая, жаркая погода. Впрочем, дождь обычно проходит очень быстро и не мешает отдыху. Тем не менее, бывает и так, что ливни идут несколько дней подряд. Несомненным плюсом отдыха в Таиланде в осенние месяцы является относительно небольшое количество людей на курортах и у достопримечательностей.

Территория этой страны сильно вытянута с юга на север, кроме того, часть его берегов омывается водами Сиамского залива, защищенного от муссонных ветров, а часть – водами Индийского океана. Это означает, что погода и условия для отдыха в разных частях страны могут сильно различаться. Осенью лучше ехать на курорты Сиамского залива: Ко Са-

мет, Ко Самуи, Ко Чанг, Паттайя, так как там меньше вероятность ветреной погоды и больших волн на пляжах. В Паттайю стоит ехать, если вы хотите совместить пляжный отдых с активной ночной жизнью. Если же вас интересует спокойный отдых, чистые пляжи и красивая дикая природа, лучше отправляться на острова.

Сентябрь – один из самых дождливых месяцев в Таиланде. Это, несомненно, отпугивает многих туристов. Однако, как и в другие месяцы влажного сезона, дожди обычно проходят по вечерам и не мешают комфортному пляжному отдыху. Кроме того, если днем небо и затянуто тучами, температура воздуха и воды достаточно высокая, чтобы можно было с удовольствием купаться и загорать. Более того, даже в пасмурную погоду здесь несложно получить солнечный ожог, поэтому не стоит пренебрегать защитными средствами. Температура воздуха днем держится около +30–32°C.

В конце сентября или начале октября (в зависимости от фазы луны) на Пхукете проводится красочный «Вегетарианский фестиваль».

В октябре сезон дождей все еще продолжается, но уже подходит к концу. Осадков в октябре уже выпадает меньше, чем в сентябре. Тем не менее, если вы опасаетесь, что

дождь испортит вам отдых или не уверены, что сможете спокойно переносить высокую влажность при температуре воздуха +30–32°C, лучше дождаться хотя бы ноября.

В ноябре на курортах Таиланда начинается высокий сезон. Дожди идут все реже, уменьшается влажность воздуха, немного спадает жара. В этом месяце начинается наплыв туристов, а значит, о путевке лучше позаботиться заранее.

В ночь первого полнолуния ноября по всей стране проходит знаменитый Праздник небесных фонариков.





Индонезия

Индонезия славится живописной природой, изобилием достопримечательностей, уникальными возможностями для серфинга и, конечно, прекрасными пляжами. Самое известное место в Стране тысячи островов – это, несомненно, Бали. Это остров с развитой туристической инфраструктурой и множеством красивых и интересных мест. Он подходит тем, кто планирует большую часть времени проводить в поездках по достопримечательностям и заодно купаться в море. Бали не зря крайне популярен среди любителей серфинга, ведь волны здесь далеко не редкое явление. К тому же пляжи этого острова известны значительными приливами и отливами. Это вовсе не означает, что на Бали нельзя хорошо провести время на пляже, но если вы мечтаете об идиллическом побережье и спокойном лазурном океане, то стоит присмотреться к менее известным индонезийским островам, таким как Ломбок, Бинтан, острова Гили.

В Индонезии на протяжении всего года дневная температура

колеблется около отметки +30°C. Осенние месяцы считаются переломным моментом между сухим и влажным сезонами. С приходом сезона дождей средняя температура воздуха начинает повышаться, а главное, увеличивается влажность, из-за которой жара переносится намного хуже.

В сентябре на островах Индонезии еще продолжается сухой сезон. Температура днем держится около +30°C. Дожди идут нечасто и быстро заканчиваются, практически не мешая отдыху.



К середине октября увеличивается количество осадков и повышается влажность. Температура воздуха днем достигает +32°C. Впрочем, если вы легко переносите жару и высокую влажность, вы вряд ли пожалуете, что приехали в Индонезию в октябре.

В ноябре уже всерьез начинается сезон дождей. Но дело даже не столько в дождях, которые чаще всего идут по ночам и быстро заканчиваются, а в высокой влажности и жаре. Мокрые вещи в это время почти не сохнут, а также активно начинают размножаться грибки и бактерии, поэтому особое внимание стоит уделить гигиене. И нужно помнить, что в какой бы месяц вы ни отправлялись в тропики, обгоревшая на солнце кожа ни в коем случае не способствует хорошему отдыху. В этих краях лучше всего пользоваться защитными кремами с максимальным УФ-фильтром.

Гоа

Побережье индийского штата Гоа – прекрасное место для безмятежного отдыха. Стокилометровая полоса песчаного пляжа, протянувшегося с юга на север, привлекает любителей экзотики, теплого моря и вечеринок под открытым небом. Вы можете и хотите позволить себе комфортный отдых в роскошном отеле? Вас ждут дорогие отели в южной части штата. Вы предпочитаете тратить меньше денег на жилье, зато отрываться в веселой компании? Тогда вам дорога в Северный Гоа. Сюда со всего мира съезжается мо-



лодежь, готовая жить в недорогих комнатах и гестхаузах, которые с удовольствием сдают местные жители. Пожалуй, самая главная отличительная черта отдыха в Гоа – это непередаваемая атмосфера всеобщей расслабленности и дружелюбия. Знаменитая «родина транс» популярна среди молодежи благодаря разгульным пляжным дискотекам.

Самое популярное время для отдыха в Гоа – это зимние месяцы, когда здесь сухо. А вот летом эти места

пустуют из-за проливных дождей. Осень – время, когда сюда начинают возвращаться туристы.

В сентябре в Гоа продолжают лить дожди, хоть и не такие сильные, как в августе. Туристов в это время здесь практически не бывает, а значит нет никаких развлечений.

Во второй половине октября в штате уже, как правило, устанавливается сухая погода. Постепенно начинают открываться бары и ресторанчики. Если вас в первую очередь интересует пляж, то вторая половина октября – вполне подходящее время для отдыха в Гоа. Тем более что цены на чартерные рейсы в это время могут быть значительно ниже. Однако если вы хотите в полной мере ощутить праздничную атмосферу этого места, в октябре ехать туда еще рано.

С ноября в Гоа начинается полноценный туристический сезон. Дождей в этом месяце уже можно не опасаться. Температура воздуха днем колеблется около +32°C.

Мальдивы

Для многих отпуск на Мальдивах – это эталон пляжного отдыха. Теплое море, белоснежный песок, бунгало, стоящие прямо над бирюзовой водной гладью, спокойствие и уединение – вот зачем туристы со всей планеты устремляются на небольшие Мальдивские острова. К этой идиллической картине еще нужно добавить прекрасные условия для дайвинга и снорклинга. Есть ли у отдыха в этом райском месте минусы? Их, пожалуй, даже несколько. Во-первых, провести здесь отпуск – это довольно дорогое удовольствие, которое не каждый себе сможет позволить. Во-вторых, здесь не так много возможностей для веселого времяпровождения. На Мальдивах вы не найдете шумных дискотек и ночных клубов. Сюда едут за тишиной и умиротворением, за потрясающими закатами и ласковым солнцем.

В сентябре на Мальдивах продолжается сезон дождей, начина-



ющийся приблизительно в мае. Во время тропических ливней, которые приносит юго-западный муссон, особо не погуляешь, так как в это время с неба проливается огромное количество воды. Однако дождь редко затягивается дольше, чем на несколько часов. А лужи и песок на пляже высушиваются жарким тропическим солнцем за считанные минуты. Зато «не сезон» – это время скидок на перелеты и проживание. Кроме того, погода – вещь непредсказуемая, и в сентябре можно прекрасно провести отпуск, не увидев ни одной тучки.

Октябрь – это последний месяц сезона дождей на Мальдивах. Как и в сентябре, с погодой может повезти, а может и нет, и тогда половину времени придется провести, спасаясь от ливней в своем номере или баре. Температура воздуха держится у отметки +30°C.

К ноябрю уже окончательно заканчивается время скидок и начинается полноценный туристический сезон. Дожди в этом месяце – редкость по сравнению с летними месяцами. Тем не менее, рассчитывать приходится только на свое везение.

Испания

Разнообразие пляжей в Испании позволяет легко выбрать место на любой вкус. Ведь можно поехать на средиземноморское побережье, где расположены знаменитые курортные зоны Коста-дель-Соль, Коста-Брава, Коста-Дорада, или выбрать отдых на живописных островах Средиземного моря: Майорка, Менорка,



Ибица или Форментера. И, конечно, нельзя оставить без внимания Канарские острова. Тысячи туристов выбирают эту европейскую страну для пляжного отдыха благодаря хорошему сервису, изобилию достопримечательностей и красивой природе. Особенно живописными и экзотическими ландшафтами славятся вулканические острова Канарского архипелага. Однако не все осенние месяцы подходят для пляжного отдыха в Испании – к концу октября купальный сезон уже заканчивается на большинстве курортов.

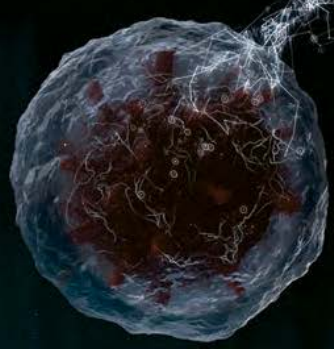
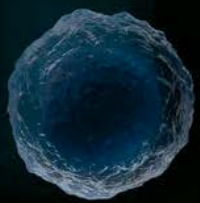
Сентябрь прекрасно подходит для отдыха на пляжах континентальной Испании. Температура воздуха в это время достаточно высокая, чтобы купаться в Средиземном море и при этом все же достаточно комфортная для экскурсий. В первой половине месяца может быть довольно жарко – до +30°C. Если любите теплую воду, от +23°C и

выше, лучше выбирать курорты подальше от Атлантического океана: Коста-Бланка, Коста-Дорада. Отличную погоду можно ожидать и на островах, расположенных в Средиземном море. Для пляжного отдыха на Канарских островах сентябрь – один из лучших месяцев. Именно к сентябрю вода здесь прогревается сильнее всего и становится приятной для купания (+23–24°C), а жара по сравнению с августом уже начинает спадать (+25–27°C).

На испанских средиземноморских курортах, как на материке, так и на Балеарских островах, погода в октябре непредсказуема. В это время, как правило, еще тепло, и море тоже не успевает остыть, но могут идти дожди. А в дождливую погоду температура воздуха значительно понижается. Экскурсиям такая погода не помеха, а вот пляжный отдых в этом месяце может не сложиться. Впрочем, тут уж как повезет. Зато на Канарских островах продолжается «вечная весна» с температурой воздуха около +24–26°C и температурой воды в океане +23–24°C.

В ноябре для пляжного отдыха в Испании стоит отправляться только на Канарские острова. Днем средняя температура там держится на уровне +23°C. Вода уже начинает остывать – в среднем около +21°C. Впрочем, даже Канарские острова в этот период больше подходят для экскурсий, нежели для того, чтобы понежиться под солнышком на пляже.





Ингавирин® 90_{мг}

ДӘРІЛІК ЗАТТЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚОЛДАНУ ЖӨНІНДЕГІ НҰСҚАУЛЫҚ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Тауарлар мен көрсетілген қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитеті төрағасының 2019 жылғы «09» 08. №014881 бұйрығымен БЕКІТІЛГЕН

Саудалық атауы Ингавирин®
Халықаралық патенттелмеген атауы Жоқ
Дәрілік түрі Капсулалар 90 мг
Құрамы

Бір капсуланың құрамында белсенді зат – имидазолилэтанамид пентандион қышқылы (витаглутам) 100% затқа шаққанда – 90,0 мг, қосымша заттар: лактоза моногидраты, картоп крахмалы, коллоидты кремнийдің қостотығы (азросил), магний стеараты.

Қолданылуы

Ересектерде А және В тұмауы мен басқа жедел респираторлық вирустық инфекцияларды (аденовирустық инфекция, парарипп, респираторлық-синцициалды инфекция, риновирустық инфекция) емдеу және профилактикасында.

Фармакотерапиялық тобы

Жүйелі пайдалануға арналған инфекцияға қарсы препараттар. Жүйелі қолдануға арналған вирусқа қарсы препараттар. Тікелей әсер ететін вирусқа қарсы препараттар. Вирусқа қарсы басқа да препараттар. Имидазолилэтанамид пентандион қышқылы.

АТХ коды J05AX21

Фармакологиялық қасиеттері

Фармакокинетикасы

Сіңіу мен таралуы Радиоактивті белгіні пайдаланған іс-тәжірибеде анықталғаны: препарат асқазан-ішек жолынан қанға тез түседі. Ішкі ағзаларға біркелкі таралады.

Қанда, қан плазмасында және ағзалардың көбінде ең жоғары концентрацияларына препаратты енгізгеннен кейін 30 минуттан соң жетеді. Бүйрек, бауыр және өкпенің АУС шамасы (фармакокинетикалық қысық астындағы «концентрация – уақыт» ауданы) қан АУС-нан болар-болмас асады (43,77 мкг.сағ/л). Көкбауыр, бүйрекүсті безі, лимфа түйіндері мен тимус үшін АУС шамалары қан АУС-нан төмен. Қандағы MRT (препаратты ұстап тұратын орташа уақыт) – 37,2 сағат.

Препаратты тәулігіне бір рет курстық қабылдау кезінде ішкі ағзалар мен тіндерде оның жинақталуы жүреді. Сондай-ақ, препараттың әр енгізілуінен кейін фармакокинетикалық қысықтарының сапалық сипаттамалары ұқсас болды: препарат концентрациясының қабылдағаннан соң әрбір 0,5–1 сағат сайынғы әрбір енгізуден кейін тез жоғарылауы және 24 сағатқа жақындағанда баяу төмендеуі.

Метаболизм Препарат организмде метаболизденбейді және өзгеріссіз күйде шығарылады.

Шығарылуы

Негізгі шығарылу үдерісі 24 сағат ішінде жүреді. Осы кезеңде қабылданған дозасының 80% шығарылады: 0-ден 5 сағатқа дейінгі уақыт аралығында 34,8% және 5-тен 24 сағатқа дейінгі уақыт аралығында 45,2% шығарылады. Олардың 77% ішек арқылы және 23% бүйрек арқылы шығарылады.

Фармакодинамикасы

Вирусқа қарсы препарат Клиникаға дейінгі және клиникалық зерттеулерде Ингавирин® препаратының А типті (A(H1N1)), соның ішінде «шошқа» A(H1N1) pdm09, A(H3N2), A(H5N1)) және В типті тұмау вирустарына, аденовирусына, парагрипп вирусына, респираторлық-синцициалды вирусқа; клиникаға дейінгі

зерттеулерде: коронавирусына, метапневмовирусына, энтеровирустарға, оның ішінде Коксаки вирусы және риновирусына қатысты тиімділігі көрсетілген.

Ингавирин® препараты вирустардың жылдам сыртқа шығарылуына, аурудың ұзаққа созылуын қысқартуға, асқынулар даму қаупінің азаюына ықпал етеді.

Әсер ету механизмі вирустық ақуыздармен бәсеңдетілетін туа біткен иммунитет факторларын көтермелеу есебінен инфекцияланған жасушалар деңгейінде жүзеге асырылады. Іс-тәжірибелік зерттеулерде, атап айтқанда IFNAR бірінші типті интерферон рецепторы экспрессиясын Ингавирин® препаратының эпителиалды және иммунокомпетентті жасушалардың беткейінде арттыратыны көрсетілген. Интерферондық рецепторлар тығыздығының ұлғаюы эндогендік интерферон сигналдарына жасушалар сезімталдығының жоғарылауына әкеледі. Вирусқа қарсы гендер индукциясы үшін жасушалар ядросына сигнал беретін ақуыз-трансмисстер STAT1 активациясымен (фосфорланумен) қатар жүреді. Инфекция жағдайында препарат әртүрлі вирустар рибонуклеопротеидтарының жасушаішілік тасымалдануын тежейтін МхА вирусына қарсы эффекторлы ақуыз өндірілуін, вирустық репликация үдерісін баяулата отырып, көтермелейтін көрсетілген.

Ингавирин® препараты қандағы интерферон құрамын физиологиялық нормаға дейін арттырады, қан лейкоциттерінің төмендеген α-интерферон-өндіруші қабілетін қалыпқа келтіреді және көтермелейді, лейкоциттердің γ-интерферон өндіруші қабілетін көтермелейді.

Цитоуытты лимфоциттердің генерациясын тудырады және вирус жұқтырған жасушаларға қатысты жоғары киллерлік белсенділікке ие NK-Т жасушалардың құрамын арттырады.

Қабынуға қарсы әсері басты қабыну цитокиндерінің (ісік некрозы факторы (TNF-α), интерлейкиндердің (IL-1β және IL-6)) өнімділігін бәсеңдетуіне, миелопероксидаза белсенділігін төмендетуіне негізделген.

Іс-тәжірибелік зерттеулерде Ингавирин® препаратын антибиотиктермен бірге пайдалану, оның ішінде пенициллинге тәзімдік стафилококк штаммдары туындатқан бактериялық сепсис моделінде емнің тиімділігін жағарылатынын көрсеткен.

Жүргізілген іс-тәжірибелік токсикологиялық зерттеулер препараттың уыттылық деңгейінің төмендігін және қауіпсіздік бейінінің жоғарылығын дәлелдейді.

Жедел уыттылық параметрлері бойынша Ингавирин® препараты «Уыттылығы аз заттар» – 4 уыттылық класына жатады (жедел уыттылық бойынша іс-тәжірибеде LD50 анықтаған кезде препараттың өлімге әкелетін дозасын анықтау мүмкін болмаған).

Препараттың мутагендік, иммуоуыттылық, аллергия тудырушы және канцерогендік қасиеттері жоқ, жергілікті тітіркендіргіш әсер бермейді. Ингавирин® препараты ұрпақ өрбіту функциясына әсер етпейді, эмбриоуыттылық және тератогендік әсер бермейді.

Қолдану тәсілі және дозалары

Ішке, ас қабылдауға байланысты.

Тұмауды және жедел респираторлық вирустық инфекцияны емдеу үшін 90 мг-ден күніне 1 рет тағайындайды.

Тұмауды және жедел респираторлық вирустық инфекцияны емдеу ұзақтығы 5–7 күн (жағдайдың ауырлығына байланысты). Препаратты қабылдауды аурудың бірінші симптомдары пайда болғанда, ең дұрысы ауру басталғаннан 2 тәуліктен кешіктірмей бастаған дұрыс.

Науқастармен байланыста болғаннан кейінгі тұмау және

жедел респираторлық вирустық инфекцияның профилактикасы үшін 90 мг-ден күніне 1 рет, 7 күн бойы тағайындайды.

Жағымсыз әсерлері

Сирек

- аллергиялық реакциялар
- Қолдануға болмайтын жағдайлар**
- препараттың белсенді затына немесе кез келген басқа да компонентіне жоғары сезімталдық
- лактаза тапшылығы, лактоза жақпаушылығы, глюкоза-галактоза мальабсорбциясы
- жүктілік
- лактация кезеңі
- 18 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдер

Дәрілермен өзара әрекеттесуі

Ингавирин® препаратының басқа да дәрілік препараттармен өзара әрекеттесу жағдайлары анықталмаған.

Айрықша нұсқаулар

Дәрігермен алдын ала кеңесіп алмай, басқа вирусқа қарсы препараттармен бір мезгілде қабылдау ұсынылмайды.

Жүктілік және лактация кезеңі Препараттың жүктілік кезінде қабылдануы зерттелмеген.

Препараттың лактация кезінде қабылдануы зерттелмеген, сондықтан препаратты лактация кезеңінде қолдану қажет болса, бала емізуді тоқтату керек.

Дәрілік заттың көлік құралын немесе қауіпсіздігі зор механизмдерді басқару қабілетіне әсер ету ерекшеліктері Зерттелмеген, алайда әсер ету механизмі мен жағымсыз реакциялардың профилін ескере отырып, препарат көлік құралдарын, механизмдерді басқару қабілетіне әсер етпейді деп болжауға болады.

Артық дозалануы

Осы уақытқа дейін Ингавирин® препаратымен артық дозалану жағдайлары туралы хабарланбаған.

Шығарылу түрі және қаптамасы

90 мг капсулалар.

7 капсуладан поливинилхлоридті үлбір мен баспалы лакталған алюминий фольгадан жасалған пішінді ұяшықты қаптамада.

Бір пішінді ұяшықты қаптама мемлекеттік және орыс тіліндегі медициналық қолдану жөніндегі нұсқаулықпен бірге картон қорапшаға салынады.

Сақтау мерзімі

3 жыл. Қаптамасында көрсетілген жарамдылық мерзімі өткеннен кейін қолдануға болмайды.

Сақтау шарттары

Жарықтан қорғалған жерде, 25°C-ден аспайтын температурада.

Балалардың қолы жетпейтін жерде сақтау керек.

Дәріханалардан босатылу шарттары

Рецептісіз босатылады

Өндіруші

«Валента Фарм» АҚ, Ресей Федерациясы 141101, Щелково қ., Мәскеу обл., Фабричная к-сі, 2

Тіркеу куәлігінің ұстаушысы

«Валента Фарм» АҚ, Ресей Федерациясы 141101, Щелково қ., Мәскеу обл., Фабричная к-сі, 2

**ҚОЛДАНАР АЛДЫНДА
ДӘРІГЕРМЕН КЕҢЕСУ КЕРЕК.
ӨЗІН-ӨЗІ ЕМДЕУ СІЗДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫҢЫЗҒА
ЗИЯН ТИГІЗУІ МҮМКІН.**

ҚР-ДЗ-5N°014881 09.08.2019
09.08.2024 ДЕЙІН



«Валента Азия» ЖШС
Қазақстан Республикасы, 050009, Алматы қ.,
Абай д-лы, 151, «Алатау» бизнес орталығы, №1102 кеңсе
Телефон/факс: +7 (727) 334-15-51



Ингавирин® 90_{мг}

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «09» 08. 2019 г. №014881

Торговое название Ингавирин®
Международное непатентованное название Нет
Лекарственная форма Капсулы, 90 мг
Состав

Одна капсула содержит **активное вещество** – имидазолилэтанамид пентандио-вой кислоты (витаглутам) в пересчете на 100% вещество – 90,0 мг,

вспомогательные вещества: лактозы моногидрат, крахмал картофельный, кремния диоксид коллоидный (аэросил), магния стеарат.

Показания к применению

Лечение и профилактика гриппа А и В и других острых респираторных вирусных инфекций (аденовирусная инфекция, парагрипп, респираторно-синцитиальная инфекция, риновирусная инфекция) у взрослых.

Фармакотерапевтическая группа

Противоинфекционные препараты для системного использования. Противовирусные средства для системного применения. Противовирусные препараты прямого действия. Противовирусные препараты прочие. Имидазолилэтанамид пентандио-вой кислоты.

Код АТХ J05AX21

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Всасывание и распределение В эксперименте с использованием радиоактивной метки было установлено: препарат быстро поступает в кровь из желудочно-кишечного тракта. Равномерно распределяется по внутренним органам. Максимальные концентрации в крови, плазме крови и большинстве органов достигаются через 30 минут после введения препарата. Величины AUC (площадь под фармакокинетической кривой «концентрация – время») почек, печени и легких незначительно превышают AUC крови (43,77 мкг·ч/л). Величины AUC для селезенки, надпочечников, лимфатических узлов и тимуса ниже AUC крови. MRT (среднее время удержания препарата) в крови – 37,2 часа. При курсовом приеме препарата один раз в сутки происходит его накопление во внутренних органах и тканях. При этом качественные характеристики фармакокинетических кривых после каждого введения препарата были тождественными: быстрое повышение концентрации препарата после каждого введения через 0,5–1 час после приема и затем медленное снижение к 24 часам.

Метаболизм Препарат не метаболизируется в организме и выводится в неизменном виде.

Выведение

Основной процесс выведения происходит в течение 24 часов. За этот период выводится 80% принятой дозы; 34,8% выводится во временном интервале от 0 до 5 часов и 45,2% во временном интервале от 5 до 24 часов. Из них 77% выводится через кишечник и 23% – через почки.

Фармакодинамика

Противовирусный препарат. В доклинических и клинических исследованиях показана эффективность препарата Ингавирин® в отношении вирусов гриппа типа А (А(Н1N1), в т.ч. «свиной» А(Н1N1) pdm09, А(Н3N2), А(Н5N1)) и типа В, аденовируса, вируса парагриппа, респираторно-синцитиального вируса; в доклиниче-

ских исследованиях: коронавируса, метапневмовируса, энтеровирусов, в том числе вируса Коксаки и риновируса. Препарат Ингавирин® способствует ускоренной элиминации вирусов, сокращению продолжительности болезни, уменьшению риска развития осложнений.

Механизм действия реализуется на уровне инфицированных клеток за счет стимуляции факторов врожденного иммунитета, подавляемых вирусными белками. В экспериментальных исследованиях, в частности, показано, что препарат Ингавирин® повышает экспрессию рецептора интерферона первого типа IFNAR на поверхности эпителиальных и иммунокомпетентных клеток. Увеличение плотности интерфероновых рецепторов приводит к повышению чувствительности клеток к сигналам эндогенного интерферона. Процесс сопровождается активацией (фосфорилированием) белка-трансммиттера STAT1, передающего сигнал в ядро клетки для индукции противовирусных генов. Показано, что в условиях инфекции препарат стимулирует выработку противовирусного эффекторного белка MxA, ингибирующего внутриклеточный транспорт рибонуклеопротеидов различных вирусов, замедляя процесс вирусной репликации.

Препарат Ингавирин® вызывает повышение содержания интерферона в крови до физиологической нормы, стимулирует и нормализует сниженную α-интерферон продуцирующую способность лейкоцитов крови, стимулирует γ-интерферон продуцирующую способность лейкоцитов. Вызывает генерацию цитотоксических лимфоцитов и повышает содержание NK-Т клеток, обладающих высокой киллерной активностью по отношению к зараженным вирусом клеткам.

Противовоспалительное действие обусловлено подавлением продукции ключевых провоспалительных цитокинов фактора некроза опухоли (TNF-α), интерлейкинов (IL-1β и IL-6), снижением активности миелопероксидазы. В экспериментальных исследованиях показано, что совместное использование препарата Ингавирин® с антибиотиками повышает эффективность терапии на модели бактериального сепсиса, в том числе вызванного пенициллин-резистентными штаммами стафилококка.

Проведенные экспериментальные токсикологические исследования свидетельствуют о низком уровне токсичности и высоком профиле безопасности препарата. По параметрам острой токсичности препарат Ингавирин® относится к 4 классу токсичности – «Малотоксичные вещества» (при определении LD50 в экспериментах по острой токсичности летальные дозы препарата определить не удалось).

Препарат не обладает мутагенными, иммуноотоксическими, алергизирующими и канцерогенными свойствами, не оказывает местнораздражающего действия. Препарат Ингавирин® не влияет на репродуктивную функцию, не оказывает эмбриотоксического и тератогенного действия.

Способ применения и дозы

Внутрь, независимо от приема пищи. Для лечения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций назначают по 90 мг 1 раз в день.

Длительность лечения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций – 5–7 дней (в зависимости от тяжести состояния). Прием препарата начинают с момента появления первых симптомов заболевания, желательнее не позднее 2 суток от начала болезни.

Для профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций после контакта с больными лицами назначают по 90 мг 1 раз в день, в течение 7 дней.

Побочные действия

Редко

- аллергические реакции

Противопоказания

- повышенная чувствительность к активному веществу или любому другому компоненту препарата
- дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция
- беременность
- период лактации
- детский и подростковый возраст до 18 лет

Лекарственные взаимодействия

Случаев взаимодействия Ингавирин® с другими лекарственными препаратами не выявлено.

Особые указания

Не рекомендуется одновременный прием других противовирусных препаратов без предварительной консультации врача.

Беременность и период лактации

Применение препарата во время беременности не изучалось.

Применение препарата во время лактации не изучалось, поэтому при необходимости применения препарата в период лактации следует прекратить грудное вскармливание.

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами

Не изучались, однако, учитывая механизм действия и профиль побочных реакций, можно предположить, что препарат не оказывает влияния на способность управлять транспортными средствами, механизмами.

Передозировка

О случаях передозировки препарата Ингавирин® до настоящего времени не сообщалось.

Форма выпуска и упаковка

Капсулы, 90 мг.

По 7 капсул в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой печатной лакированной.

Одну контурную ячейковую упаковку вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в пачку из картона.

Срок хранения

3 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке.

Условия хранения

В защищенном от света месте при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте.

Условия отпуска из аптеки

Отпускают без рецепта

Производитель

АО «Валента Фарм» Российская Федерация 141101, г. Щелково, Московская обл., ул. Фабричная, 2

Держатель регистрационного удостоверения

АО «Валента Фарм» Российская Федерация 141101, г. Щелково, Московская обл., ул. Фабричная, 2



ТОО «Валента Азия»
Республика Казахстан, 050009, г. Алматы,
пр. Абая, 151, бизнес-центр «Алатау», офис №1102
Телефон/факс: +7 (727) 334-15-51

**ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ.
САМОЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВРЕДНЫМ ДЛЯ
ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ**

PK-ЛС-5N®014881
от 09.08.2019 до 09.08.2024

Кипр

Курорты Средиземного моря привлекательны тем, что до них не очень далеко добираться. Но, к сожалению, пляжный сезон на них длится не весь год. Среди них для отдыха в осенние месяцы лучше всего подходит Кипр. Здесь тепло и относительно сухо вплоть до середины, а то и конца ноября. Когда в Испании, Турции и других странах уже холодно, на Кипре еще можно загорать и купаться в море. Все курорты Кипра славятся ухоженными красивыми пляжами. Если вы ищете не только пляжный отдых, но и веселое времяпровождение, то вам стоит отправиться на курорт Айя-Напа. В Лимассоле тоже есть немало клубов и дискотек. Этот довольно крупный город подходит всем – и ищущим спокойного отдыха туристам с детьми, и веселым молодежным компаниям. На курорт Ларнака едут за безмятежным пляжным отдыхом. Еще один известный и довольно тихий курорт – Пафос. Здесь много хороших и дорогих отелей. Пафос подходит для спокойного отдыха, но все же это более оживленный и крупный город, чем Ларнака.

В сентябре на Кипре вполне можно рассчитывать на сухую погоду на протяжении всего отпуска. Днем воздух прогревается до +27–30°C. Температура воды в море очень приятная для купания – +24–26°C.

Октябрь – чудесное время для отдыха на пляжах Кипра. Это настоящий бархатный сезон, когда днем нет изнуряющей жары, а море все еще очень теплое. Температура воздуха днем – около +27°C, а воды – +23–24°C. Для вечерних прогулок стоит иметь с собой легкую кофту с рукавом. Дождливая погода в этом месяце вполне вероятна.

В ноябре с погодой уже все не так однозначно. Море может остыть до +20–21°C. Кого-то такая температура воды вполне устраивает, а кому-то может показаться и слишком низкой. Днем средняя температура воздуха – около +23°C. Дождливых дней может быть довольно много, и к концу месяца их вероятность увеличивается. Однако и солнеч-

ные жаркие деньки, когда можно отлично провести время на пляже, в ноябре тоже далеко не редкость. Чартерных рейсов на Кипр в ноябре уже, как правило, не бывает.

Египет

Осенью, когда погода на средиземноморских курортах постепенно начинает портиться, туры в Египет становятся особенно актуальными. В это время жара там начинает спадать, и в то же время море еще остается по-настоящему теплым. Самые популярные пляжные курорты Египта: Дахаб, Сафага, Хургада, Шарм-эль-Шейх, Таба, Марса-Алам, Эль Гуна и др. Для многих туристов главной достопримечательностью и магнитом, притягивающим их в

например, Хургада, Макади Бэй, Сафага.

Если вы хотите действительно погореть на солнышке, сентябрь для поездки в Египет вполне подходит. В этом месяце еще чувствуется летняя жара. Воздух прогревается до +32°C и выше. Вода в Красном море тоже еще очень теплая – около +28–29°C градусов. Из-за начала учебного года людей на курортах становится поменьше. Цены на отели не падают, но, тем не менее, в это время вполне реально купить горящий тур по очень привлекательной цене.

В октябре дневная температура воздуха на египетских курортах совсем немного понижается – до +28–31°C, вода – +26–27°C. По ве-



Египет, являются вовсе не знаменитые пирамиды или величественные храмы и некрополи Луксора, а, условно, Красное море. Оно славится своим неповторимым подводным миром. Если вы, как и тысячи туристов со всего мира, отправляетесь в Египет ради дайвинга, стоит выбирать курорты, где коралловые рифы находятся в непосредственной близости. Среди таких мест: Шарм-эль-Шейх, Дахаб, Марса-Алам, Эль Кусейр. Если же вас интересует курорт с мягким песчаным пляжем, на котором будет приятно позагорать и покупаться, не опасаясь, что порежете ногу о коралл, вам подойдут,

черам и ранним утром может быть даже прохладно, и стоит захватить с собой легкую одежду с рукавом. Как и в сентябре, относительно велика вероятность появления горящих туров.

В ноябре из пустыни может дуть довольно сильный ветер. Но если зимой из-за него бывает довольно прохладно, то в этом месяце он обычно не портит впечатления об отдыхе. Днем все еще жарко – +26–30°C. Вода в Красном море – около +25–26°C. Для вечерних прогулок однозначно стоит взять кофту с рукавом.

Подготовила Ольга Шматова

Лучшие заготовки на зиму

Заготовить на зиму дары полей, садов и лесов – святое дело. Способов придержать их до нового урожая много, и все они по-разному сохраняют витамины и микроэлементы, которые есть в свежих фруктах и овощах. Но в каком виде лучше хранить зимние заготовки?

Во власти холода

Диетологи утверждают, что самый эффективный способ домашних заготовок – замораживание, с помощью которого остается больше всего полезных веществ. А точнее, витамины и микроэлементы сохраняются на все 100%. Это – идеальный вариант хранения. Причем, замороженные плоды намного полезнее, чем свежие, которые продают зимой. Ведь в хранилищах и при транспортировке овощи, фрукты и ягоды теряют много своих полезных качеств. Идеально можно сохранить в холоде баклажаны, сладкий перец, морковь, ягоды, зелень, кукурузу, зеленый горошек. Их

**Рецепт №1.****Болгарский перец**

Перец болгарский замороженный – отличная витаминная заготовка. Чтобы сохранить больше витаминов рекомендуется замораживать перец целиком, к тому же такую заготовку удобно использовать для приготовления фаршированных перцев.

1. Выбирайте плотные целые плоды без повреждений.
2. Помойте перцы, отрежьте место плодоножки и удалите семечки.
3. Сухие плоды сложите в пакет для замораживания не плотно, чтобы после заморозки они не смерзлись. Или вложите один в другой пирамидкой, предназначенной на одно приготовление.
4. Поместите перцы в морозильную камеру на сутки, а затем упакуйте порционно в отдельные пакеты. Используйте по мере надобности.

Рецепт №2. Малина

Любую ягоду нужно приготовить для заморозки. Сначала выбираем, моем. Для просушки вымытых ягод удобно использовать решетки с поддонами, на которые будет стекать вода. Такие приспособления не дадут ягодам помяться и повредить свой внешний вид. Наиболее распространенная ошибка в заморозке



ягод – это расфасовка не просохших ягод сразу в тару. Так ягоды собираются в один большой ягодный комок, что представляет трудность при разморозке, не эстетический внешний вид. В рецепте подробно расписано, как заморозить ягоды так, чтобы они сохранили красивый внешний вид, хорошо размораживались. А теперь приступим к заморозке малины.

1. Малина для заморозки должна быть идеальной. Гнилые, незрелые, помятые ягоды не используются. Поэтому для начала малину перебираем.

промывают, чистят, сушат, при необходимости – измельчают, упаковывают в герметичные пакеты и укладывают на хранение. Лучше – в морозильник. В нем температура ниже, чем в морозильной камере холодильника, и продукты проходят шоковую заморозку при очень низкой температуре. И в них не образуются кристаллы воды, что лучше сохраняет вкус плодов, структуру их тканей и значительно увеличивает срок хранения. При температуре -6° замороженные овощи и фрукты можно хранить 3 месяца, а при -18° и ниже – от 8 до 12 месяцев.



2. Отобранные ягоды моем. Мыть следует очень аккуратно, чтобы не подавить урожай. Чистую малину выкладываем на поддоны в один слой, даем хорошо высохнуть.
3. Затем на этой же решетке помещаем в морозилку. Даем заморозиться, чтобы малина достаточно затвердела.
4. Замороженные ягоды фасуем в пластиковые контейнеры. Лучше это делать небольшими порциями. Если нет контейнеров, можно воспользоваться плотными пакетами с застежкой.
5. Возвращаем фасованные ягоды обратно в морозильную камеру. Хранить замороженные ягоды рекомендуется не дольше одного года.
6. Размораживать ягоды лучше медленно, не прибегая к быстрой разморозке. Для этого просто переместить контейнер с малиной из морозилки в холодильник. Примерно через 8–10 часов ягоды оттают. Удобно оставлять на ночь.

В чем соль?

Чтобы заготовить витамины на зиму по старинным рецептам, нужно их солить, квасить или мочить. По сути, это один и тот же способ заготовок с помощью соли, а разница в названии зависит только от того, что именно собираемся заготавливать, сохранив в продуктах 70–80% полезных веществ. А, к примеру, в квашеной капусте и моченых яблоках даже больше витамина С, чем в свежих. Причем, правильно заквашенной капустой отравиться невозможно, поскольку образующаяся в ней в процессе брожения молочная кислота убивает все микроорганизмы. Да и в соленых огурцах витаминов С, В₁ и В₁₂ зимой не меньше, чем летом.

Солят помидоры и огурцы, заливая из водным раствором соли – 2 ст. ложки соли на 1 литр воды. Квасят капусту, нашинковав ее и тщательно размяв с солью – на 1 кг капусты понадобится 0,5 чайной ложки соли. А мочат яблоки, груши, сливы, арбузы, используя для заливки 2–3 ст. ложки соли, 1–2 ст. ложки сахара на 1 литр воды для

заливки. Хранят такие заготовки в темном прохладном месте. Так они дольше будут иметь съедобный вид и не перестанут хрустеть – на свету хруст исчезает. В прошлых веках хозяйки старались закатать в банки утренний урожай, только что собранный с огорода. Сейчас приходится действовать по обстановке.

Поговорим об огурцах! Если у вас нет возможности заготавливать на зиму самостоятельно выращенные овощи, залейте купленные на несколько часов (от 2 до 6) холодной водой, так они станут крепче. Для засолки подходят не все огурцы. Лучше всего зимуют в банках огурцы сорта «Родничок», «Нежинский». Важно, чтобы огурец был с пупырышками, толстой кожурой, мелкими семечками и ярко-зеленого окраса. Чтобы просолка была равномерной огурцы должны быть одинакового размера и укладывать их в банки нужно вертикально. Не стоит трюбовать овощи слишком плотно. Опытные кулинары советуют в заготовке не использовать хлорированную воду. Идеальный вариант – колодезная, родниковая, но и обычная бутилированная тоже подойдет. Не забудьте о тщательной стерилизации банок для засолки паром, особенно это актуально для горячего способа консервирования. А теперь рецепты.

Рецепт №1.

Холодный способ

- Огурцы – 1,5 кг (столько примерно входит в 3-литровую банку)
- Вишневые листья (5–7 шт.)
- Листья хрена (2–3 шт.)
- Перец разноцветный горошком (по вкусу)
- Укроп (3–4 зонт.)
- Соль (3 ст.л.)
- Чеснок (4 зуб.)

Огурцы тщательно помыть. Сложить их в банку, пересыпая листьями и специями. Сделать солевой раствор из стакана воды и соли. Вылить раствор в банку и долить до верха обычной водой. Банку закрыть пластиковой крышкой и оставить для брожения на 4 суток. Хранить огурцы в холодном месте.





Рецепт №2.

Смородиновые огурцы

У хорошо отмытых огурцов срезать концы. На дно каждой банки положить по 2–3 горошины черного перца, гвоздики, 1–2 зубчика чеснока, укроп и мяту. Сверху вертикально уложить в банку огурцы. Сделать заливку из 1 л. воды, 50 г соли, 20 г сахара и 250 г сока красной смородины. Заливку поставить на медленный огонь и довести до кипения. Залить ею огурцы, закрыть банку крышкой и стерилизовать 8 минут. Хранить в прохладном месте.

Рецепт №3.

Маринованные огурцы со свеклой

Огурцы – 1,5 кг
Свекла 1 шт.
Гвоздика целая 3 шт.
Зонтики укропа 2–3 шт.
Перец черный горошком 5 шт.
Перец душистый 5 шт.
Листья вишни 4–5 шт.
Сахар 1 ст.л.
Соль 1,5 ст.л.
Уксус 9% 50 мл
Лавровый лист 2–3 шт.

Свеклу очистить и нарезать на брусочки. В простерилизованную банку выложить листья хрена, смородины, вишни, укроп. Добавить свеклу. Наполнить банку огурцами, пересыпая их специями. Добавить очищенный чеснок. Залить огурцы крутым кипятком, чтобы она накрыла овощи. Закрыть банку крышкой, подождать 15–20 мин.

Вылить воду и залить огурцы снова кипящей водой. Слить через 15 мин. настой в миску, добавить сахар и соль. Довести до кипения и вновь залить огурцы. Добавить уксус. Закрыть банку пластиковой крышкой. После остывания хранить в холодном месте.

Рецепт №4. Огурцы, квашенные в тертых огурцах

1 кг огурцов
75–80 г соли
2 зубчика чеснока
Укроп
Хрен

Листья вишни и черной смородины

Огурцы, которые не подходят для заготовки на зиму, очистить и удалить семена. Натереть их на крупной терке, смешать с солью и пропущенным через пресс чесноком. На дно банки выложить тертые огурцы, сверху сложить в банку целые огурцы так, чтобы в банке осталось сверху немного места. Добавить еще один слой огуречной массы. В итоге все пустоты в банке должны быть наполнены огуречной массой. Наполненную банку прикрыть плоской тарелкой или деревянным кружком, чтобы сверху можно было поставить гнет. Огурцы должны начать бродить при комнатной температуры. После окончания брожения огурцы закрывают пластиковой крышкой и хранят в холодном месте 10–15 дней.





Как приятно зимой похрустеть квашеной капусткой. И приготовить ее не так уж и сложно. Мы вам хотим предложить два рецепта.

Рецепт №1. Капуста квашеная в рассоле

Это отличный кулинарный рецепт хорошей зимней закуски. Квашеная капуста на зиму замечательна по многим параметрам. Во-первых, это уже готовый салат. Во-вторых, из квашеной капусты можно готовить большое количество различных блюд. К примеру, борщ и щи из квашеной капусты. Также ее хорошо тушить с добавлением мяса или сосисок, получается замечательное второе блюдо. Прелесть этого рецепта еще и в том, что капуста готова уже в течение трех часов после заливки рассолом. И приготовление капусты квашеной по этому рецепту очень легкое и приятное.

Мелко и красиво шинкуем капусту (чем тоньше соломка, тем вкуснее еда в итоге). Натираем на крупной терке морковку. Раскладываем на столе нарезанную капусту, сверху присыпаем натертой морковью, чтобы не осталось открытого места (но не слишком густо).

Слегка мнем капусту с морковкой хорошо помывшими руками. После добавляем измельченного чеснока, складываем вместе в банки и заливаем приготовленным рассолом. Стерилизуем в течение получаса и закрываем.

Рассол: Берем теплую кипящую воду, разводим в ней до полного растворения соль и сахар.

Рецепт №2. Хрустящая капуста

Попробуйте приготовить капусту так, чтобы она была хрустящей.

1. Капусту белокачанную нашинкуйте как можно тоньше, чтобы кусочки были не грубыми.
2. Морковь почистите, сполосните и натрите на крупной терке.
3. В широкой миске смешайте морковь с капустой, подавите руками, чтобы капуста пустила сок.
4. Добавьте перец горошком и лавровый лист, разложите капусту по трехлитровым банкам.
5. Воду вскипятите, добавьте соль. Когда рассол остынет, залейте им капусту, накройте банки крышками меньшего диаметра, установите гнет. Можно взять узкие банки, наполненные водой.
6. Через сутки сделайте пару проколов ручкой деревянной ложки или лопаточки, чтобы дать выход углекислому газу.
7. Через 3 дня слейте из капусты рассол. Старайтесь по максимуму отжать капусту.
8. В отжатый рассол добавляем мед, размешиваем и снова заливаем им капусту.

Храните банки с капустой в холоде.

Сушка как вариант заготовки

С помощью сушки можно сохранить 50–70% полезных веществ в овощах и фруктах. Сушить на зиму можно яблоки, груши, сливы, смородину, малину, чернику, клюкву, абрикосы, персики, виноград, грибы, зелень, перец, баклажаны, морковь. Крупные плоды режут, а мелкие целиком – раскладывают в один слой и сушат в хорошо прогретой (примерно до 80°C) духовке, печи, микроволновке или специальной сушилке.

Сухофрукты и другие сушеные заготовки намного калорийнее, чем свежие фрукты и овощи. Ведь при сушке на 75% уменьшается количества витамина С и примерно на 30% – витаминов В₁ и В₂. А витамины А и Е остаются нетронутыми. Высокую калорийность сушеным заготовкам обеспечивает то, что в них теряется влага, из-за чего увеличивается концентрация сахара. Поэтому компот из сухофруктов полезен тем, кому необходимо пополнить в организме запас клетчатки и пектина и улучшить пищеварение.





Под маринадом

Маринованные заготовки – очень вкусные, но маринование – самый малоэффективный способ хранения продуктов на зиму. Он оставляет всего лишь 30% полезных веществ, поскольку продукты проходят термическую обработку. Кроме того, уксус как необходимый компонент маринада вреден для желудка. Маринование также сильно меняет вкус овощей и фруктов, хотя для многих он даже лучше, чем у свежих.

Маринуют помидоры, огурцы, капусту и грибы. Для маринада необходимо примерно 1 л. воды, 2 ст. ложки соли, 1 ст. ложка сахара, 30 мл уксуса, плюс специи: зелень, горький и душистый перец, гвоздика, чеснок, лавровый лист. Более точные пропорции – в конкретных рецептах. Маринад пастеризуют и заливают им продукты, разложенные по банкам. Количество заливок зависит от рецепта – их может быть от 1-й до 3-х. В результате – уксусная кислота убивает все микробы, маринад способствует пищеварению, а герметически закупоренные банки можно хранить даже при комнатной температуре. Удобно, вкусно, жаль, что мало пользы.

Для сладкоежек

В любимых многими вареньях сохраняют только 10–30% полезных веществ. Причем чем сложнее рецепт, чем дольше варятся фрукты, тем меньше от них пользы. Чуть-чуть больше пользы от так называемых «холодных джемов» – фруктов, перетертых с сахаром, или варений-скороварок, которые проходят термическую обработку не более 5 минут. Классический способ приготовления варенья такой: ягоды, фрукты, арбузы, дыни перебирают и моют, засыпают са-

харом в пропорции 1:1, и варят при постоянном помешивании. Варенье готово, когда его капля на блюде не растекается. Такая заготовка неприхотлива в хранении – ей подойдет даже комнатная температура.

Если вы следите за фигурой, то соленья лучше есть в конце еды, а не в начале, как мы привыкли. Дело в том, что они усиливают аппетит. Если съедите их до основного блюда, то насытиться будет сложнее. А это – риски для фигуры.

Подготовила Ольга Шматова





Знаки Зодиака и Интернет

Звезды совершенно не планировали, что человечество изобретет Интернет. По замыслу, люди должны были жить и радоваться солнышку, а не пикселям. Но поскольку они непослушны и изобрели Интернет, то звездам ничего не оставалось, как вздохнуть и начать контролировать наше поведение еще и в социальных сетях.

ОВЕН (21.03 – 20.04)

Для Овна страничка в Сети – это часть имиджа. Поэтому даже под замком для друзей Овен не будет ныть, как у него все плохо, какая жизнь несправедливая и какие люди редиски. Поскольку жажда – ничто, имидж – все. Из тех же соображений Овен не будет выкладывать просто селфи в лифте – он выложит селфи в лифте после встречи с Римским Папой. А, в идеале, Папа тоже должен на этом селфи присутствовать. Кроме того, для Овна в порядке вещей вывесить текст с сомнительными тезисами и радостно наблюдать, как «пипл все это комментирует».

ТЕЛЕЦ (21.04 – 21.05)

Очень эмоциональные в реальной жизни Тельцы довольно равнодушны к социальным сетям и, как правило, дальше своей собственной страницы не ходят. Если Телец вас лайкнул и, тем более, оставил комментарий – можно открывать шампанское и праздновать: вы действительно написали или сфотографировали что-то крутое. А собственную страницу Тельцы рационально используют для работы или для сброса негатива. И не лезут каждые пять минут в телефон (компьютер), чтобы посчитать лайки.

БЛИЗНЕЦЫ (22.05 – 21.06)

Близнецы – самые активные пользователи соцсетей. Им совершенно не лень писать многостраничный текст ежедневно или ночами напролет листать журнал незнакомого человека на три года назад, прочитав каждую запись. Поскольку у каждого Близнеца есть врожденный писательский талант, социальные сети для них – большое благо, позволяющее раскрыться. Другое дело, что, набрав армию поклонников, Близнец может охладеть и без объявления войны переключиться на что-то другое. А спустя пять лет вернуться и искренне удивляться, почему эти подписчики так неблагодарны и его забыли.

РАК (22.06 – 22.07)

Рак может общаться в социальной сети более-менее активно, но он всегда помнит, что это – публичная площадка. Поэтому на его странице очень мало по-настоящему личного. Это же Рак!

Он и в реальной-то жизни очень неохотно рассказывает друзьям свои личные победы и секреты, а уж в соцсети из него и подавно откровенности не дожدهшься. Сидит, молчит, лайкает, в Интернет-баталии не лезет, фотографию кустика запостил – вот это настоящий Рак.

ЛЕВ (23.07 – 23.08)

Достоверно неизвестно, кто именно изобрел первую социальную сеть. Но логично предположить, что это был Лев. Получить новую площадку, которую можно использовать в качестве трибуны, не выходя из дома, – бесценно. Поскольку настоящие Львы по любому вопросу «Имеют Мнение» (обязательно с прописной буквы) и являются мастерами формулировок, количество подписчиков его страницы растет в геометрической прогрессии. Лев благодушно отвечает на восторженные комментарии, а всех несогласных банит, предварительно сообщая причину: «Ты – «не свой парень», поди прочь».

ДЕВА (24.08 – 23.09)

Дева старается дать о себе как можно меньше информации. Потому что – мало ли? Мир жесток, а зима близко. Если же нужно высказаться на какую-нибудь тему, Дева не станет тратить буквы – она просто найдет уже высказанное мнение (например, у Льва или Близнецов) с нужными тезисами и перепостит с ремаркой: «Подпишусь под каждым словом». Несмотря на то, что Дева не писатель, она очень внимательный читатель и убежденный граммарица. И если вы путаете «тсья» и «тсья», Дева непременно выстрелит вам в переносицу презрительным комментарием.

ВЕСЫ (24.09 – 23.10)

Весы в соцсетях – лучший друг всех людей. Они охотно отвечают на просьбы зафренда, им не лень поставить «лайк» и, в принципе, обнять весь виртуальный мир. Поэтому у Весов полно друзей, которых они никогда не видели вживую. И друзья эти не менее верные, чем живые и кожаные. На странице Весов – сборная солянка из фотографий, чужих перепостов, собственных мыслей, а страницу, в целом, можно охарактеризовать словом «позитивчик!».

СКОРПИОН (24.10 – 22.11)

В виртуальности Скорпионы остаются верны себе и своему яду. Если Скорпион с высказанным в Сети тезисом не согласен, он вполне способен убить автора этого тезиса словом. Причем, не просто убить из необходимости, а с плохо скрываемым удовольствием убить. И впоследствии совершенно не париться, если какой-то незнакомый дяденька (или тетенька) в интернетиках его вдруг не любит. Какое горе, ты погляди, меня не любит незнакомый дяденька! В общем, Скорпионы – это классические тролли с отлично прокачанным слогом. Не попадайтесь им.

СТРЕЛЕЦ (23.11 – 21.12)

Стрелец – миротворец. В жизни или в социальной сети – не имеет значения. Если на глаза Стрельцу попадает ожесточенный спор с оскорблениями, то Стрелец попытается встать над схваткой и уговорить враждующие стороны взяться за руки. А поскольку Интернет не так уж сильно отличается от реальной жизни, Стрельцу, как разнимающему, немедленно прилетает с обеих сторон. Но Стрелец не опускает руки и уже завтра, уже в другой дискуссии снова пытается всех помирить. Потому что люди должны любить друг друга, а не вести себя как жаба с гадюкой.

КОЗЕРОГ (22.12 – 20.01)

Козероги входят в социальную сеть со скрипом. Потому что искренне не понимают, зачем люди фотографируют свою еду и, тем более, своих детей на потеху мировому коллективному злу, которое совершенно точно обитает в виртуальной реальности с целью сглазить всех детей и поселить

в сфотографированные соленья ботулотоксин. Поэтому пишет Козерог мало, комментирует неохотно и никогда не добавляет во френды всех незнакомцев без разбора. А на месте аватарки у него забавная картинка, потому что «дураков нет» – собственную фотографию вывешивать.

ВОДОЛЕЙ (21.01 – 19.02)

Блог Водолея состоит из фотографий: «Я на берегу», «мой муж на берегу», «моя собака на берегу», «тупо берег». Выложенные Водолеем фотографии публикуются не с целью похвастаться, а с целью прокричать человечеству: люди, ау, посмотрите, на какой прекрасной планете мы живем, и что же мы делаем, люди, опомнитесь! Посему в блоге Водолея всегда можно найти фотографии из серии: «осенний листик», «облачко» и, конечно, «закат». А писать в соцсети Водолеи не очень любят. Потому что настоящие мастера кунг-фу никогда не показывают свое искусство без крайней необходимости.

РЫБЫ (20.02 – 20.03)

Рыбы в Интернете живут, как в обычной жизни, а именно – нараспашку. Френды со всех концов Галактики знают, что Рыба вышла замуж, Рыба развелась, Рыбе грустно, Рыба снова кого-то встретила, Рыбе хорошо. Поскольку Рыбы никак не разделяют виртуальное и реальное общение. А что такого-то? В Сети ровно те же люди, они могут запросто эмигрировать в Интернет так, что выловить их оттуда возможно, только оглушив при помощи динамита. А анекдот: «Милый, иди спать, три часа ночи! – Не могу, детка, в Интернете кто-то не прав» – это как раз про Рыб.



Помогает ускорить восстановление печени



Эссенциале® форте Н

АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО

Эссенциальные фосфолипиды из соевых бобов, содержащие 76% холина, 300 мг.

Матовые продолговатой формы желатиновые капсулы цвета хаки, содержащие похожую на мед пастообразную массу.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- стеатоз печени (жировая дистрофия печени)
- токсические повреждения печени
- острые гепатиты
- хронические гепатиты
- алкогольная болезнь печени
- лекарственные поражения печени
- несбалансированное питание, сопровождающиеся отсутствием аппетита и ощущением тяжести в правом подреберье

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Эссенциале® форте Н предназначен для применения у взрослых и детей старше 12 лет (с массой тела более 43 кг).

Разовая доза составляет 2 капсулы (600 мг эссенциальных фосфолипидов).

Суточная доза составляет по 2 капсулы 3 раза в день (1800 мг эссенциальных фосфолипидов).

Эссенциале® форте Н нужно принимать, не разжевывая, вместе с пищей, заливая достаточным количеством воды (например, стаканом воды). Продолжительность приема препарата не менее 3 месяцев. При необходимости срок лечения продлевается.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Иногда

- боли в желудке, легкое послабление стула
- Редко
- диарея

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Больные с известной гиперчувствительностью к солям содержащимся препаратам и/или другим компонентам препарата.

Условия отпуска из аптек: БЕЗ РЕЦЕПТА.

Перед применением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.

ТОО «Санofi-авентис Казахстан»
Республика Казахстан, 050013, Алматы, пр.т.
Н.Назарбаева 187 «Б»
телефон: +7 (727) 244-50-96
факс: +7 (727) 258-25-06
e-mail: quality.info@sanofi.com,
Kazakhstan.Pharmacovigilance@sanofi.com

SANOFI

ЗОДАК® *экспресс*

Поможет избавиться от аллергии!



**ДЕЙСТВИЕ СОХРАНЯЕТСЯ
ДО 24 ЧАСОВ**

Зодак® Экспресс

**МНН: ЛЕВОЦЕТИРИЗИН
ТАБЛЕТКИ, ПОКРЫТЫЕ ПЛЕНОЧНОЙ
ОБОЛОЧКОЙ, 5 МГ**

Одна таблетка содержит активное вещество - левоцетиризина дигидрохлорид 5 мг.

Показания к применению

- симптоматическое лечение аллергического ринита (включая постоянный аллергический ринит)
- хроническая идиопатическая крапивница

Способ применения и дозы

Таблетки применяют внутрь с пищей или натощак, запивая небольшим количеством воды, не разжевывая.

Взрослые и подростки старше 12 лет: рекомендованная суточная доза составляет 5 мг (1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой).

Дети от 6 до 12 лет: рекомендованная дневная доза составляет 5 мг (1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой).

Пожилые пациенты: корректировка дозы рекомендуется пожилым пациентам с умеренной и тяжелой почечной недостаточностью.

Побочные действия

Часто: головная боль, сонливость, нарушение сна, сухость во рту, усталость, диарея, рвота, запор.

Противопоказания

- повышенная чувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных веществ препарата, производным цетиризина, гидроксизина или пиперазина
- тяжелая форма хронической почечной недостаточности (клиренс креатинина менее 10 мл/мин)
- детский возраст до 6 лет
- редкая наследственная непереносимость галактозы, наследственный дефицит Lapp лактазы, и/или мальабсорбция глюкозы-галактозы
- беременность и период лактации

Лекарственные взаимодействия

Данные исследования взаимодействия с левоцетиризином (в том числе исследований с индукторами CYP3A4) отсутствуют; исследования соединения цетиризина с рацематом не показали каких-либо клинически значимых неблагоприятных взаимодействий (с антипсихотиками, псевдоэфедрином, циметидином, кетоназолом, эритромицином, азитромицином, глипизидом и диазепамом).

Особые указания

Употребление алкоголя не рекомендуется. Применение таблетки с пленочной оболочкой не рекомендуется для детей в возрасте до 6 лет, так как данная лекарственная форма не позволяет корректировать дозу. Рекомендуется использовать педиатрическую форму левоцетиризина.

Условия отпуска из аптеки - ПО РЕЦЕПТУ

**ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И
ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА
ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ
ИНСТРУКЦИЮ ПО ПРИМЕНЕНИЮ**

PK-PC-5№023460 от 16.04.2019 г. до 08.01.2023 г.

ТОО «Санofi-авентис Казахстан»
Республика Казахстан, 050013, г. Алматы,
пр-т Н. Назарбаева, 187 Б
телефон: +7 (727) 244-50-96
факс: +7 (727) 258-25-96

e-mail: quality.info@sanofi.com
e-mail: Kazakhstan.Pharmacovigilance@sanofi.com

Заключение №2431 от 17.07.2019 г.

SANOFI