

Аптеки Казахстана

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ

Подписной индекс: 74538



№2(22)•2017



Годасал®

Ацетилсалициловая кислота 100 мг

Годы жизни дарит Вам!



✓ Антиагрегант

✓ Не требует обязательного заживания водой



Показания к применению:

- Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, острый коронарный синдром, профилактика повторных инфарктов).
- Профилактика инсульта, транзиторной ишемической атаки.
- После хирургических вмешательств на сосудах (чрезкожная транслюминальная катетерная ангиопластика, аортокоронарное шунтирование, эндартерэктомия сонных артерий, артериовенозное шунтирование).

Способ применения и дозы:

Годасал® принимают 1 раз в сутки, после еды, можно запить жидкостью, рассосать или разжевать.

Побочные действия:

Возможны желудочно-кишечные расстройства, желудочно-кишечные кровотечения, язвы желудка или кишечника, реакции повышенной чувствительности, головная боль, головокружение.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность, обострение язвы желудка, ДПК, склонность к кровотечениям, тяжелая печеночная, почечная и сердечная недостаточность, одновременное лечение метотрексатом 15 мг/неделю, III триместр беременности.

Особые указания:

Беременность и период лактации: в I-II триместрах беременности Годасал® можно применять в соотношении риск/польза. В период лактации грудное вскармливание следует прекратить.

Особенности влияния препарата на способность управления транспортными средствами и потенциально опасными механизмами: не оказывает влияния.

Условия отпуска из аптек: без рецепта.

Перед назначением и применением изучите инструкцию по медицинскому применению.

Производитель:

Dr. R. Pflieger Chemische Fabrik GmbH, Германия Др.-Роберт-Пфлегер-Штрассе 12, Д-96052 Бамберг
РК-ЛС-5№020249 от 18.12.2013 г. Разрешение на рекламу №KZ56VBV00000435 от 05.09.2014 г.

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству товара ТОО «PRO.MED.CS.»

г. Алматы, пр. Достык 132, оф. 9, тел./факс: 8 (727) 260-89-36, E-mail: marketing@promed.cs

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Уважаемые читатели!

«Раскрылся наконец цветок,
Как хорошо, что нос заложен,
Иначе мог случиться шок,
Лишь взор до рези растревожен...»

Сегодняшнее летнее утро я начала не с чтения почты и новостей, а с прочтения вот таких коротеньких, смешных, но актуальных цитат и стихотворений, посвященных аллергическому риниту. И не случайно. Ежегодно этот прекрасный теплый цветущий сезон для многих людей становится настоящим испытанием. В нашем регионе аллергиков немало, именно поэтому и возникает множество вопросов, ответы на которые мы опубликовали в свежем выпуске журнала «Аптеки Казахстана». В материале использованы наиболее важные согласительные документы по аллергическому риниту (АР), включая Практические руководства.

Как тревожно становится на сердце у мамы, когда ее кроха заболевает, и как важно подобрать правильный препарат для лечения ОРВИ и кашля у малышек, которым еще нет 3-х лет. В этом номере вы можете ознакомиться с современным взглядом на «кашлебую» и «вирусную» ситуации.

Данный номер журнала представляет еще одну детскую тему: «Здоровый кишечник, крепкий иммунитет!» - и не только. Иметь здоровый кишечник важно и для профилактики и коррекции дисбиоза у больных с гастроинтестинальной патологией. Мы рассказали, какой препарат поможет это сделать наиболее эффективно.

Головная боль является одним из нежелательных, но регулярно возникающих «спутников» жизни. Она может настичь в любом месте, отравить любой отдых и надолго испортить настроение человеку. Как возникает мигрень? И как ее устранить? Актуально. Не пропустите данную статью.

В разделе «Мастер-класс» вы сможете научиться отличать реалиста от скептика, познакомитесь с приемами известного психолога и узнаете, как применить его методы в практике аптечных продаж.

Ах, как хочется каждой женщине быть изящной, стройной, здоровой и жизнерадостной. И это возможно. А мы поможем вам разобраться, для чего нужны диеты и как правильно соблюдать их во благо себе любимой. Изучайте и дерзайте. Все в ваших руках!

И еще много всего полезного и интересного вы узнаете со страниц нашего журнала! Читайте! Узнавайте! Мы работаем для вас!

С уважением, Дуйсеева Гульмира



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

№ 2 (22), 2017

Подписной индекс: 74538

Собственник:

ТОО «Masters Trade»

Журнал зарегистрирован
в Министерстве связи
и информации РК.

Свидетельство

№14457-Ж от 11.07.2014 г.

Зарегистрированный тираж:
4000 экз.

Территория распространения:
Республика Казахстан

Главный редактор:
Дуйсеева Гульмира
Выпускающий редактор:
Карманова Нуртолкын

Журналисты:
Ангелина Паша,
Джаксылыкова Амина,
Шматова Ольга,
Шишанова Ольга

Технический редактор:
Канахина Оксана

Выпускающий дизайнер:
Тарадай Татьяна

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

При использовании
материалов ссылка
на источник обязательна.

Ответственность за достоверность информации несут авторы и рекламодатели.

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

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

По вопросам распространения обращаться в редакцию.

Адрес редакции:

050059

Республика Казахстан
г. Алматы, ул. Кунаева, 21Б,
БЦ «Сәт», офис 31А
Тел: +7 (727) 327-72-45

E-mail: masters.trade@mail.ru

www.chil.kz

Рекомендуемая цена –
1000 тенге

Отпечатано в типографии:

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

Содержание

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

- 6 Аллергический ринит 2017: 12 самых важных вопросов. Р.И. Розенсон
- 11 Кашель у детей раннего возраста. Проблемы и пути их решения. Г.М. Абдуллаева

МАСТЕР-КЛАСС

- 17 Слова, которые имеют силу: стратегии влияния на людей Дональда Трампа
- 20 USSR Style – как избавиться от пережитков «топорного» сервиса в аптеке

СЕКРЕТЫ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

- 24 Откуда к нам пришли диеты, или история худеющего человечества
- 32 Головная боль – проблемы и решения. Э.В. Супрун

СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТА

- 40 Расслабьте свое тело!
- 45 Лечение ОРВИ и гриппа у детей дошкольного возраста препаратом Кагоцел®
- 50 Новые подходы к профилактике сердечно-сосудистых катастроф. Антитромботическая эффективность и безопасность Годасала®: оптимальное сочетание ацетилсалициловой кислоты и глицина. Э.В. Супрун
- 55 Инновации в детской гастроэнтерологии и нутрициологии в практике семейного врача

СЕЗОН

- 60 Куда отправиться в свадебное путешествие?
- 68 Если в доме ремонт

АПТЕЧКА

- 77 Пневмония
- 80 Почему важно принимать Аспирин® Кардио длительный срок?

АПТЕКИ МИРА

- 82 Большая испанская семья

ГОРОСКОП

- 88 Зодиак вашей квартиры и ваше растение

I Международный конгресс для фармацевтов

АПТЕКИ МИРА

31 мая 2018 г.

**г. Алматы
ул. Тимирязева, 42
Атакент Парк Отель**

В программе:

- Приемы повышения среднего чека
- Как увеличить средний чек в кризис?
- Отработываем возражения покупателя
- Повышение эффективности консультации в аптеке в разных моделях обслуживания
- Как расположить покупателя и установить контакт
- Стрессоустойчивость и тонус-менеджмент в работе первостольника
- Профилактика конфликтов в аптеке

**Мультиканальный маркетинг.
Высококонкурентная стратегия продвижения**
(Семинар для продакт-менеджеров)

Экономика маркетинга в аптеке
(Семинар для заведующих аптек и аптечных сетей)

По вопросам участия обращаться:
тел. +7 (727) 327 7245, моб. +7 (701) 716 78 34
E-mail: masters.trade@mail.ru www.chil.kz

Аллергический ринит 2017: 12 самых важных

ВОПРОСОВ



Р.И. Розенсон – профессор
Медицинский Университет Астана, г. Астана

1 Изменилось ли с годами определение АР?

В наиболее современном и общепринятом виде АР определяют, как воспалительное (не обязательно хроническое!) IgE-зависимое заболевание, характеризующееся тетрадой симптомов в виде заложенности носа, ринореи, чихания и зуда. Наиболее важным моментом является подчеркивание именно первого, IgE-зависимого, реактивного типа АР. Если в предшествующие десятилетия к реактивному типу относили также бронхиальную астму, атопический дерматит и хроническую крапивницу, то в последние годы уточнение их патогенеза позволило постепенно один за другим исключить их из данного перечня.

2 Какие принципы определяют современную классификацию АР?

В основе такой классификации в первую очередь положено *свойство повторяемости* симптомов, при этом возможны три варианта:

- Сезонный, когда обострения повторяются из года в год в одно и то же время, что может быть обусловлено либо цветением аллергенных растений, либо накоплением сезонных грибковых аллергенов определенного вида, либо массовым выплодом насекомых, если пациент проживает возле большого водоема [1];
- Круглогодичный (переннеальный), когда проявления носят более или менее постоянный характер и обусловлены сенсibilизацией к бытовым (в основном клещевым) аллергенам или аллергенам таракана;
- Эпизодический, например, обусловленный посещением дома, где проживает кошка, или походом в цирк, зоопарк и так далее [1–4].

Следующее свойство, определяющее классификационные характеристики АР – *частота возникновения* симптомов, причем общепринятой во всем мире является на сегодняшний день «американская» система. Согласно этой системе, если симптомы АР отмечаются чаще четырех дней в неделю и/или бо-

За последние три года были опубликованы наиболее важные согласительные документы по аллергическому риниту (АР), включая Практическое руководство по АР Американской Академии Оториноларингологов (ENT) [1], Европейский согласительный документ ARIA [2], Руководства по лечению АР в Китае [3], в Японии [4], в Корее [5], в Латинской Америке [6], в Германии [7] и Великобритании [8]. Несмотря на отдельные весьма существенные различия, в основных моментах мнения исследователей этого чрезвычайно распространенного заболевания совпадают. Общий объем этих документов превышает несколько сотен страниц, и опубликованы они на разных языках (не только на английском). Прекрасная сознавая хронический цейтнот большинства практических врачей, автор настоящей публикации постарался выделить и обсудить наиболее значимые для клинициста моменты, касающиеся вопросов повседневного ведения наших пациентов.

лее четырех недель в течение года, то его относят к персистирующим, а если реже, то к интермиттирующим [1, 3, 5, 7].

Наконец, **выраженность** симптомов, определяющая качество жизни больного и его способность к полноценному сну и учебе либо работе, позволяют классифицировать ринит по степени тяжести [2].

3 Какие симптомы являются наиболее важными, и кто имеет право на постановку диагноза?

Самыми важными для постановки диагноза являются симптомы, входящие в состав вышеуказанной тетрады. Одновременно наличие двух из перечисленных симптомов может являться критерием для постановки диагноза [2–6]. Вместе с тем, у больных с АР могут отмечаться изменения окраски слизистой оболочки полости носа и наличие проявлений конъюнктивального синдрома. Диагноз, как правило, ставится врачом общей практики (generalpractitioner), но в некоторых случаях – аллергологами и оториноларингологами.

4 В каких случаях необходимо направить больного на консультацию к специалистам (аллергологам и ЛОР-врачам), аллергологическое тестирование, оценку общего и специфических уровней IgE?

Согласно большинству согласительных документов, врачи общей практики, педиатры и терапевты первичной сети имеют полное право назначить больному АР контролирующую терапию,

однако есть три повода для направления больного на дальнейшее обследование:

- Если больной отмечает, что лечение недостаточно эффективно и его качество жизни повысилось в результате недостаточно;
- Если возникают сомнения в правильности диагностики, например, подозрение об осложнении аллергического процесса инфекционным;
- Если сам больной высказывает пожелание об углубленном поиске причин своего заболевания, или если по мнению лечащего врача этот поиск и последующее выявление аллергена вместе с их устранением существенно повысят эффективность лечения [2, 5, 6].

Однако, последний пункт нередко оспаривается работниками страховых медицинских организаций, оплачивающих данный конкретный страховой случай [4, 7].

5 В каких случаях больной АР должен быть направлен на компьютерную томографию, рентгенографию или магнитно-резонансную томографию околоносовых пазух?

Последние согласительные документы однозначно свидетельствуют о том, что в отсутствие подозрений на инфекционный риносинусит в виде повышения температуры, интоксикации, головной боли определенной локализации такие виды обследования не показаны [1].



6

Насколько оправданы советы по ограничению воздействия бытовых, пищевых, пыльцевых аллергенов и по элиминации эпидермального аллергена из окружения больного АР?

Советы по элиминации первых трех групп аллергенов из вышеперечисленных во всех согласительных документах оправданы полностью. Проблема заключается в рекомендации устранения контакта с любимым домашним животным, которая может привести к психологическому стрессу, особенно если речь идет о ребенке, либо об одиноком человеке пожилого возраста [2, 7, 8]. Вместе с тем, при доказанной эпидермальной сенсибилизации с существенным ухудшением показателей здоровья и/или качества жизни, с «повинным» животным все же приходится расставаться.

7

Какие заболевания в наибольшей степени связаны с наличием аллергического ринита, а их лечение, в свою очередь, улучшит его течение?

К коморбидным заболеваниям, наличие которых ухудшает состояние и повышает степень тяжести АР, относятся: астма, атопический дерматит, синдром апноэ-сна, аллергический конъюнктивит, аллергические и инфекционные риносинуситы, средние отиты. Их частота настолько высока, что в обязанности врача любой специальности следует включать целенаправленный поиск этих состояний у больного с АР и, в случае их выявления, назначение контролирующего лечения [1, 4, 8].



8

Какую роль играет назначение топических глюкокортикостероидов при лечении пациентов с АР?

Назначение этих препаратов при АР относится к наивысшему уровню доказательности (А), а отсутствие такого назначения больным с выраженным нарушением качества жизни в ряде стран рассматривается, как серьезная врачебная ошибка. Применение глюкокортикостероидов интраназально, помимо общеизвестных положительных моментов в виде повышения качества жизни, достижения максимального уровня контроля, еще и существенно снижает затраты на лечение. Вместе с тем, при непрерывном использовании и/или превышении рекомендуемых доз возможны такие неприятные побочные эффекты, как назальные кровотечения и, чрезвычайно редко, перфорация перегородки носа [1, 4–7].

9

Какую роль играет назначение пероральных антигистаминных препаратов при лечении АР?

Их применение также отличается наиболее высоким уровнем доказательности (А), но следует учитывать два важных момента. Во-первых, следует использовать препараты преимущественно второго поколения. Во-вторых, они наиболее показаны больным с преобладанием не заложенности носа («блокадники»), а с наличием зуда и чиханием («чихальщики») [9, 10]. Преимущества их применения связаны с меньшей стоимостью, удобством приема через рот, длительностью положительного эффекта и, что вообще-то не является преимуществом конкретно в нашей стране, доступностью для больных без рецепта.

10

Какую роль играет при АР назначение антилейкотриеновых ингибиторов?

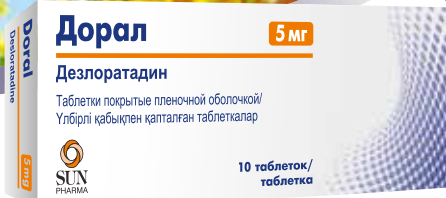
Большинство экспертов считают, что назначение этих препаратов в качестве монотерапии больных при изолированном АР не оправдано. Однако, они могут быть рекомендованы в качестве дополнительного назначения вместе с использованием ингаляционных ГКС при сочетании АР и бронхиальной астмы у больных со среднетяжелой и тяжелой степенью течения заболевания, а также в качестве монотерапии при сочетании АР и БА у больных с легким течением заболевания [1, 3].

11

В каких случаях больным с АР показаны комбинированные виды терапии?

В наибольшей степени комбинированное лечение показано при АР среднетяжелой и тяжелой степени тяжести. Оно включает в себя сочетание ингаляционных ГКС с антигистаминными препаратами второго поколения. Такое сочетание особенно показано больным, у которых АР комбинируется с бронхиальной астмой [2–6].

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА от аллергии



Перед назначением и применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией

Торговое название

Дорал

Международное непатентованное название

Дезлоратадин

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг №10

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

Дезлоратадин начинает определяться в плазме крови в течение 30 мин после приема. Максимальная концентрация дезлоратадина в плазме достигается в среднем через 3 ч, период полувыведения составляет в среднем 27 ч. Основной путь метаболизма дезлоратадина – гидроксилирование в положении 3 с образованием 3-ОН- дезлоратадина, соединенного с глюкуроном. Не проникает через гематоэнцефалический барьер.

Установлено, что пища (жирный высококалорийный завтрак) или грейпфрутовый сок не влияют на распределение дезлоратадина.

Дезлоратадин выводится из организма в виде глюкуронового соединения. Небольшая часть дозы выводится в неизменном виде с калом и мочой.

Фармакодинамика

После перорального приема Дорал селективно блокирует периферические H_1 -гистаминовые рецепторы. Кроме антигистаминной активности Дорал оказывает противоаллергическое и противовоспалительное действие. Установлено, что Дорал угнетает каскад различных реакций, лежащих в основе развития аллергического воспаления, а именно:

- выделение провоспалительных цитокинов;
- выделение провоспалительных хемокинов;
- продукцию супероксидного аниона активированными полиморфноядерными нейтрофилами;
- адгезию и хемотаксис эозинофилов;
- экспрессию молекул адгезии;

Инструкция по медицинскому применению
лекарственного средства (сокращенная)

Дорал

- зависимое выделение гистамина, простагландина и лейкотриена;
- острый аллергический бронхоспазм.

Дорал не проникает через гематоэнцефалический барьер, не вызывает сонливости и не влияет на психомоторную функцию.

Показания к применению

- поллиноз, аллергический ринит (чиханье, выделения из носа, зуд, отек и заложенность носа, а также зуд в глазах, слезотечение и покраснение глаз, зуд в области неба и кашель)
- крапивница (устранения симптомов кожного зуда, сыпи)

Способ применения и дозы

Внутрь. Взрослым – по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в сутки. Таблетку следует проглатывать целиком, не разжевывая, и запивать водой. Препарат желателно принимать регулярно в одно и тоже время суток, вне зависимости от приема пищи. Курс лечения назначается врачом индивидуально.

Побочные действия

- повышенная утомляемость
- сухость во рту
- головная боль, галлюцинации, головокружение, сонливость, бессонница
- психомоторная гиперактивность, судороги
- тахикардия, сердцебиение
- абдоминальные боли
- тошнота, рвота, диспепсия, диарея
- повышение активности ферментов печени, повышение концентрации билирубина, гепатит
- гиперчувствительные реакции (такие как анафилаксия, гигантская крапивница, крапивница, одышка, сыпь)

Противопоказания

- гиперчувствительность к компонентам препарата или к лоратадину
- беременность и период лактации
- детский возраст до 18 лет

Лекарственные взаимодействия

Взаимодействие с другими лекарственными средствами не выявлено. Прием пищи не оказывает влияния на эффективность препарата. Дорал не усиливает угнетающего действия этанола на психомоторную функцию.

Особые указания

С осторожностью Дорал применять при тяжелой почечной недостаточности.

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

Влияния Дорала на управление автомобилем или работу со сложными техническими устройствами не отмечалось. Однако следует учитывать, что в редких случаях после приема препарата наблюдается сонливость, которая может оказать влияние на способность управлять автомобилем и работать с другими механизмами.

Передозировка

Симптомы: прием дозы, превышающей 25 мг, не приводил к появлению каких-либо симптомов.

Лечение: промывание желудка с последующим приемом активированного угля в качестве адсорбента и назначение симптоматического лечения. Дорал не выводится при помощи гемодиализа.

Условия отпуска из аптек

По рецепту.

Производитель

Sun Pharmaceutical Ind Ltd
Plot No B-2, Madkai Industrial Estate
Ponda GOA – 403404, Индия



Владелец регистрационного удостоверения
Sun Pharmaceutical Ind Ltd, Индия

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

Представительство «Sun Pharmaceutical Ind Ltd» в РК
г. Алматы, ул. Манаса 32А, БЦ САТ, офис 602
тел.: 8-800-080-5202
эл.адрес: regulatory.kz@sunpharma.com

В каких случаях больных с АР следует направлять на аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ), и какова её эффективность?

Этот вид лечения имеет максимальный уровень доказательности (А) и преимущества по критерию стоимость-эффективность. Вместе с тем, проведение АСИТ может быть связано с существенным риском в виде системных реакций, вплоть до анафилактического шока [1, 2, 7]. К факторам снижения эффективности относят плохой комплаенс и существенную длительность аллергического заболевания до лечения, достигающую нескольких десятилетий. Еще одним фактором снижения эффективности АСИТ считают пожилой возраст пациента [11]. Такое лечение не показано больным, у которых ранее отмечались проявления анафилактического шока любой степени тяжести и любой этиологии, а также больным с БА тяжелого неконтролируемого течения [12]. Таким образом, высокая степень достоверности положительного эффекта АСИТ, отмечающаяся у больных с АР, которым назначено лечение в виде специфической иммунотерапии, позволяет рекомендовать его проведение большинству пациентов.

Таким образом, из современного определения АР однозначно вытекает преимущественное участие гистамина, как основного медиатора, «повинного» в его формировании. Соответственно, для осуществления контроля необходимо применение антигистаминных препаратов. Наличие неблагоприятных побочных эффектов антигистаминных препаратов первого поколения, наиболее важными из которых являются снотворные и атропиноподобные эффекты, является причиной того, что подобное назначение в большинстве стран в настоящее время признается нежелательным [3, 5, 7, 9–11]. Гораздо большая эффективность и безопасность антигистаминных препаратов третьего поколения, в том числе почти полное отсутствие снотворного эффекта у препаратов группы лоратадина и дезлоратадина, отвечают строгим критериям ARIA [2].

В наибольшей степени этим критериям соответствует препарат дезлоратадин (ДОРАЛ, Sun Pharmaceuticals Ind., Ltd, India). Дезлоратадин является первичным метаболитом лоратадина, но согласно последним данным, превосходит его по эффективности почти в три раза [13]. В последние годы подчеркиваются дополнительные положительные свойства препарата, который, помимо очень высокой анти-Н₁-активности способен ингибировать молекулы адгезии, подавлять выработку и высвобождение медиаторов воспаления и цитокинов, то есть в некоторых случаях даже замещать положительные свойства интраназальных глюкокортикостероидов [14]. В то же время, его противоотечные свойства существенно повышают качество жизни пролеченных больных, как при изолированном АР, так и при его сочетании с астмой и аллергодерматозами. Препарат не вызы-

вает тахикардии, то есть не снижает свою активность даже при приеме в течение нескольких месяцев [15]. Очень важным свойством является то, что при сочетании АР с бронхиальной астмой (БА) применение дезлоратадина улучшает показатели внешнего дыхания и уменьшает потребность в назначении бета-2-адреномиметиков [13, 15].

Таким образом, так как тяжесть АР и БА тесно взаимосвязаны, одновременная полноценная терапия обоих заболеваний, существенным компонентом которой может являться назначение антигистаминного препарата второго поколения (дезлоратадин или аналоги), приведет к более полноценному контролю и повышению качества жизни наших пациентов.

Список литературы

1. Seidman M.D., Gurgel R.K., Lin S.Y. et al Clinical practice guideline: allergic rhinitis executive summary // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 2015. – Vol. 152 (2). – P. 197–206.
2. Bousquet J., Hellings P.W., Agache I. et al ARIA 2016: care pathways, implementing emerging technologies for predictive medicine in rhinitis and asthma across the life cycle // Clin. Transl. Allergy. – 2016. – Vol. 6. – P. 1–14.
3. Cheng L. New clinical practice guideline for allergic rhinitis in China // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhu. – 2016. – Vol. 51. – N.1. – P. 2–5.
4. Okubo K. Allergic rhinitis 2017: Japanese guidelines. Allergol. International. – 2017. – Vol. 66. – P. 205–219.
5. Min Young Sew, Dong-Kyu Kim, Hye Mi Jee et al. A survey of Korean Physicians prescription patterns for allergic rhinitis. AR group, Korean Academy of Asthma, Allergy and Clinical Immunology // Clin and Exp. Otorhinolaryngology. – 2017. – Vol. 32. – N.6. – P. 926–932.
6. Saranz R.J., Lozano A., Marino A. et al. Recomendacion espaa para el manejo del nino con enfermeda desalergicas en la escuela // Arch Argent Pediatr. – 2015. – Vol. 113. – N.3. – P. 276–287.
7. Pfaar O., Bachert C., Bafe A. et al. Guideline on allergen-specific immunotherapy in IgE-mediated allergic rhinitis // Allergol J. Int. – 2014. – Vol. 23. – P. 282–319.
8. An update on the management of hay fever in Britain // Drug Therapy Bulletin. – 2013. – Vol. 51. – N.3. – P. 30–33.
9. Scadding G.K. Optimal management of allergic rhinitis // Arch Dis Childhood. – 2015. – Vol. 100. – P. 576–582.
10. Brown K.R., Bernstein J.A. Clinically relevant outcome measures of novel pharmacotherapy for nonallergic rhinitis // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. – 2015. – Vol. 15. – N.3. – P. 204–212.
11. Nelson H.S. Allergen immunotherapy now and in the future // Allergy Asthma Proc. – 2016. – Vol. 37. – N.4. – P. 268–272.
12. Pajno G.B., Bernardini R., Peroni D. et al. Clinical Practice recommendations for allergen-specific immunotherapy in children: the Italian consensus report // Ital. J. Pediatrics. – Vol. 43. – N.1. – P. 13–32.
13. Bocsan C.I., Bejor A.I., Miron N. et al In vitro anti-inflammatory effect of antihistamines in allergic rhinitis // Balkan Med. J. – 2015. – Vol. 32. – N.4. – P. 352–358.
14. Tatar A., Pazlak S.W., Yayla M. et al. Effects of allergic rhinitis and desloratadine on the submandibular gland in a rat allergy model // Int. Forum All. Rhinol. – 2015. – Vol. 5. – N.12. – P. 1164–1169.
15. Xiao J., Wu W.X., Ye Y.Y. et al. A network meta-analysis of randomized control trials focusing on different allergic rhinitis medications // Amer. J. Ther. – 2016. – Vol. 23. – N.6. – P. 1568–1578.



Кашель у детей раннего возраста. Проблемы и пути их решения

Г.М. Абдуллаева – кандидат медицинских наук, неонатолог высшей категории, член рабочей группы МЗ РК по разработке клинических протоколов в неонатологии (2014, 2015), член Локальной Этической Комиссии КазНМУ (2013), член ассоциации неонатологов РФ (2012), национальный тренер по подготовке неонатологов по реанимации новорожденных (2006), национальный координатор по грудному вскармливанию (2004).

В статье отражены современные взгляды на лечение кашля у детей до 3-х лет. Показано, что у детей раннего возраста, на фоне анатомо-физиологических особенностей, проявления респираторных нарушений требуют адекватного выбора муколитических препаратов. У детей с воспалительным процессом в дыхательных путях исход более благоприятен при использовании амброксола.

Ключевые слова: дети, кашель, бронхит, пневмония, лечение, муколитики, амброксол.

Кашель у детей раннего возраста – симптом, пугающий всех родителей. Педиатры понимают, что для детей раннего возраста характерна неадекватность кашлевого дренажа в связи с функциональной незрелостью дыхательных мышц. Кашель вне зависимости от причины его возникновения является побудительным мотивом для самых решительных действий [1, 2].

В норме кашель выполняет защитную функцию, способствуя выведению из дыхательных путей секрета, инородных тел и раздражающих веществ, а также при механическом раздражении рецепторов носа, ушей, задней стенки глотки, трахеи, бронхов, плевры, диафрагмы, перикарда и пищевода. Воздействие внешних и внутренних факторов, таких как изменения температуры и влажности воздуха, аэрополлютанты, табачный дым, назальная слизь, мокрота, воспаление слизистых дыхательных путей и другие, приводят к формированию рефлекторной дуги, заканчивающейся в «кашлевом» центре продолговатого мозга [3, 4].

Кашель – это рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей путем удаления секрета и восстановления мукоцилиарного транспорта бронхиального секрета. Инородные частицы и микроорганизмы, поступающие с вдыхаемым воздухом, осаждаются на слизистых респираторного тракта и в дальнейшем выводятся из дыхательных путей вместе со слизью. Такой эффект достигается благодаря деятельности мерцательного эпителия, реснички которого постоянными колебательными движениями «выталкивают» слизь из воздухоносных путей в проксимальном направлении. Данный механизм санации дыхательных путей лежит в основе мукоцилиарного клиренса, который в сочетании с трахеобронхиальным эпителием является важным звеном системы местной защиты органов дыхания [5, 6, 7].

В жизни взрослого человека кашель встречается исключительно часто. И поэтому привычно считается, что кашель – не проблема, что его может вылечить любой: и сам больной, и родители (если речь идет о ребенке), и родственники или знакомые, и провизоры аптек, не говоря уже о врачах. К сожалению, это расхожее мнение может стать причиной неправильного выбора противокашлевой терапии, что может нанести вред больному [4, 6].

Детский организм и заболевания в детском возрасте имеют свои особенности и причины возникновения кашля у детей и взрослых могут существенно различаться [8]. Поэтому бездумное использование принятых во взрослой терапевтической практике препаратов, особенно комбинированных противокашлевых препаратов, может оказаться не только бесполезным, но даже привести к ухудшению состояния ребенка.

Выбор и применение противокашлевой терапии у детей предполагает знание следующих аспектов:

1. причина кашля;
2. особенности формирования

кашлевого рефлекса в детском возрасте;

3. механизм действия используемых противокашлевых препаратов.

Причин возникновения кашля в детском возрасте довольно много, но чаще всего он является симптомом инфекции. При этом инфекционно-воспалительный процесс может локализоваться в верхних отделах дыхательных путей. Это острые респираторные вирусные инфекции, ангины, фарингиты, синуситы, обострения тонзиллита, ларингиты. Кашель также является симптомом сочетания инфекции верхних и нижних отделов дыхательных путей. Второе место среди причин кашля у детей занимает бронхоспазм (бронхиальная астма, обструк-



тивный бронхит). Далее следует обструкция вязким бронхиальным секретом, аспирированными инородными телами, жидкостями, эндогенными и экзогенными образованиями и т.д. Наконец, нарушение мукоцилиарного клиренса может быть вызвано сочетанием двух или более этих факторов [4, 7].

Клинические проявления кашля у детей варьируют от сильного мучительного, сопровождающегося рвотой, беспокойством и/или болевым синдромом, нарушающим сон и самочувствие ребенка, – до незаметного постоянного покашливания, почти не оказывающего влияния на самочувствие и

поведение. В последнем случае ребенок обычно не нуждается в специальном противокашлевом лечении, но выяснить причины кашля тем не менее необходимо.

Лечение кашля показано только когда нарушено самочувствие и состояние больного и всегда следует начинать с устранения его причины. Необходимость в лечении собственно кашля, то есть в назначении так называемой противокашлевой терапии, возникает главным образом при наличии у ребенка непродуктивного, сухого, навязчивого кашля. Особенностью такого кашля является то, что он не приводит к эвакуации скопившегося в дыхательных путях секрета и/или не освобождает рецепторы слизистой респираторного тракта от раздражающего

воздействия, например, при ирритативном или аллергическом воспалении [4, 6]. У детей раннего возраста непродуктивный кашель чаще обусловлен повышенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением «скольжения» мокроты по бронхиальному дереву, недостаточной активностью мерцательного эпителия бронхов и сокращения бронхиол. Поэтому целью назначения противокашлевой терапии в подобных случаях является разжижение мокроты, снижение ее адгезивности и усиление тем самым эффективности кашля [4, 6].

Лечение продуктивного влажного кашля, заключающееся в

подавлении кашлевого рефлекса, проводится у детей лишь в особых ситуациях: когда кашель очень интенсивный и изнуряет малыша, сопровождается рвотой, нарушает сон ребенка или когда возникает высокая степень риска развития аспирации у детей с тяжелой патологией ЦНС.

Для правильного выбора противокашлевого лечения необходимо:

- установить диагноз заболевания, вызвавшего кашель у ребенка;
- оценить его продуктивность, давность и интенсивность, а также степень влияния на состояние больного;
- целесообразно также оценить характер бронхиального секрета (слизистый или гнойный, степень вязкости, «подвижности», количество), наличие или отсутствие бронхоспазма.

Среди противокашлевых лекарственных средств можно выделить собственно противокашлевые препараты, препараты с опосредованным противокашлевым эффектом и комбинированные.

Препараты противокашлевого действия принято делить на две основные группы: средства центрального действия и средства периферического действия (афферентные, эфферентные и сочетанные) [6, 7, 9].

Противокашлевые препараты центрального действия призваны подавить функцию кашлевого центра продолговатого мозга или связанных с ним других нервных центров мозга. К ним относятся препараты с наркотическим эффектом (кодеин, дионин, морфин, декстрометорфан). Препараты наркотического действия применяются в педиатрии крайне редко, только в условиях стационара и по особым показаниям: в основном при онкологических заболеваниях дыхательного тракта (опийные препараты, декстрометорфан), для подавления кашлевого рефлекса при проведении бронхографии, бронхоскопии и при других хирур-

гических вмешательствах.

Препараты, оказывающие ненаркотическое противокашлевое действие в сочетании с обезболивающим, успокаивающим и, как правило, слабым спазмолитическим эффектом – это бутамират (интуссин, синекод), глауцина гидрохлорид (глаувент) и окселадина цитрат (тусупрекс), бронхолитин и др. Ненаркотические противокашлевые препараты центрального действия используются шире, но, к сожалению, часто неправильно и необоснованно. Медицинским показанием к их назначению является настоятельная необходимость в подавлении кашля. В педиатрии такая необходимость встречается редко. У детей в первые три года жизни, она возникает при коклюше и в случаях очень интенсивного продуктивного кашля при избытке обильном и жидком бронхиальном секрете (бронхорея), когда по-является угроза аспирации.

Противокашлевые средства периферического действия оказывают влияние либо на афферентный, либо на эфферентные компоненты кашлевого рефлекса, или же имеют сочетанный эффект. Препараты с афферентным эффектом действуют как мягкие анальгетики или анестетики на слизистую оболочку дыхательных путей и уменьшают рефлекторную стимуляцию кашлевого рефлекса. Препараты с эфферентным действием повышают подвижность секрета, как бы улучшая его «скольжение» по слизистой, уменьшают вязкость слизи или усиливают эффективность и силу самого кашлевого механизма.

Одним из самых эффективных механизмов действия афферентных противокашлевых средств является увлажнение слизистых. Для этого используются аэрозоли и паровые ингаляции, которые уменьшают раздражение слизистой и снижают вязкость бронхиального секрета. Ингаляции водного пара сами по себе или с добавлением медикаментов (хлорид или бензоат натрия, гидрокарбонат

натрия, хлорид аммония, растительные экстракты) – самый простой, самый доступный и самый распространенный метод увлажнения. Наряду с этим может быть использовано обильное питье, а в тяжелых случаях в условиях стационара – внутривенные инфузии жидкостей.

Эффективными противокашлевыми препаратами с эфферентным периферическим действием являются муколитики. Они хорошо разжижают бронхиальный секрет за счет изменения структуры слизи. К ним относятся производные цистеина (ацетилцистеин, карбоцистеин), амброксол (амброгексал, амбробене, лазолван), бромгексин (бисольван), дорназе (пульмозим), протеолитические ферменты (дезоксирибонуклеаза) [2, 3, 7–10].

Особенностью муколитиков является то, что, разжижая мокроту, они практически не увеличивают ее объем. Разжижающее действие протеолитических ферментов основано на разрыве пептидных связей молекул белков бронхиального секрета. Ацетилцистеин, карбоцистеин и N-ацетилцистеин, бромгексин и амброксол нарушают целостность дисульфидных связей кислых мукополисахаридов и геля мокроты, тем самым разжижая ее.

Действие ацетилцистеина усиливается также за счет повышения синтеза секрета мукозных клеток, что способствует лизису фибрина. Карбоцистеин, в отличие от ацетилцистеина, бромгексина и амброксола, обладает мукорегуляторным действием, снижая синтез нейтральных и повышая продукцию кислых муцинов. Карбоцистеин не рекомендуется сочетать с препаратами, снижающими секрецию бронхиальной слизи, при скудном образовании мокроты, а также при склонности к запорам.

Амброксол и бромгексин обладают способностью стимулировать выработку эндогенного легочного сурфактанта (антиателектатического фактора), а амброксол, кроме того, замедляет его распад. Сурфактант, как известно, обеспе-

чивает стабильность альвеолярных клеток в процессе дыхания, препятствует спадению альвеол, защищает их от воздействия внешних неблагоприятных факторов, улучшает «скольжение» бронхолегочного секрета по эпителию слизистой бронхов. Снижение вязкости слизи, улучшение ее скольжения значительно повышают текучесть мокроты и облегчают ее выделение из дыхательных путей.

Муколитики могут быть широко использованы в педиатрии при лечении кашля, вызванного при трахеитах, ларинготрахеитах, бронхитах, пневмониях, особенно у детей первых трех-пяти лет жизни, у которых повышенная вязкость бронхиального секрета является основным патогенетическим фактором формирования кашля. Склонность к недостаточности синтеза сурфактанта обосновывает использование таких препаратов, как амброксол, в неонатологической практике и у детей первых недель и месяцев жизни [7].

Амброксол и бромгексин (амброксол – активный метаболит бромгексина) зарекомендовали себя при хронических бронхитах, бронхоэктазах, муковисцидозе, других ферментопатиях, для которых характерны повышение вязкости и нередко гнойный или слизисто-гнойный характер мокроты. Но в данной ситуации такие муколитики, как дорназе, более активно воздействуют на гнойную мокроту.

Одним из недостатков ацетилцистеина (АЦЦ), карбоцистеина и отчасти бромгексина является их способность усиливать бронхоспазм. Поэтому использование этих препаратов в острый период бронхиальной астмы не показано.

Амброксол не провоцирует бронхообструкцию. Более того, К. Вайсман и соавт. доказали статистически достоверное улучшение показателей функций внешнего дыхания у больных с бронхообструкцией и уменьшение гипоксемии на фоне приема амброксола. Сочетание амброк-

сола с антибиотиками безусловно имеет преимущество над использованием одного антибиотика. Амброксол способствует повышению концентрации антибиотика в альвеолах и слизистой оболочке бронхов, что улучшает течение заболевания при бактериальных инфекциях легких.

Применяют амброксол при острых и хронических болезнях органов дыхания, включая бронхиальную астму, бронхоэктатическую болезнь, респираторный дистресс-синдром у новорожденных. Можно использовать препарат у детей любого возраста, даже у недоношенных. Действие амброксола при пероральном приеме наступает через 30 минут, практически полностью абсорбируется из ЖКТ, достигая максимальной концентрации в плазме крови через 1–3 часа.

Применение амброксола хорошо изучено на протяжении последних 20 лет при различных заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей, как у детей, так и у взрослых. Так, D. Olivieri и соавт. (1987) провели 6-месячное мультицентровое двойное слепое исследование, целью которого явилось изучение эффективности амброксола в предотвращении рецидивов хронического бронхита у взрослых пациентов. Было показано, что уже через 2 месяца терапии амброксом у 67,2% пациентов основной группы не было обострений хронического бронхита по сравнению с контрольной группой (50,4%). Через 6 месяцев терапии длительность эпизодов обострения хронического бронхита, как и продолжительность антибактериальной терапии, были достоверно меньше в основной группе [10]. J.C. Peralta и соавт. (1987) провели рандомизированное исследование по изучению эффективности применения амброксола в сочетании с амоксициллином в терапии обострений обструктивного бронхита [11]. В ходе данного исследования было показано, что уже на 3-й день терапии между пациентами основной и контрольной групп от-

мечались достоверные различия в клинической картине заболевания. У пациентов основной группы достоверно быстрее отмечалось улучшение характера кашля, исчезновение одышки, а также изменение характера мокроты (от гнойной до прозрачной слизистой). Количество дневной мокроты было достоверно больше в основной группе ($p < 0,01$). При бактериологическом анализе мокроты к 3-му дню терапии эрадикация возбудителей отмечалась у 80% пациентов основной и 31% – контрольной группы. В ходе исследования достоверных различий в концентрации антибиотика в бронхиальном секрете между пациентами основной и контрольной групп выявлено не было, однако, если учитывать различное количество мокроты, клиренс антибиотика в основной группе был выше [11]. При сочетанном приеме антибиотика с амброксом отмечалось достоверное увеличение его концентрации в бронхиальном секрете (но не в сыворотке), что указывает на синергизм действия данных препаратов при лечении пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Аналогичные данные были получены P.C. Braga и соавт. (1985), F. Frascini и соавт. (1986) [12, 13, 14]. В исследовании N. Princioi (1986) изучалась эффективность совместного применения антибиотиков и муколитиков у детей с пневмониями [15]. В рандомизированном контролируемом клиническом исследовании участвовали 120 детей в возрасте от 1 мес. до 11 лет. У всех детей к моменту окончания исследования пневмония разрешилась. Исчезновение кашля, улучшение рентгенологических параметров наступало достоверно быстрее, достоверные различия отмечались уже на 3-й день терапии в основной группе.

В настоящее время на казахстанском рынке препаратов амброксола много, один из них доступен под немецкой торговой маркой «Амбробене» [16]. Препарат выпускается как в форме сиро-

5 жөтелге қарсы әсер! 5 Действий! против кашля!

Қолданылуы Амбробене® қақырықтың бөлінуі мен түсуі бұзылатын жедел және созылмалы бронхпульмональдық ауруларда секретолитикалық терапия мақсатында қолданылады: - жедел және созылмалы бронхиттер, пневмонияда - қақырықтың түсуі қиындайтын бронх демкпесінде - бронхоэктатикалық ауруда. **Жағымсыз әсерлері** Сирек – ауыздың құрғауы, гастралгиялар, жүрек айнуы, күсу – әлсіздік, бас ауыруы - асқын сезімталдық реакциялары (тері бөртпесі, беттің ісінуі, диспноз, қышыма) - дене қызуы. **Өте сирек** – анафилактикалық шақты қоса аллергиялық реакциялар.

Қолдануға болмайтын жағдайлар - амброксолға және/немесе препараттың басқа компоненттеріне жоғары сезімталдық - жүктіліктің I триместрі – осказон мен он екі елі ішектің ойықжаралы ауруы - анафилактикалық шақты қоса аллергиялық реакциялар. - Шарбат: 2 жасқа дейінгі балалар.

Дәріханалардан босатылу шарттары
Рецептісіз. КР-ДЗ-5-№004012 14.06.2016 ж. жарамдылық мерзімі шектеусіз. 21.10.2016 ж. №899 ҚОРЫТЫНДЫ

Показания к применению Амбробене® применяется с целью секретолитической терапии при острых и хронических бронхопульмональных заболеваниях, при которых нарушается выделение и отхаркивание мокроты: - острые и хронические бронхиты, пневмония - бронхиальная астма с затруднением отхождения мокроты - бронхоэктатическая болезнь. **Побочные действия** Редко – сухость во рту, гастралгии, тошнота, рвота - слабость, головная боль - реакции гиперчувствительности (кожная сыпь, отек лица, диспноз, зуд) - жар. Очень редко – аллергические реакции, включая анафилактический шок.

Противопоказания - повышенная чувствительность к амброксолу и/или другим компонентам препарата - I триместра беременности - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - аллергические реакции, включая анафилактический шок. - Сироп: Детский возраст до 2 лет. **Условия отпуска из аптеки** Без рецепта. РК-ЛС-5-№004012 от 14.06.2016 г. Без ограничения срока действия. ЗАКЛЮЧЕНИЕ №899 от 21.10.2016



- 1 Қақырықты сұйылтады
Разжижает мокроту
- 2 Өкпеден қақырықты шығарады
Обеспечивает вывод мокроты из легких
- 3 Ұсақ бронхтардың өткізгіштігін жақсартады
Улучшает проходимость мелких бронхов
- 4 Жергілікті анестезиялық әсері бар
Обладает местноанестезирующим действием
- 5 Жөтелді жеңілдетеді
Облегчает кашель

TEVA



Қазақстан Республикасы аумағында тұтынушылардан өнім (тауар) сапасы жөніндегі шағымдарды қабылдайтын ұйымның мекенжайы: «ратиофарм Қазақстан» ЖШС, 050040, Алматы қ., Өлең Фарбын даңы, 19, Нұрлы-Толу БО, ТБ, 603 өңір, телефон: (727) 311 09 15, факс: (727) 311 07 34, e-mail: Safety.Kazakhstan@ratiopharm.com
Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции (товара): ТОО «ратиофарм Қазақстан», 050040, Алматы, пр. Өлең Фарбын, 19, Б11 Нұрлы-Толу, ТБ, офис: 603, Телефон: (727) 3110915, Факс: (727) 3110734, e-mail: Safety.Kazakhstan@ratiopharm.com

ҚОЛДАНАР АЛДЫНДА НҰСҚАУЛЫҚТЫ МҰҚИЯТ ОҚЫП ШЫҒЫҢЫЗ / ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ИНСТРУКЦИЮ

па и таблеток, так и в виде раствора для приема внутрь и ингаляций, что позволяет использовать его у детей различных возрастных групп. В виде сиропа, содержащего 0,3 г амброксола в 100 мл, препарат рекомендуется принимать после еды, запивая достаточным количеством жидкости.

Сироп Амбробене не содержит загустители и консерванты, что является дополнительным преимуществом с точки зрения переносимости препарата. Длительность лечения подбирается индивидуально в зависимости от течения заболевания.

Таким образом, в комплексной терапии болезней органов дыхания у детей наиболее часто используемыми являются противокашлевые препараты, однако их выбор должен быть строго индивидуальным и учитывать механизм фармакологического действия лекарственного средства, характер патологического процесса, преморбидный фон и возраст ребенка.

Выводы

1. Эффективность противокашлевой терапии заключается, по сути, не в подавлении, а в усилении кашля при условии перевода его из сухого непродуктивного во влажный и продуктивный. Это, в конечном счете, и приводит к восстановлению проходимости дыхательных путей, устранению раздражения слизистой, прекращению кашлевого рефлекса.

2. В решении вопросов о необходимости и рациональном выборе противокашлевого лечения для ребенка необходимо участие врача-педиатра. Правильный выбор терапии всегда основан на хорошем знании механизмов действия противокашлевых препаратов.

3. Муколитики являются препаратами выбора при наличии вязкой, слизисто-гнойной или гнойной мокроты и у детей с пониженным синтезом сурфактанта (ранний возраст, недоношенность, длительное течение бронхита, пневмония, муковисцидоз).

4. Применение амброксола приводит к достоверно более быстрому купированию клинических симптомов заболевания (уменьшению частоты кашля, ликвидации одышки и аускультативных изменений в легких).

5. Амброксол, благодаря комплексному механизму действия, приводит к сокращению продолжительности лечения противовоспалительными и антибактериальными препаратами.

Список литературы

1. Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. Дифференцированный подход к терапии кашля у детей. «РМЖ», №24 от 09.10.2013.
2. Колосова Н.Г. Клиническая эффективность ингаляций амброксола в лечении кашля у детей. «РМЖ», №14 от 01.07.2014.
3. Горинова Ю.В., Буркина Н.И., Симонова О.И. Возможности применения амброксола при различной респираторной патологии. ФАРМАТЕКА, №4. – 2016.
4. Симонова О.И. Муколитики для детей: сложные вопросы, важные ответы. Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13. – №1. – С. 26–32.
5. Ходзицкая В.К., Ходзицкая С.В. Нарушение и коррекция мукоцилиарного клиренса при заболеваниях дыхательных путей и ЛОР-органов. Болезни и антибиотики. – 1 (03). – 2010.
6. Зыков К.А., Агапова О.Ю., Соколов Е.И. Новые возможности применения Амброксола в пульмонологии: влияния на биоогенки. Болезни органов дыхания. – 2014. – №1.
7. Абдуллаева Г.М., Кушнаренко О.С., Фатеева Т.Н. Опыт применения Амбробене в профилактике инфекционных заболеваний дыхательных путей у новорожденных // Материалы международной научно-практической конференции. «Проблемы профилактики инфекционных заболеваний в популяции Казахстана». – Алматы. – 2002. – С. 41–43.
8. Kern J.A., Lamb R.J. et al. Dexamethasone inhibition of interleukin-1 beta production by human monocytes. Posttranscriptional mechanisms // J. Clin. Invest. – 1988. – Vol. 81. – P. 237–244.
9. Bianchi M., Mantovani A., Erroi A. et al. Ambroxol inhibits interleukin-1 and tumor necrosis factor production in human mononuclear cells // Agents and actions. – 1990. – Vol. 31.
10. Olivieri D., Zavattini G., Daniotti G. et al. Ambroxol for the prevention of chronic bronchitis exacerbations, long-term multicenter trial // Respiration. – 1987. – Vol. 51 (Suppl. 1). – P. 42–51.
11. Peralta J., Paderoso J.J., Corazza C. et al. Ambroxol plus amoxicillin in the treatment of exacerbation of chronic bronchitis // Arzneim.-Forsch. // Drug Res. – 1987. – Vol. 37 (II). – №8.
12. Braga P.C., Scaglione F., Scarpazza G. et al. // Comparison of amoxicillin combined with carbocysteine an amoxicillin alone in pathological bronchial secretions and pulmonary tissue // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1985. – Vol. 5. – P. 331–340.
13. Franchini F., Scaglione F. et al. Effects of a mucolytic agent on the bioavailability of antibiotics in patients with chronic respiratory diseases // Current therapeutic research. – 1988. – Vol. 43. – №4.
14. Franchini F., D'orsi S., Falchi M. et al. Therapy of respiratory tract infections joined to hypersecretion: criteria for the combined use of antibiotics and mucolytics // Curr. Ther. Res. – 1986. – Vol. 40. – P. 941–947.
15. Princioi N., Zavattini G., Daniotti S. Possibility of interaction among antibiotics and mucolytics in children // Int. J. Clin. Pharm. Res. – 1986. – VI (5). – P. 369–372.
16. Марио Малерба и Беатриче Раньоли Амброксол в 21 веке: Фармакологическое и клиническое обновление // Инструкции по применению Expert Opin. Drug Metab. Toxicol. – 2008. – 4 (8): 1119–1129.

Статья подготовлена при поддержке
ТОО «ратиофарм Казахстан»,
г. Алматы, проспект Аль-Фараби 17/1, БЦ «Нурлы-Тау», 5Б
Тел: +7(727)325-16-15

На правах рекламы
На основании одобренного материала AMBR-KZ-00114



**Слова,
которые
имеют силу:**
стратегии
влияния на людей
Дональда
Трампа

Нравится нам Дональд Трамп или нет – это абсолютно неважно. Часто мы вешаем на человека ярлыки и не принимаем его идеи, мысли и техник – и делаем ошибку. Есть люди, которые сами себя называют реалистами, окружающие чаще всего называют их скептиками, скептики любят критиковать и в момент критики они кайфуют, как бы возвышаясь над человеком.

Представьте себе двух друзей, которые вышли из кинотеатра, неминуемо встает вопрос «Как тебе фильм?». Один говорит: «Мне понравился», а второй: «А я считаю, что фильм так себе». И второй по определению как бы умнее, утонченнее, взыскательнее первого...

В социальных сетях можно встретить таких скептиков: мол, плохая статья, плохое видео, плохая песня...

То есть скептики склонны вешать ярлыки на людей и концепции: мол, не, не работает, я точно знаю.

Такая позиция очень опасна в жизни. Вешая ярлык, вы отключаете голос разума, перестаете анализировать и видеть как плохое, так и хорошее...

Поэтому посмотрим, какими приемами пользуется Дональд Трамп и что можно из этого при-

менить в практике аптечных продаж.

Для начала напомним, что до того, как стать политиком, всю свою жизнь Трамп был продавцом, и главный его талант состоит в том, чтобы продать все, что угодно. Трамп обладает выраженным маркетинговым мышлением, то есть умением посмотреть на продукт с точки зрения целевой аудитории. В случае выборов продукт – это САМ ТРАМП, а целевая аудитория – избиратели.

Нужно отдать должное Дональду Трампу, он многое делает автоматически, как бы на автопилоте,

одном известном интервью прокомментировать свой призыв запретить въезд в США людям на основе их религии, Трамп ответил речью продолжительностью в 1 минуту, которая состояла из 220 слов. Первое, на что стоит обратить внимание, – это то, как его язык прост. Из 220 слов 172 состоят из всего лишь одного слога! Причем эти слова идут непрерывным темпом, подобно серии коротких ударов.

Журнал *The Boston Globe* на тему простоты и сложности речи всех участвующих в президентской гонке кандидатов провел



практически не задумываясь. Это говорит о том, что данные технологии Трамп вырабатывал серьезно и давно, и они как бы вросли в структуру его речи.

Итак, **первое** правило, которым всегда пользуется Трамп, – **ПРОСТОТА РЕЧИ**.

«Раньше я использовал слово “некомпетентный”, но сейчас я говорю просто “глупый”! Потому что нет лучшего более понятного слова, чем “глупый”, просто нет! Проблема в том, что многие лидеры США просто глупые!».

Трамп говорит простыми короткими фразами. На просьбу в

специальное исследование, проанализировав словарный запас кандидатов и сложность применяемых ими слов. Вышло, что из всех кандидатов Дональд Трамп оказался на самом низком и простом уровне. О силе простоты речи мы уже писали.

Анекдот в тему:

Едут в машине папа за рулем и трехлетний Вовочка сзади. Вовочка ест большое яблоко, потом спрашивает у папы:

– Папа, а почему яблоко коричневое?

– Понимаешь, когда ты откусываешь яблоко, у него выделяется сок. Так как в яблоке содержится железо, то взаимодействуя с кис-

лородом, оно окисляется и, таким образом, приобретает коричневый цвет.

После небольшой паузы Вовочка спрашивает:

– Папа, а ты с кем сейчас разговаривал?

Сделайте так, чтобы аптечному посетителю было легко следовать за вами!

Чем проще наша консультация, тем лучше. Во время тренингов по аптечным продажам мне часто возражают: мол, есть категория «потребителей-ботанов», которые любят умную речь и сами говорят умно...

Да, такие есть, именно поэтому нужно смотреть, с кем вы говорите, и проявлять маркетинговое мышление. Не стоит забывать, что мы всегда управляем вероятностями. Простая речь статистически более убедительна и эффективна.

Вместо «Период полувыведения такой-то» нужно сказать «Препарат действует на протяжении такого-то времени».

Вместо «Не оказывает седативного эффекта» – «Сохраняет бодрость».

Вторая важная особенность речи Трампа – **БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВТОРЕНИЙ ГЛАВНОЙ ИДЕИ**. Трамп говорит короткими предложениями с частыми повторениями: «У нас есть реальная **проблема**... Есть огромная **проблема**, которую нужно **быстро решить**».

«Мы больше не выигрываем. В этой стране мы больше не выигрываем. Попросту мы не выигрываем... Мы выигрывали раньше, но больше не выигрываем, мы не выигрываем в торговле, мы не выигрываем в войне, мы даже ИГИЛ победить не можем, но мы выиграем, если выиграю я, то я вам гарантирую, что выиграют все, потому что мы сможем выиграть...».



«Когда они позвонили мне, они извинялись. Они специально позвонили извиниться и дико извинялись...».

Речь Трампа просто изобилует повторами той главной мысли, которую он хочет донести. Отсюда важный вывод: **ПОВТОРЕНИЕ** главной мысли усиливает понимание и запоминание.

Как это использовать в аптечных продажах? В момент рекомендации нужно повторять ключевой тезис.

Пример: «Действует через 20 минут, то есть уже через 20 минут начнет проходить боль, 20 минут – это очень быстрый эффект».

Если ключевое отличие рекомендуемого бренда – скорость наступления эффекта, то нужно это проговаривать несколько раз.

«Все говорят, что я выиграл дебаты, все социальные опросы говорят, что я выиграл все дебаты, особенно последние».

«Все понимают, что я построил огромную компанию, мои книги в списке самых продаваемых, я во главе одного из самых популярных телешоу и, к сожалению для тех, кто меня недолюбливает, я лидирую в рейтинге».

Прием «все говорят / все видят / все понимают» очень сильный, и Трамп им пользуется очень умело и часто. Мы привыкли считать правильным то, что делает и думает большинство. Такова человеческая природа, так мы снижаем риски выбора.

врачи рекомендуют...», «как правило, посетители предпочитают...», «часто говорят спасибо, когда я рекомендую вот этот препарат...».

«Ты слышал, что люди говорят. Они говорят: “Ну, у Трампа есть смысл. Нам тоже нужно понять эту проблему”».

Итак, Трамп – это пример хорошего продавца. Его речь максимально проста и убедительна. Он повторяет ключевые слова по много раз, а еще постоянно ссылается на множество людей, используя принцип социального подтверждения. Люди его благодарят, поддерживают и говорят, что он прав, а те, кто раньше его не понимал, извиняются... и понимают, что нужно решать проблему, которую актуализировал Трамп, тем способом, которым он предложил.

Конечно, можно ухмыляться, называть Трампа бессовестным манипулятором, но результаты выборов говорят сами за себя, а в жизни, как и в бизнесе, результат очень важен. Кроме того, Трамп миллиардер, который заработал свои деньги в демократической стране, где высокая конкуренция.


Попробуйте взять на вооружение эти три простых приема – и результаты обязательно будут!



Третье правило – Трамп активно использует в речи **ПРИНЦИП СОЦИАЛЬНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ** (все говорят / все видят). Причем сразу с безапелляционной и уверенной оценкой он говорит: «*Все видят, что случилось в Париже. Посмотрите, что случилось на прошлой неделе в Калифорнии*» и т. д.

В аптеке это очень важно: потребитель медикаментов, как правило, не является экспертом в таблетках, поэтому для него важно ощущение безопасности и правильности выбора. Легче всего это исполнить, воспользовавшись правилом социального подтверждения: «обычно в данном случае

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


**АГЕНТСТВО
МЕДИЦИНСКОГО МАРКЕТИНГА**
МЫ ОБУЧАЕМ – ВЫ ЗАРАБАТЫВАЕТЕ!
www.amm.net.ua



USSR Style –

как избавиться от пережитков «топорного» сервиса в аптеке

Более двадцати лет жесткой конкуренции – достаточный срок, чтобы весь отечественный фармбизнес успел обзавестись разнообразным опытом в плане повышения аптечных продаж. Кажется, на этом этапе главная проблема – найти что-то новое, еще не попавшее в поле зрения других игроков рынка. Ведь наши фармацевты уже так много знают! Сколько для них проводилось мотивационных тренингов, какие обстоятельные алгоритмы беседы с клиентом расписывались в профильных СМИ и до чего подробно производители объясняли, как презентовать преимущества продукта! Но одного болезненного удара лбом об действительность хватает, чтобы иллюзия рухнула.

Синдром недостатка мотивации

Случайно подслушанный диалог двух прохожих, женщина обсуждала свою коллегу, судя по контексту, продавца в продуктовом магазине: «На нее покупатели часто жалуются. Представляешь, люди подходят, просят отпустить товар, а она им: “Да когда вы уже наедитесь?!” [в оригинале более грубая форма. – Ред.]». Другой эпизод отмечен буквально неделю спустя в буфете уважаемого медицинского вуза. Иностранный студент подходит купить пирожок, на что закрывающая на ключ двери сотрудница грубо реагирует: «Меня нет, я умерла! Приходите через 10 минут!». Студент в полном шоке.

Это что – ранние 90-е? Нет, 2017 год. И хотелось бы сказать, что пережитки дефицитного прошлого, о котором многие из нас уже не помнят, касаются только продуктовых рынков и мелких единичных магазинчиков, но в аптечном сегменте дела идут немногим лучше. Посмотреть правде в глаза помогает такой замечательный способ контроля, как «тайный покупатель». Опыт-

ные бизнес-тренеры отмечают, что, ознакомившись с результатами подобных визитов, многие владельцы аптечного бизнеса приходят в ужас, некоторые отказываются им верить, что понятно: столько денег потрачено на обучение, а в итоге имеем повсеместную мотивационную недостаточность. Прямо болезнь какая-то, причем с разными симптомами. Провизоры с 25-летним стажем, например, при отличном знании ассортимента и умении подобрать нужный препарат нередко ведут себя с посетителями так, будто те пришли на прием к профессору. Строго смотрят из-за стекол очков, с легким презрением реагируют на не слишком грамотные запросы, вызывая тем самым уважение к себе, кто бы спорил. Вот только желания обращаться в эту аптеку снова не возникает. Люди не любят, когда их заставляют чувствовать себя глупыми, не хотят ощущать со стороны аптечного работника осуждение, но, к сожалению, именно это они нередко получают при общении со специалистом, имеющим категоричную установку: «Я – фармацевтический работник, а не продавец!».

Молодые специалисты, казалось бы, должны быть более обучаемы. На деле нередко при завышенных ожиданиях к зарплате они демонстрируют равнодушные к обучению и не стремятся развиваться. А спустя лет пять такой «специалист» начинает считать себя слишком опытным, чтобы ему «указывали» и ломали стереотипы продаж – ведь как-то же справлялись до этого, и ничего. Последнее слово в данном случае – чистая правда.

Где водятся единороги?

На рынке не принято говорить о проблеме вслух. Если спросить любого руководителя аптеки или аптечной сети, он с уверенной улыбкой ответит, мол, у нас высочайшие стандарты, мы все контролируем, работает команда профессионалов. Но на деле встре-

тить квалифицированного аптечного работника, который будет по совместительству классным продавцом, – это как найти единорога. Слишком много звезд должно выстроиться в ряд. Портрет примерно такой: у девочки с детства имеется тяга помогать людям, запах лекарств – ее фетиш с пятого класса, и еще она мечтает в своем деле быть лучшей. Среди ее личностных качеств – старательность, готовность преодолевать трудности, учиться и переучиться, в конце концов, человечность, без которой хорошим фармацевтом быть не получится, как широко ни улыбайся покупателем. А главное – она обладает умением понимать требования руководства, мыслит шире, чем «И чего этот дурак-начальник на меня взъелся? Я такая хорошая, а он, негодяй, меня работать заставляет и кричит за опоздания. А я, может, вся в печали и депрессии».

Конечно, эффективные сотрудники встречаются, но они, как правило, очень быстро выбиваются в руководители, а затем уже сами мучаются головной болью, почему другие фармацевты не хотят работать, как следует. Не все. Не везде. Но аптечный сервис у нас по-прежнему далек от европейского. В лучшем случае – сухой отпуск лекарственного средства с хмурым видом. В худшем – некомпетентность, оскорбительное поведение, местами даже хамство. Или неумелое навязывание товара.

Место клиента в мыслях фармацевта

Что же роднит продавца, который в ответ на запрос клиента спрашивает «Когда вы уже наедитесь?», и провизора, отпускающего, к примеру, лубрикант с видом оскорбленного достоинства? В обоих случаях проявляется невроз. Дело в том, что хороший продавец – человек без комплексов. Он спокоен, уверен в себе, его не может выбить из колеи неуместное замечание или агрессивный комментарий клиента. Такой



специалист знает свою цель и ценность. А вот когда человек мучается разнообразными комплексами и в голове круглосуточно маминым голосом звучат заученные с детства претензии, любой тычок, пусть даже ненамеренный, вызывает бурную реакцию. То есть у человека вместо клиент-ориентации работает «Я»-ориентация: «Я прекрасно справляюсь, это вы все ничего не понимаете», «Я не позволю с собой так говорить», «Я училась пять лет, знаю лучше, и сейчас вам всем это докажу», «Я устала и имею право не улыбаться», «Я наслушалась уже за сегодня всякого и хочу выпустить пар», «Я думаю о своем, дома муж нервы мотает, а тут вы еще»...

Клиента в этом пространстве нет вообще. И встроить его туда можно лишь одним способом – привести аптечного работника в адекватное состояние.

В этом месте, по идее, должны прозвучать новые идеи и предложения. Но мысль проста до безобразия: чтобы провизор начал продавать больше и лучше, нужно делать все то же самое, что делалось раньше. Только чаще. Бесконечное напоминание, повторение, прогон одних и тех же мотивационных схем снова и снова – вот залог успеха. Бессмысленно направлять усилия на новое, пока старое не устоялось. А сегодня достаточно зайти почти в любую аптеку, чтобы почувствовать витающий в воздухе отголосок советского сервиса, когда к покупателям могли обращаться так, будто они что-то должны фармацевту. Положительная мотивация работает лучше, чем отрицательная, но и регулярный замер эффективности и усвоения навыков продаж еще никому не повредил. Ведь перед угрозой потерять работу с небес на землю не вернется только самый непробиваемый, а значит, уже упущенный сотрудник. Главное – не закрывать на проблему глаза.

А если конкретнее...

Но чтобы понимать, в чем именно недостатки работы сотрудников, важно знать, какие ошибки приводят к упущенным продажам и почему.



Ошибка № 1.

Не задают вопросы о симптомах.

Провизор – не врач, это аксиома. Но оказать помощь по симптомам и синдромам в рамках фармопеки – то поле, на котором осуществляется аптечная продажа. И очень печально, что часть фармацевтических работников не пользуется этим инструментом в должной мере. Без грамотных вопросов сложно определиться с тем, какой именно предложить препарат из большого ассортимента и разных фармацевтических групп. Достаточно два-четыре последовательных вопроса для понимания того, как действовать.



Ошибка № 2.

Слишком широкий выбор.

В течение всего контакта с посетителем аптечный работник часто перечисляет большое количество (от четырех до семи) препаратов. В речи фармацевтов звучат такие фразы: «Можно взять...», «Можно попробовать...». То есть потенциальный покупатель должен выбрать сам. Как он будет это делать – непонятно, но выбор ему предоставлен бескрайний.

Вряд ли это совпадает с ожиданиями клиента.

Время уходит на вопросы покупателя, его мысли и сомнения по поводу того, что же взять. Если говорить о грамотном консультировании, то оно должно быть более конкретным и начинаться со слов собственной ответственности: «Я рекомендую вам...».



Ошибка № 3. Вместо рекомендации предлагают подойти к витрине и посмотреть, что можно купить.

Такой очень распространенный подход сервисом назвать невозможно: фармацевт снимает с себя ответственность за профессиональное консультирование и переносит ее на некомпетентного клиента. Обслуживание в данном случае не что иное, как экскурсия по ассортименту. Покупатели у витрин далеко не всегда получают грамотные ответы на свои вопросы. Случается, что в итоге провизор предлагает очень известное, разрекламированное средство или дешевое лекарство по принципу «когда не поможет, то хоть денег не жалко». Это тоже не вызывает доверия у посетителя аптеки.



Ошибка № 4.

Предлагают почитать инструкцию.

Речь сейчас идет не о том, когда посетитель сам попросил ее для уточнений. Это встречается довольно часто, а иногда является автоматическим ответом на первый вопрос покупателя. А ведь регулярно повышая уровень собственных знаний в течение нескольких лет работы за первым столом, фармацевт сегодня легко бы справился с половиной вопросов покупателей без привлечения аннотаций. И только на сложные и неизвестные сам бы открыл инструкцию и как специалист разъяснил сложные моменты. Тем более что инструкция к медицинскому применению часто непосвященному напоминает древнеегипетский манускрипт и читается соответственно.



**Ошибка № 5.
Работают по шаблону.**

Посетители аптеки довольно часто задают вопрос о препаратах: «Чем лекарства отличаются?», «Какой препарат из предложенных лучше, эффективнее?», «Почему этот дороже?». Они пытаются понять и выбрать, а работники аптек часто на подобные вопросы заученно отвечают: «В принципе, это одно и то же, только разный производитель», «У них разное действующее вещество», «Прошел клинические испытания», «Этот оригинальный препарат, а этот нет».

Представим себя на месте человека не из сферы фармации и медицины: все ли понятно в этих ответах? То есть это одни и те же шаблонные фразы, которые реального отличия не представляют. За ними кроется причина – стагнация в развитии знаний.



**Ошибка № 6.
Неумелые ссылки на личный опыт и преимущества без конкретики.**

При презентации препаратов можно услышать следующие фразы специалистов аптек: «Хороший препарат» или «Я его сама пила и мне помог». А как быть, если у человека другие симптомы, которые никто не уточнил? Как-то раз был задан вопрос одному из провизоров, которая часто во время обучения говорила: «Хороший препарат, прекрасный!». На вопрос «Как вы это определили?», стусевавшись, она ответила: «Ну, как-то интуитивно».

На самом деле далеко не все посетители аптеки мгновенно кидаются покупать все, что принимает сам фармацевт. Такая рекомендация может отпугнуть часть покупателей.



**Ошибка № 7.
Не разъясняют ценность продукта.**

Услышав возражение «Это дорого, дайте подешевле», нередко фармацевты сразу идут искать более доступное лекарственное средство. В последнее время к этому приучил кризис, но налицо проблема: аптечные работники разучились работать с ценой. Многие не пытаются ее обосновать, даже когда посетитель готов приобрести более дорогой, но качественный и надежный препарат. Людям не хватает информации о преимуществах или уникальных свойствах лекарственного средства, иногда комментариев о цене – лишь завуалированная просьба предоставить убедительные аргументы в пользу покупки. Еще одна уникальная фраза из этой же категории: «Вам подороже или подешевле?». Несложно угадать, каким будет ответ...

Список некомпетентных действий сотрудников из разряда USSR Style можно продолжать долго. И, конечно, справедлива народная мудрость, гласящая, что человека не переделаешь. Но только руководитель аптечного бизнеса решает, по каким правилам реализуются продажи в его аптеках. И фармацевты, провизоры, устраиваясь на работу, эти правила принимают. А когда требования руководства подкрепляются достойными обучающими программами от ведущих бизнес-тренеров и «вкусным» компенсационным пакетом для наиболее амбициозных сотрудников, то, в конце концов, аптека своей цели достигнет. Нужно лишь не пускать ситуацию на самотек и постоянно держать руку на пульсе.

Марина ЧИБИСОВА

Материал предоставлен компанией «Агентство Медицинского Маркетинга»

www.amm.net.ua





Откуда к нам пришли диеты, или история худеющего человечества

Диета – это слово, которое практически у всех жителей планеты вызывает лишь одну ассоциацию – похудение. Все страдающие от избыточного веса люди находят спасение в новомодных диетах, которые обещают скорую потерю ненавистных килограмм и жировых складок, хотя все далеко не так просто. Так что же такое диета и для чего она нужна нашему организму?

Что такое диета?

Изначально слово диета употреблялось применительно к общему оздоровлению организма, т.е. образу жизни, ведущему к здоровью. Сейчас под этим словом подразумевают определенный режим питания. Предпочтение в этом режиме отдается употреблению продуктов, помогающих организму в оздоровлении. Продукты, которые организму могут нанести вред, находятся под запретом.

Если углубиться в историю и попытаться понять, что же на самом деле это за слово такое «ДИЕТА», то мы узнаем интересные факты. В переводе с греческого языка данный термин – это система питания, определенный режим, которому необходимо следовать всю жизнь. Ведь диеты направлены не только на избавление от лишнего веса, но и на общее улучшение состояния здоровья, изменение внешне-

сти в целом. Все диеты отличаются друг от друга такими показателями, как калорийность пищи, ее физические и химические свойства, методы обработки продуктов, промежутки между их приемами и прочими. У каждого народа, определенной расы есть свои принципы питания, которые исключительно индивидуальны, могут содержать в рационе уникальные, особые продукты. Даже если человек чрезмерно питается, налегает на жирную, калорийную пищу – это тоже диета, только она направлена на набор веса и накопление жировой прослойки (ткани). Но зачастую множество людей отдает предпочтение легкой, полезной пище, которая при определенном рационе позволяет иметь отличное самочувствие и такие же изгибы тела.

Почему наши предки не страдали полнотой?

Ни у китайских, египетских, индийских, и даже русских «королев красоты» не было никаких секретов похудения. В древности люди были очень худы: еда давалась с трудом, ее надо было собрать, отловить, вырастить при помощи весьма примитивных приспособлений. Никакого транспорта, кроме колесниц, верблюдов, ослов и лошадей, не было. Большая часть жизни проходила на своих двоих. Не было и самого вредного для фигуры сочетания жирное – сладкое. Сахар появился значительно позже – из Карибского бассейна пришел тростниковый, из средней полосы – свекловичный. Пищу подслащивали медом, ели сушеные фрукты. Да и представления о красоте у древних были совсем другими. Поскольку полных людей было крайне мало, они и признавались эталоном красоты, а полнота – обязательным условием богатства и могущества. Потому и откармливали царствующих особ – китайские императоры, русские цари, толстый Будда – все это было старательно выращен-



Триумф Вакха. Корнелис де Вос



Неизвестный художник. Портрет Екатерины II

ное и вскормленное, естественно, ни у кого и мыслей не было о диете и физкультуре. Напротив, обеспечивали неподвижность – китайским женщинам уродовали ступни так, что они передвигаться порой могли только на носилках. Даже руками они ничего не делали, поскольку отращивали длиннющие ногти.

Невеста императора Петра III, будущая Екатерина II, поначалу была встречена с неодобрением по причине излишней худобы. Только после того, как она несколько откормилась уже будучи в России, окончательно прошла «отбор» и обвенчалась с царем. Никогда не было культа стройности и на Ближнем Востоке. Египетская танцовщица – это женщина с животом, причем приличным. Худеющие китайцы – это и во-

все нонсенс. Даже современная еда не смогла сделать полной самую многочисленную нацию, ее представители по природе не склонны к полноте.

Все «секреты стройности китайских императриц» придуманы только потому, что в составах для похудения действительно используется много лечебных китайских трав – моче-, желче-, потогонных и слабительных.

То же и в Индии. Там складочками жира, выступающими из-под сари, знатные и богатые индийские женщины очень даже гордятся. Поскольку до сих пор нищие индийцы умирают от голода прямо на улицах.

Диеты прошлых веков

Первое упоминание о диетологии как направлении медицины относится ко временам Гиппократу, потом его развивал Авиценна. Диеты применялись по принципу «еда как лекарство», но с другими, никак не похудательными целями. Впервые озадачились проблемой «как сбросить вес» те, кому подвижность была нужна по роду деятельности. И первая диета была как минимум оригинальной. Изобрел ее в 1087 году Вильгельм Завоеватель. Когда он растолстел настолько, что уже не в состоянии был ездить вер-



хом, он решил прибегнуть к большим дозам алкоголя. Вроде бы такая жидкая диета помогла. Хотя и неизвестно, насколько.

Начало двадцатого века – расцвет лечебной диетологии и появление патентованных пилкуль для похудения. Следует особо отметить 1917 год, который отмечен выходом книги «Диеты и здоровье с разгадкой калорий» из-под пера доктора Лулу Ханта Петерса. Эта книга стала первой в череде руководств по подсчету калорий при похудении.

В прошлом веке уже было разработано большое количество диет. Вот некоторые из них со своими результатами.

№1 Жевательная диета – 1912 год

Автор: Уильям Гладстон – бывший премьер министр Великобритании.

Суть диеты: пищу нужно жевать длительно по 32 раза каждый кусочек (по 1 разу на зуб). В продвинутой версии запрещалась еда, которая при жевании не становилась жидкой. Разрешенные продукты: хлеб, бобы, картофель, яйца, молоко, чай.

Чем запомнилась диета? – запорами, слабостью, болезнями.

№2 Диета Хаузера – 1920 год

Автор: Гейлорд Хаузер – медийная личность

Суть диеты: раздельное употребление белков, жиров и углеводов.

Разрешенные продукты: йогурт, сухое молоко, патока, сахар, пшеничные дрожжи, кисломолочные продукты.

Чем запомнилась диета? – несмотря на открытия в биохимии и возражения, что природа создает продукты с белками, жирами и углеводами, диета стала очень популярна, и ее переняли многие кинозвезды. Хаузер пошел дальше и заявил о волшебных свойствах продуктов с витамином B₁. В то время витамины были новомодным открытием, что вновь запустило пиар машину диеты Хаузера. Лишь сегодня мы благодаря исследованиям знаем, что никаких преимуществ раздельное питание не дает.

№3 Советская диета №8 – 1920 год

Автор: М.И. Певзнер – физиолог из СССР, который опирался на работы Павлова.

Суть диеты: 3 варианта по 1800, 1300 и 800 ккал соответственно. Начинается первый этап с 1800 ккал, и затем медленно рацион сокращается до третьего варианта.

Разрешенные продукты: Схема давала результат, так как не ставила суровых ограничений по выбору продуктов, да их и не было в таком ассортименте. Люди питались одинаково, что позволяло упростить общие рекомендации.

Чем запомнилась диета? – удачно лечили ожирение. Это самая известная советская диета для похудения. Всего существовало 15 советских номерных диет, и все они были неплохо продуманы для своего времени. Главное нововведение диеты №8 – разгрузочные дни мясного, арбузного и другого формата. Эту практику переняли за рубежом в виде рефидов, чит-милов и т.п. Не вся диетология опирается на США. СССР успело внести свою лепту.



№4 Отрицательная диета (грейпфрутовая диета) – 1930 год

Автор: Виктор Линдлар – шарлатан-диетолог

Суть диеты: Нужно есть только те продукты, которые на пищеварение затрачивают больше калорий, нежели содержат.

Разрешенные продукты: яблоки, сельдерей, грейпфруты, капуста.

Чем запомнилась диета? – ее продвигали в СМИ как голливудскую диету, которая позволяла актерам держать себя в форме круглый год. Из-за гипернизкой калорийности люди буквально падали в обмороки, но вес теряли.





21-й век не принес ничего принципиально нового – лишь комбинация уже известных методов снижения веса. Более того, породил массу околонучных и зачастую совершенно нелепых диет.

А теперь стоит забыть об истории, и вернуться в современный мир, который пропагандирует диеты, направленные именно на потерю веса. Особо актуально тема диет стоит у девушек и женщин, которые желают стать стройными, очаровательными и желанными, ведь это так важно для каждой.. Диета – это образ жизни и для того, чтобы этот образ приносил удовольствие, необходимо выбрать такую диету и дальнейшее ее продолжение в виде сбалансированной системы питания, которая бы максимально соответствовала вашим предпочтениям в еде.

РАЗНОВИДНОСТИ ДИЕТ

Как говорилось выше, главная цель – здоровье. Существующие в наше время многочисленные диеты помимо главной преследуют и другие, более узкие цели. По целям диеты можно разбить на следующие виды.

Общие

Лечебные диеты. Их назначают людям с различными заболеваниями, они входят в комплекс лечебных процедур. При применении имеет значение не только подбор продуктов, но и технология приготовления, время приема пищи, ее температура. Лечебные диеты делятся по номерной системе в зависимости от групп заболеваний.

Спортивные диеты. Из них более известны диеты культуристов. Они служат для набора мышечной массы, а также для уменьшения жировой прослойки при подготовке к соревнованиям.



Специальные диеты применяются непродолжительное время для достижения объективности показателей при сдаче анализов.

Регулирующие вес диеты используются не только для сброса, но и для набора веса, так как проблема избыточного веса имеет свое зеркальное отражение – недостаточный вес,

являющийся даже основанием для предоставления отсрочки призывникам. Среди регулирующих диет самая популярная и многочисленная группа – это диеты, ведущие к похудению.

Основные разновидности диет, ведущих к похудению

Какие же существуют диеты для похудения и на что они направлены? Самой распространенной группой являются низкокалорийные диеты, которые обрели огромную популярность среди больших масс населения. Суть заключается в сокращении потребляемых калорий, которые обязательно стоит подсчитывать, чтобы результат пришел быстрее, а эффективность повысилась в разы.

Как работает такая система? Организм, привыкший получать определенную норму еды, к примеру, 2200–2500 калорий, будет в некотором состоянии шока, когда станет довольствоваться 1200–1500. В результате, чтобы компенсировать нехватку рациона он начнет заимствовать его в жировых тканях, которые отложены «про запас». Преимущество таких диет в том, что они зачастую не ограничены во времени, их впору приобщить к образу жизни как это и должно быть, но главное – без фанатизма. Не стоит резко и кардинально урезать рацион питания, организм это не одобрит. При разумном подходе и сбалансированности питания такие диеты станут вашими верными спутниками жизни. Главное – прочно закрепить полученный результат, ведь потерять массу тела гораздо проще, чем удержать ее таковой в течение длительного времени.

Низкокалорийная диета – самая многочисленная и многоликая, продукты питания можно использовать любые, но необходимо их употреблять в ограниченном количестве, исходя из содержания в них калорий.

Маложирная диета – выбор продуктов определяется содержанием в них жира, при большом содержании допускается применение в небольшом количестве.



Все эффективные диеты для похудения зачастую сокращают к минимуму потребление жиров, даже есть такой вид диет – маложирные. Их суть заключается в том, что жиры в рационе практически отсутствуют, в то время, когда других ограничений нет. Чем же маложирные диеты так хороши? В первую очередь легкой переносимостью, ведь ограничение накладывается только на жирную пищу, зато вот белки и углеводы можно кушать вдоволь для поддержки здоровья. Сокращая жиры, вы заметно сокращаете калорийность рациона, можете лакомиться зефиром и мармеладом, не думая о последствиях. Такие диеты подходят абсолютно всем и дают куда лучший результат, чем остальные. Бытует мнение, что маложирные диеты – это усовершенствованный вариант низкокалорийных. Единственный минус – это их длительный срок, зато результат прочнее и длительнее.

Малоуглеводные диеты – это аналогия маложирным, только теперь под ограничение попадают углеводы. Главный девиз – «сахар – это белая смерть!» Такие диеты очень трудно соблюдать, ведь из рациона следует исключить все мучные изделия (булочки, хлеб), без которых некоторые не чувствуют сытости, что вызывает психологический и физический голод. Также нужно забыть и о макаронных изделиях, блюдах из круп и риса, картофеле и алкоголе. Об исключении сахара, думаю, говорить не стоит, он самый яростный углевод в рационе каждого человека. Такие диеты могут свести к минимуму риск заболеваний сердечно-сосудистой си-

стемы, а также дают быструю потерю веса. Но есть некоторые «минусы»: выбирать такие диеты стоит только вполне здоровым людям, у которых нет проблем с печенью, почками и желудком. В любом случае желательно проконсультироваться с врачом-диетологом, ведь риск ухудшить здоровье очень высок.

Монодиета – в пищу употребляется только один продукт питания. Диета достаточно жесткая, использовать ее нужно с осторожностью. Выбор употребляемого продукта индивидуален и зависит от многих факторов.

Для многих подобная диета эффективна. Оно и понятно, ведь потеря килограммов происходит очень быстро, а это очень радует представительниц прекрасной половины земного шара. Выбирать продукт для монодиеты очень просто, главные правила – это низкая калорийность и легкая переносимость продукта. Особенную популярность монодиеты имеют летом и в начале осени, когда стол ломится от изобилия полезных овощей и фруктов – источников вита-

минов и прекрасного настроения. Очень легко переносятся вкусные монодиеты, такие как арбузная или огуречная, но есть и свои недостатки такого питания: это сильный удар по организму и риск получения сброшенных килограммов обратно с немалым привесом. Малоприятная перспектива, так что и выходить из таких диет необходимо с умом.

Белковая – подходит для мясоедов. Худеющие отказываются от сладостей, но принимают много мяса и рыбы. Эта диета популярная среди культуристов, так как обещает одновременно сбросить жир и нарастить мышцы.

Эта диета также имеет широкую популярность. Разобрав все плюсы и минусы таких диет, очень просто понять, подходят они вам или нет. Плюсы: диеты с высоким содержанием белка легко переносятся и чувство голода совершенно не мучает. При этом меню можно очень разнообразить, скучно не будет, да и стремительная потеря веса потешит. Скушав на обед вкусенький кусочек мяса, вы будете сыты и довольны. Минусы огорчат тех, кто очень лю-



бит сладкое, ведь на белковой диете выбор только один: или фигура или сладости. Также последует общее ухудшение здоровья, что будет связано с несбалансированностью рациона, витамины и микроэлементы не будут поступать в организм, ведь фрукты и овощи можно кушать в малых количествах, дабы не уравновесить белки с углеводами. Возможны проблемы с уровнем холестерина.

Удивляют и жировые диеты для похудения, которые успешно существуют долгие годы и порой они очень даже эффективны. Но к ним обращаются редко, ведь отношение к таковым зачастую скептическое.

Для чего же нужны диеты?

В первую очередь для вашего здоровья, которое прямолинейно зависит от потребляемой пищи. Если она чересчур жирная, острая или же сладкая, то вскоре можно увидеть не только привес на весах, но и почувствовать это, так сказать, на своей коже. Люди, которые занимаются обжорством, обречены на проблемы с сердечно-сосудистой системой, вскоре к этому может подключиться диабет и прочие серьезные заболевания. Если диетическое питание будет сбалансированным и подкрепленным комплексом силовых и дыхательных упражнений, то результат не заставит себя ждать долго, ведь к вам вернется здоровье и красота, которые были припрятаны под жировой прослойкой. Однако не стоит слишком увлекаться диетами, ведь для каждого человека есть свой идеальный вес, при котором самочувствие просто отличное, сон крепкий, а фигура соответствует всем желаемым параметрам. То, для чего нужна диета, каждый определяет сам исходя из своих пожеланий и проблем. Главное – это сбалансированность и разумный подход во всем, погоня за «модной худобой» может обернуться анорексией, которая еще никого не украсила.



Как правильно выбрать диету?

Чтобы упростить задачу выбора, стоит обратить внимание на данные ниже советы.

Первоначально стоит ориентироваться на те диеты или системы питания, в которых присутствуют все продукты, к которым вы и ваш организм уже привыкли. Питание новыми блюдами может негативно отразиться на здоровье, вызвать брожение, некомфортное самочувствие, ухудшить метаболизм.

Второе – это личные предпочтения. В особенности это касается монодиет, которые предлагают питаться только одним (2–3-мя) продуктами. Если вы не любите кефир или огурцы, то брать данные продукты за основу нет смысла: если результат будет виден на весах, то ваша сила воли может пропасть.

Определите свой лишний вес, от его избытка можно будет определить, какая диета нужна – краткосрочная или же, наоборот, длительная. Не относитесь к фигуре слишком придирчиво, не берите за идеалы те картинки и образы, к которым вы не сможете прийти в меру специфики своего телосложения.

Перед диетами очень прекрасно помогают настроиться на нужный режим разгрузочные дни, которые пару килограмм форсированно



ликвидируют, да и силу воли потренируют, ведь не всем диеты легко даются.

Как понять, что диета вам подходит? В целом – никак, ведь понимание придет само собой. Вы почувствуете легкость в теле, прилив жизненных сил, желание стрескать что-то вредное будет отсутствовать, и новые стремления начнут посещать вас гораздо чаще. Желание что-то поменять в себе также будет ходить рядом.

Любые диеты и диетическое питание вызывают у людей доверие, каждый желает верить, что они наконец-то обретут желаемые формы, подтянутый животик и увидят таки стрелку весов на желаемой отметке. Но многие свято верят в некоторые мифы о диетах, которые навевают средства массовой информации и модные журналы, для которых популярность порой важнее достоверности информации.



Чтобы не быть обманутыми и иметь отличное здоровье, ознакомьтесь с основными мифами о диетах, чтобы ваш процесс похудения был приятным и без дальнейших осложнений.

МИФ: Чем реже Вы едите, тем быстрее теряете вес!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Врачи-диетологи утверждают, что пищу следует принимать почаще, но порции должны быть маленькими. Если Вы едите редко, то между приемами пищи будете испытывать сильное чувство голода. И в результате за один прием пищи Вы съедите намного больше, чем обычно.

МИФ: Нельзя употреблять жиры!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Без вреда для здоровья можно лишь ограничить содержание жиров в рационе, потому что некоторые незаменимые кислоты содержатся только в жирах.

МИФ: Самая эффективная диета – самая жесткая и строгая!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Если Вы строго ограничиваете свой рацион питания, ваш организм тяжело это переносит. Ухудшается самочувствие, так как Вы недополучаете многие полезные вещества. Могут обостриться хронические заболевания пищеварительного тракта.

МИФ: Полное голодание – быстрый результат!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Давно доказано, что медленное снижение веса намного эффективнее быстрого. К тому же, оно безопасно для организма.

МИФ: Кушать только овощи и фрукты – мол, вкусно и полезно!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Такие диеты основаны на низкой калорийности фруктов и овощей. Но этот способ похудения не подходит людям старше 40 лет, а также имеющим гастриты, хронические язвы, гастроэнтериты, болезни почек и печени.

МИФ: Чем более длительна диета, тем она эффективнее!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Не зря большинство диет рассчитано на определенный промежуток времени, ведь постепенно организм привыкнет к вашему рациону питания и начнет откладывать жиры «про запас».

МИФ: Диета, эффективная для вашей подруги Маши, поможет и Вам!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Диета должна быть строго индивидуальной, с учетом особенностей вашей физиологии.

МИФ: «Быстрые диеты» – самые эффективные!

НА САМОМ ДЕЛЕ: Такие диеты помогают быстро

похудеть, но вес потом возвращается так же быстро, и становится еще больше, чем до диеты.

МИФ: Не остановимся, пока не найдем самую лучшую диету.

НА САМОМ ДЕЛЕ: Вы доведете себя до такого состояния, что потом не сможете восстановить нормальный обмен веществ. Выбирайте диеты правильно, не стремитесь получить все и сразу – так не бывает. Постепенная потеря веса, легкие физические нагрузки и прогулки на свежем воздухе сделают из вас красотку, главное верить в свои силы и быть оптимистически настроенной!

И не стоит забывать о главном: для успешного достижения и поддержания нормального веса программа питания и физических упражнений должна доставлять радость и не требовать сверхусилий – иначе никто не сможет долго ее придерживаться... Будьте здоровы и красивы!

Подготовила
Ольга Шматова

цетиризин

ЗОДАК®

ПРОТИВ АЛЛЕРГИИ



ДЕТСТВО ДОЛЖНО БЫТЬ ЯРКИМ

Состав:

Капли: 20 мл препарата содержат активное вещество – цетиризина дигидрохлорид 0,200 г.

Показания к применению:

Купирование симптомов сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита; купирование симптомов хронической идиопатической крапивницы.

Способ применения и дозы:

Капли 10 мг/мл, 20 мл:
Дети в возрасте 2 - 6 лет: 2,5 мг дважды в сутки (5 капель два раза в сутки).
Дети в возрасте 6 - 12 лет: 5 мг дважды в сутки (10 капель два раза в сутки).
Взрослые и подростки старше 12 лет: 10 мг однократно в сутки (20 капель).

Побочные действия:

утомляемость, головокружение, головная боль, сухость во рту, боли в животе, тошнота, диарея, сонливость, слабость, фарингит, ринит

Редко:

реакции гиперчувствительности, крапивница, агрессия, спутанность сознания, депрессия, галлюцинации, бессонница, судороги, нарушения движений, тахикардия, нарушение функции печени, увеличение содержания билирубина и активности печеночных ферментов (указанные побочные действия транзиторны и исчезали после отмены препарата), отек, увеличение массы тела.

Очень редко:

анафилактический шок, тромбоцитопения; возбуждение, тик, нарушение вкуса, обмороки, тремор, дистония, дискинезия, парестезии, нарушение аккомодации, снижение зрения, зуд, сыпь, ангионевротический отек, стойкая лекарственная эритема, диурез, энурез, астения.

**Перед назначением и применением препарата
внимательно изучите инструкцию по применению**

PK-ЛС-5№004167 от 15.07.2016 Без ограничения срока действия.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных веществ препарата, производным гидроксизина или пиперазина; пациенты с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 10 мл/мин); беременность, период лактации, детский возраст до 2 лет

Лекарственные взаимодействия:

При сочетании цетиризина с глипизидом, диазепамом, азитромицином, теofilлином, кетоконазолом, эритромицином и псевдоэфедрином неблагоприятных клинически значимых взаимодействий не выявили.

Особые указания:

В терапевтических дозах клинически значимых взаимодействий со спиртом не продемонстрировано (при уровне спирта в крови 0,5 г/л). Тем не менее, при одновременном приеме алкоголя необходимо соблюдать осторожность.

Рекомендуется соблюдать осторожность при назначении пациентам с эпилепсией и риском развития судорог. Метилпарагидроксибензоат и пропилпарагидроксибензоат могут вызывать аллергические реакции (возможно, отсроченные).

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

Рекомендуется соблюдать осторожность людям, деятельность которых связана с повышенными требованиями к вниманию и быстрым реакциям (водители, машинисты, обслуживание механизмов, работы на высоте и т.п.). Также им нельзя превышать установленную врачом дозу.

Условия отпуска из аптек:
по рецепту

www.sanofi.kz TOO «Санофи-авентис Казахстан»
г. Алматы, ул. Фурманова, 187Б
Тел/Факс: +7 727 244 50 96

SANOFI

Головная боль –

проблемы и решения

Головная боль – это маленький человечек внутри черепа, сидящий и выбирающийся. Мигрень – это две исполинские руки, которые медленно сдавливают голову до размера мячика для гольфа, усиливая боль сантиметр за сантиметром, пока наконец твой череп не взорвется пламенем, разбрызгивая мозги по комнате.

Луис Карлос Монталван

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

Головная боль является одним из нежелательных, но регулярно возникающих «спутников жизни». Она может настичь вас в любом месте – в офисе, по дороге на работу, дома. Головная боль в домашних условиях может отравить любой отдых и надолго испортить настроение каждому человеку, как молодому, так и пожилому.

Головной болью (ГБ), или цефалгией, называют субъективные неприятные болевые ощущения в области головы, а именно кверху от бровей и до нижней затылочной области, которые вызываются различными причинами – от элементарной перемены погоды до стрессовых ситуаций и переутомления. С ГБ сталкивался каждый хотя бы раз в жизни. Это одна из самых часто предъявляемых жалоб на приемах терапевтов и врачей практически любой специальности. Она отражает признаки проблем не только в самой голове, но и в других органах.

Международное общество по изучению ГБ – International Headache Society (IHS) в 1988 г. предложило международную классификацию ГБ

(цефалгий), в которой все ГБ разделяются на первичные и вторичные. В 2004 г. вышло второе дополненное издание международной классификации ГБ, которая выделяет более 160 разновидностей цефалгий. Первичные ГБ наблюдаются значительно чаще и являются следствием идиопатических расстройств вазомоторной и нервной регуляции при отсутствии анатомических изменений структур черепа. Это самостоятельные нозологические формы, в которых головная боль – это первичная и основная жалоба. Вторичные или симптоматические ГБ, причиной которых являются какие-либо специфические заболевания, возникают вследствие поражения краниальных или черепных структур (черепно-мозговая травма, сосудистая патология мозга, опухоли и инфекции головного мозга). Диагноз вторичной ГБ установ-

ливаются в том случае, если ГБ впервые появляется в тесной связи с другим заболеванием и облегчается при лечении или спонтанной ремиссии этого заболевания. Первичные ГБ в амбулаторной практике составляют 95–98%, в то время как вторичные ГБ отмечаются значительно реже, то есть в 2–5% случаев.

Если с головной болью, которая является симптомом болезни, все достаточно понятно (она проявляется, когда человек болен, и проходит при излечении болезни), то с головной болью как самостоятельным заболеванием все сложнее.

К такой форме болей относят:

- головные боли, возникающие от напряжения;
- приступы мигрени;
- кластерные боли;
- пароксизмальные гемикрании.

Головные боли, возникающие вследствие напряжения, могут проявляться в молодом возрасте. Обычно они формируются ближе к тридцатилетию. Эти боли – умеренные по интенсивности, длятся от нескольких часов до пары суток, не зависят от физических нагрузок.

Боли при этом явлении практически всегда двусторонние, основная их локализация – область затылка, височная или лобная зоны. Боли по характеру сжимающего или сдавливающего характера, нет тошноты и рвоты, однако иногда могут возникать отказ от еды, раздражительность от звука или света. Обычно такие боли усугубляются при тре-

Слово «**мигрень**» французского происхождения («migraine»), а во французский язык оно пришло из греческого. Термин «гемикрания» (от греч. *hemi* в половину, и *kranion* череп – боль, обнаруживающаяся в одной половине головы) впервые был предложен Галеном.

Первая клиническая характеристика мигрени или «гетерокрании» (от греч. *heteros* иной, различный, и *kranion* череп – синоним гемикрании) относится ко II в. нашей эры и принадлежит Aretus из Cappadocia. Мигренозные боли известны человечеству давно, ею страдал Понтий Пилат, но до сих пор с нею не очень эффективно справляются, хотя попыток ее излечения сделано очень много. Уже в папирусах древних египтян были обнаружены описание типичной мигренозной атаки и рецепты лекарственных средств, применяемых для устранения головной боли.

возности и депрессии, проблемах с позвоночником, приеме кофеина, анальгетиков или снотворных.

Кластерные боли чаще бывают у мужчин, хотя женщина тоже может с ними встретиться. Это мучительная боль в одной зоне, иногда вызывающая желание даже к суициду, локализуется преимущественно вокруг глаз или висках, на лбу, может отдавать в шею или затылок.

Боль возникает резко, приступом и длится от четверти часа до трех часов подряд. Обычно она случается приступами по несколько раз в сутки, особенно по ночам, и длится до месяца. При приступах на стороне боли могут возникать специфичные симптомы – краснота глаз, слезы, заложенность носа с обильным образованием слизи.

Подобно кластерной проявляет себя **пароксизмальная гемикрания**, но она чаще преследует жен-

щин и менее продолжительна, хотя приступы бывают чаще. Кроме того, эта боль купируется приемом противовоспалительных средств.

Мигрень – это хроническое состояние с непредсказуемыми, остро возникающими приступами головной боли. По распространенности мигрень занимает второе место после ГБ напряжения. Мигренозная боль чаще носит пульсирующий и давящий характер, обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза.

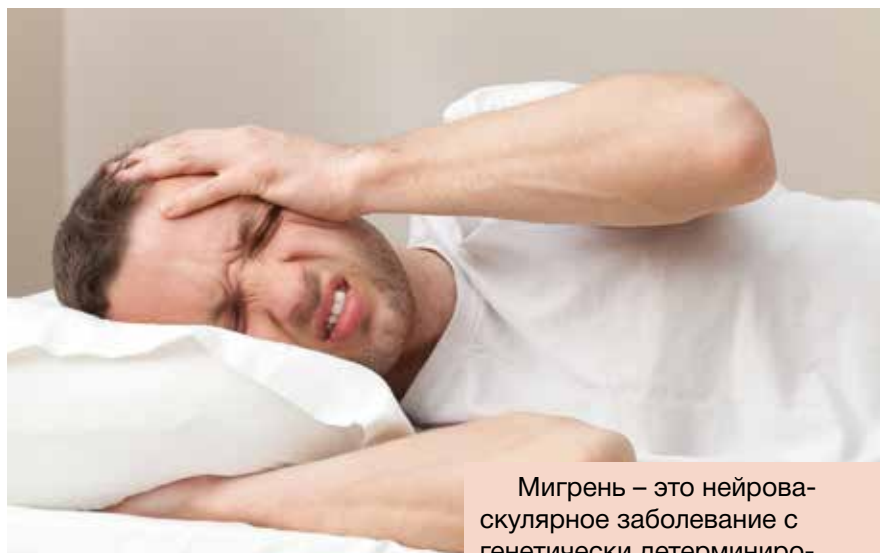
Согласно эпидемиологическим исследованиям, проведенным в различных странах, мигренью страдают от 3 до 16%, а по некоторым данным до 30% населения. При этом мужчины составляют от 2 до 15%, а женщины от 6 до 25% всей популяции. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:2,5 или 2:4. Наиболее часто мигрень встречается у людей в возрасте 35–40 лет. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют, что распространенность мигрени среди населения имеет тенденцию к росту. Так, по данным центра Национального здоровья США в период с 1981 по 1989 г. количество людей, страдающих мигренью, выросло на 60% (с 25,8 до 41,0 на 1000,0 населения). Эпидемиологические исследования, проведенные в Великобритании, свидетельствуют о том, что у 34% больных приступ мигрени



бывает реже одного раза в месяц, у 27% больных – один раз в месяц, у 17% больных – 2 раза в месяц, у 12% бывает 3–4 атаки в месяц, у 6% 5–10 приступов в месяц и у 4% больных мигрень бывает чаще 10 раз в месяц. Из-за сильной, продолжительной головной боли и сопутствующих вегетативных симптомов, мигрень затрудняет повседневную жизнь, снижает её качество и часто является причиной нетрудоспособности. В связи с этим государство несёт впечатляющие прямые и косвенные материальные потери.

Начало заболевания чаще отмечается в юношеском возрасте. Приступы мигренозной ГБ обычно впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет. В возрасте 35–45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигают максимума, после 55–60 лет у большинства больных мигрень прекращается. У 60–70% больных мигрень имеет наследственный характер. Если приступы мигрени были у матери, то риск заболевания составляет 72%, если у отца – 30%.

Несмотря на то что терапия мигрени хорошо разработана (по данным Американской ассоциации по изучению головной боли, эффективность правильного лечения может достигать 95%), более 70% пациентов не удовлетворены результатом лечения. Отчасти в этом виноваты сами пациенты, которые не обращаются к врачу, занимаются самолечением, игнорируют полученные рекомендации. Однако во многих случаях низкая эффективность терапии является результатом неадекватной медицинской помощи. Некоторые врачи продолжают вести пациентов с мигренью, основываясь на устаревших сведениях, не учитывая возможности современных способов лечения мигрени. Тем не менее, трудность лечения головной боли обусловлена не только «правильностью» выбора лекарственного препарата. Мигрень – это сложное нейробиологическое расстройство с многофакторным патогенезом, поэтому для достижения успеха необходимо учитывать целый ряд аспектов,



как чисто медицинских, так и психологических.

Патогенез мигрени. В прошлом мигрень считалась сосудистым заболеванием. Предполагалось, что при резком расширении сосудов головного мозга происходит раздражение рецепторов и возникает таким образом болевой приступ. Однако последние исследования доказали, что мигрень связана с нарушениями в центральной нервной системе. Эти нарушения вызывают каскад биохимических изменений, который и действует на сосуды, и приводят к симптоматике (в том числе и к болям).

В настоящее время этиология и патогенез мигрени изучены недостаточно, но наиболее известны сосудистая, нейрогенная и биохимическая теории возникновения этого пароксизмального состояния. В генезе мигренозного приступа могут участвовать сосудистый, нервный и эндокринно-гуморальный механизмы. Серотонин, являющийся одним из ключевых нейромедиаторов центральной и периферической нервной системы, предположительно выступает в качестве нейротрансмиттера и нейрогуморального медиатора в неврогенном, сосудистом компонентах механизма мигрени. Биосинтез серотонина и его секреция из нервных окончаний, регулируемая через пресинаптические рецепторы 5-НТ_{1А}-типа, расположенных на телах и дендритах серотониновых нейронов, происходят

Мигрень – это нейроvascularное заболевание с генетически детерминированным снижением порога чувствительности к действию мигренозных триггер-факторов. Существует целая группа факторов, провоцирующих приступ мигрени:

- Некоторые лекарственные препараты и химические вещества.
- Продукты, которые содержат различные добавки и консерванты, алкогольные напитки, особенно пиво и вино, просроченные слишком сладкие или подверженные ферментативной обработке продукты.
- У женщин первый приступ мигрени может быть связан с первой менструацией или с последней (в менопаузе).
- Неправильный образ жизни.
- Неравномерный прием пищи.
- Пересыпание.
- Окружающая атмосфера – дым, запахи, мерцающий свет.

на пресинаптическом уровне. В ходе обратного захвата серотонина осуществляется дезактивация секретированного нейромедиатора, а после выделения серотонина из нейрона в синаптическую щель происходит его обратный захват переносчиком (ген расположен на длинном плече хромосомы 17). Выделенный серотонин оказывает воздействие на различные типы рецепторов, включая 5-НТ_{1А} и 5-НТ_{2А}, на постсинаптическом

уровне. Основной причиной мигрени является дисфункция ЦНС, механизм возникновения которой не вполне ясен. Согласно выдвинутой Sicuteri F. (1977) гипотезе у пациентов с мигренью имеется врожденная недостаточность регуляции метаболизма моноаминов мозга и эндогенной опиоидной системы, на фоне которой формируется центральная дисноцицепция и изменяются биологические ритмы. Эта недостаточность усугубляется под воздействием различных эндо- и экзогенных влияний, приводя к приступам мигрени.

Клинические проявления мигрени подразделяются на 4 фазы, большинство из которых незаметно переходят одна в другую на протяжении всей атаки. Но у пациентов может и не быть всех фаз (только одна или две фазы), причем при каждом приступе течение может быть разным. Но в классических случаях это 4 фазы:

- Продромальная фаза
- Аура
- Фаза головной боли
- Постдромальная фаза

Продромальная фаза может появиться за несколько часов или дней до появления приступа мигрени. Могут появиться следующие симптомы: раздражительность, депрессия, ощущение усталости, общей слабости, частое зевание, бледность кожных покровов, ощущение холода, гиперактивность, нарушение концентрации внимания, частые позывы к мочеиспусканию, нарушения аппетита, запор или понос, повышенная чувствительность к свету звукам.

Аура. Фаза ауры появляется за 20–60 минут до приступа мигрени. Аура представляет собой нарушения в органах чувств (зрение, речь, обоняние). Может быть, одно или несколько нарушений органов чувств. Каждый симптом развивается постепенно от 5 минут до часа. Наиболее часто появляются нарушения визуальные (повышенная чувствительность к свету, появление пятен или зигзагообразных линий перед глазами, искрящиеся движущиеся

фигурки или искажение объектов), сенсорные (чувствительность к запахам и звукам; покалывание или онемение в одной части лица или половины тела) и нарушения речи – невозможность нормально разговаривать.

Фаза головной боли начинается с ауры или без нее. Головная боль усиливается при обычной нагрузке (ходьба, подъем по лестнице) Повышенная чувствительность к свету, звуку, запахам или к прикосновениям. Возможно ощущение усталости, раздражительность, головокружение, нарушение, координации движений.

Постдромальная фаза – период восстановления после приступа головной боли. После тяжелого приступа мигрени люди часто чувствуют усталость или ощущение «выжатого лимона», раздражительность и вялость.

Клинические проявления болезни различаются в зависимости от возраста (дети, подростки, взрослые) и имеющейся формы мигрени (классическая, простая и лицевая). Коротко вспомним их основные признаки. **Простая** мигрень: характер ГБ – пульсирующий; локализация боли – одно- или двусторонняя; длительность приступа – 6–48 часов; периодичность – спорадические приступы (до нескольких раз в месяц); сопутствующие симптомы – тошнота, рвота, недомогание, светобоязнь. **Классическая** мигрень: пульсирующий характер ГБ; односторонняя локализация; длительность приступа – 3–12 часов; периодичность – спорадические приступы (до нескольких раз в месяц), сопутствующие симптомы – зрительная аура, тошнота, рвота, недомогание, светобоязнь. **Лицевая** мигрень: характер ГБ – тупая или пульсирующая; локализация – односторонняя, в нижней половине лица; длительность приступа – 6–48 часов; периодичность – спорадические приступы; сопутствующие симптомы – тошнота, рвота.

В целом для мигрени в отличие от других форм ГБ характерны высокая интенсивность боли и нали-

чие множества сопровождающих симптомов, с чем и связано ограничение физического, психического и эмоционального функционирования, как в приступе, так и в межприступный период. Так, 76% пациентов с мигренью беспокоятся, что будут страдать от мигреней всю оставшуюся жизнь, а 37% испытывают постоянное напряжение в ожидании возникновения приступа. Многие из них отказываются из-за этого от развлечений, путешествий и даже не выезжают из дома одни. Только 43% пациентов считают, что они полностью восстанавливаются между приступами. Углубленный анализ жалоб пациентов показывает, что даже во время свободных от головной боли периодов большинство из них испытывают множество субъективных симптомов, которые мешают им чувствовать себя здоровыми. Тревога и ожидание последующей мигренозной атаки заставляют многих пациентов с мигренью принимать противоболевые препараты до появления каких-либо признаков надвигающегося приступа, что в результате ведет к избыточному потреблению лекарственных средств.

К осложнениям мигрени относят мигренозный статус и мигренозный инсульт. Мигренозный статус – это серия тяжелых, следующих друг за другом приступов, сопровождающихся многократной рвотой, со светлыми промежутками, длящимися не более 4 ч., или 1 тяжелый и продолжительный приступ, продолжающийся более 72 ч., несмотря на проводимую терапию. Риск возникновения инсульта у пациентов, страдающих мигренью без ауры, не отличается от такового в популяции, однако при мигрени с аурой мозговой инсульт возникает в 10 раз чаще, чем в популяции. При мигренозном инсульте один или более симптомов ауры не исчезают полностью через 7 дней, а нейрорадиологические методы исследования выявляют картину ишемического инсульта.

В лечении мигрени можно выделить три задачи – предотвращение



Основные признаки мигрени, следующие:

- выраженная боль с одной стороны головы (висок, лоб, область глаза, затылок);
- чередование сторон локализации ГБ;
- типичные сопровождающие симптомы: тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь;
- усиление боли от обычной физической нагрузки;
- пульсирующий характер боли;
- существенное ограничение повседневной активности;
- мигренозная аура (в 20% случаев);
- низкая эффективность простых анальгетиков в отношении ГБ;
- наследственный характер (в 60% случаев).

приступов, их лечение и профилактика.

1. Предотвращение приступов мигрени. Научив пациента выявлять предвестники, идентифицировать триггеры мигрени и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень, можно добиться предотвращения или значительного снижения количества приступов без применения лекарств.

2. Лечение приступов. Многих пациентов, страдающих мигренью, дезадаптирует страх, связанный с ожиданием приступа. В связи с этим очень важно проработать вместе с пациентом тактику лечения при различных сценариях развития мигрени.

3. Профилактическое лечение мигрени. В случае если приступы мигрени частые (более 2 раз в неделю) и/или если поведенческие и фармакологические мероприятия малоэффективны, необходимо поставить вопрос о профилактическом лечении. Показаниями для

профилактического лечения также являются некоторые особые формы мигрени: гемиплегическая мигрень или мигрень с аурой с устойчивым неврологическим дефицитом.

В последнее время также показано, что залогом успешного лечения мигрени являются профилактика и лечение сопутствующих или коморбидных нарушений, что позволяет предотвратить прогрессирование (хронизацию) мигрени и улучшить качество жизни пациентов.

Лекарственная терапия

На сегодняшний день разработано множество методов лечения мигрени, начиная от чая из веток багульника и заканчивая препаратами триптанового ряда. Какое лечение является наилучшим? Наилучшим будет лечение, которое подобрано в соответствии с индивидуальными потребностями конкретного пациента. Важно помнить, что мигрень очень часто не диагностируется и подчас очень тяжело поддается лечению. Иногда требуются месяцы, чтобы подобрать необходимую комбинацию лечебных назначений. Как только удастся подобрать необходимую комбинацию, то симптоматика резко уменьшается.

До недавнего времени в лечении мигрени был принят ступенчатый подход, в соответствии с которым

изначально для купирования приступа предлагалось применять простые анальгетики или препараты из группы НПВП. При недостаточном эффекте переходили на комбинированные препараты. В случае если перепробованные средства оказывались неэффективными, предлагалось применять препараты «верхней ступени» – триптаны. Таким образом, триптаны использовали только в резистентных случаях.

Такой подход часто разочаровывал пациентов, которые предпочли бы, чтобы врач сразу назначил им эффективное лекарство. При ступенчатом подходе пациент в среднем успевал перепробовать около 6 препаратов, прежде чем находил оптимальное средство. Следует учитывать, что очередная неудача при приеме нового лекарственного средства серьезно подрывает веру пациента в возможность успеха терапии, повышает тревожность, способствует развитию депрессии и дезадаптации, что ухудшает прогноз терапии.

Методов, гарантирующих излечения от мигрени, на сегодняшний день нет. Современные научные исследования помогают лучше понять причины и соответственно предлагают методы лечения этого заболевания. При большой интенсивности боли и значительной продолжительности атак (24–48 часов и более) показана специфическая терапия.

К специфическим средствам лечения приступов мигрени относят производные спорыньи и триптаны. Производные спорыньи (эрготамин и его дериваты) являются старым и хорошо изученным классом антимигренозных средств. В настоящее время их применение существенно ограничено из-за способности вызывать медикаментозно-индуцированные головные боли, многочисленные побочные эффекты, из-за плохой абсорбции и негативного влияния на средства профилактической терапии мигрени.

«Золотым» стандартом специфической терапии, т.е. наиболее действенными средствами, способными уже через 20–30 минут снять мигренозную боль, являются триптаны. Механизм действия триптанов, являющихся селективными агонистами серотониновых рецепторов 5-НТ_{1b}/5НТ_{1d}-рецепторов, включает нейрогенный и сосудистый компонент. Триптаны подавляют выход из периферических окончаний

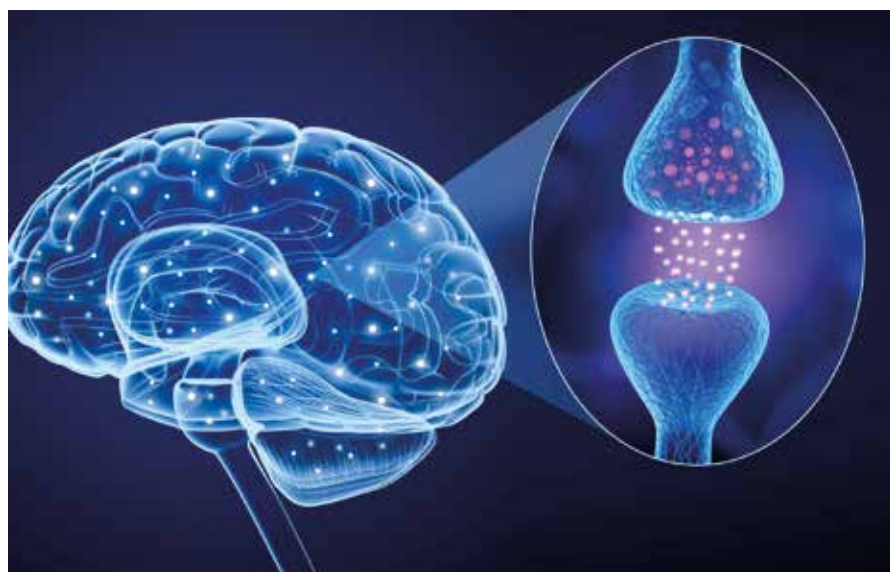
Кальцитонин-ген-связанный пептид (CGRP), выделяющийся в окончаниях тройничного нерва во время мигренозного приступа, попадает в кровоток и может воздействовать на сенсорный эпителий полукружных каналов на стороне боли и вызывать приступ системного головокружения. Подавляя выделение CGRP, триптаны способны прекращать мигренозную боль.

Эффективность терапии триптанами гораздо выше при их раннем назначении (в течение часа после начала приступа мигрени). Раннее назначение триптанов позволяет избежать дальнейшего развития приступа, сократить длительность ГБ до двух часов, предотвратить возврат ГБ и, что наиболее важно, быстро восстановить качество жизни пациентов. Эффективность и безопасность суматриптана изучались в 300 000 атаках (более 60 000 пациентов) в клинических испытаниях и в 200 миллионах атак в клинической практике за 15 лет его применения.

100 мг), который отличается высокими стандартами качества, а его стоимость существенно ниже, чем у оригинального суматриптана. Алгоритм назначения Сумамигрена предполагает прием 1 таблетки 50 мг в начале приступа. Если приступ купирован, то при следующем приступе следует принимать 1 таблетку 50 мг. Если же в течение 4 часов приступ не купирован или купирован не полностью, следует принять еще 1 таблетку 50 мг, а при последующих приступах необходимо принимать сразу 2 таблетки 50 мг или 1 таблетку 100 мг. Широко применяются упаковки Сумамигрена с 6 таблетками. Наличие именно 6 таблеток в упаковке основано на том, что примерно у половины пациентов с мигренью приступы возникают чаще, чем 2 раза в месяц, поэтому будет надежнее, если у таких пациентов всегда будет под рукой упаковка Сумамигрена №6.

Клиническая эффективность таблеток суматриптана 50 и 100 мг при приеме внутрь при мигрени исследована во множестве слепых плацебо-контролируемых исследований. Эффективность препарата в дозах 50 и 100 мг была сходной, а число нежелательных реакций меньше при приеме меньшей дозы препарата. В Клинике головной боли и вегетативных расстройств им. Александра Вейна было проведено постмаркетинговое исследование препарата Сумамигрэн (суматриптан), в котором участвовали 14 пациентов. Сумамигрэн использовался для купирования трех приступов, т.е. было проанализировано наличие эффекта препарата в 42 приступах. Действие Сумамигрена начинается быстро: уже через 30 минут после приема препарата достоверное уменьшение болевого синдрома отмечалось у 21,4% пациентов. Через 2 часа у 38% пациентов приступы купировались полностью, у 64% – головная боль уменьшилась наполовину и более. Таким образом, Сумамигрэн служит эффективным средством купирования мигренозных приступов.

Следует помнить о том, что триптаны показаны только для купирования мигренозной ГБ и неэффек-



тройничного нерва вазоактивных веществ, вызывающих вазодилатацию, и стимуляцию болевых рецепторов нервных окончаний тройничного нерва, а также вызывают сокращение расширенных во время приступа сосудов, что препятствует экссудации и раздражению болевых рецепторов альгогенными веществами, проникающими из плазмы крови в периваскулярное простран-

Удовлетворенность пациентов данным препаратом составляет 63% и значительно превышает удовлетворенность препаратами других классов, которые используются для купирования мигрени.

Среди триптанов на фармацевтическом рынке Казахстана особенно следует выделить препарат Сумамигрэн (Polpharma, Польша; таблетки, покрытые оболочкой, по 50 мг и



тивны при других разновидностях цефалгий (например, при ГБ напряжения). Поэтому при наличии у пациента нескольких форм ГБ чрезвычайно важным является его способность отличать приступ мигрени от других типов цефалгии. В целом триптаны хорошо переносятся пациентами, а противопоказания к их назначению (например, ишемическая болезнь сердца, злокачественная артериальная гипертензия и др.) почти не встречаются у больных мигренью. Тем не менее в связи с наличием определенных противопоказаний и побочных эффектов перед началом приема триптанов пациент должен внимательно ознакомиться с инструкцией по применению препарата.

Согласно рекомендациям Американского консорциума по головной боли, триптаны назначаются в ситуациях, когда головная боль достигает степени умеренной или интенсивной, а также в тех случаях, когда головная боль слабая, но неспецифические анальгетики оказываются неэффективными. Некоторыми исследователями также поддерживается точка зрения о преимуществах раннего назначения триптанов. Так, M. Halpern и соавт. было установлено, что при раннем назначении суматриптана

отмечается достоверно меньшая продолжительность головной боли, у большего числа пациентов цефалгия регрессирует в течение 4 ч. без ее возврата, происходит меньшее количество вызовов бригады скорой медицинской помощи по поводу некупирующейся головной боли. J. Scholpp и соавт. при раннем назначении суматриптана были выявлены меньшая продолжительность головной боли и отмечен больший процент пациентов с регрессом головной боли в течение 2 ч. По данным R. Kanieski, при раннем назначении триптанов отмечается меньший процент их побочных эффектов. Также была показана и фармакоэкономическая выгода раннего назначения суматриптана.

Проведенные исследования позволили сделать выводы, что Сумамигрен быстро и эффективно купирует как мигренозную головную боль, так и сопутствующие симптомы (тошноту, рвоту, фото и фонофобию). Он безопасен для больных, большинство из которых оценивают эффективность и безопасность

терапии как хорошую и отличную. Эффективность Сумамигрена выше при его назначении в раннем периоде развития мигренозного приступа, когда интенсивность головной боли слабая или умеренная (менее 7 баллов по ВАШ). При раннем назначении Сумамигрена отмечался достоверно больший регресс интенсивности головной боли через 1 и 2 ч. после приема, меньшая продолжительность сопутствующих симптомов, меньший процент случаев возврата головной боли, лучшее качество жизни в течение суток, когда возник приступ.

Таким образом, лечение мигрени – это сложная комплексная задача, требующая от специалистов медицины и фармации широкой эрудиции, внимательного отношения к пациенту и терпения. Для пациентов в возрасте старше 18 лет большую роль в купировании острых мигренозных приступов играют медикаментозные препараты (в частности, суматриптан). Стоит порекомендовать пациенту носить лекарство всегда с собой.

Список литературы

1. Goadsby P.J., Zagami A.S., Donnan G.A., Symington G., Anthony M., Bladin P.F., Lance J.W. Oral sumatriptan in acute migraine. *Lancet*. – 1991; 338: 782–83.
2. Martins I.P., Gouveia R.G. More on water and migraine. // *Cephalalgia*. – 2007. – Vol. 27. – P. 372–374.
3. Pfaffenrath V., Cunin G., Sjonell G., Prendergast S. Efficacy and safety of sumatriptan tablets (25 mg, 50 mg, 100 mg) in acute treatment of migraine: defining the optimum doses of oral sumatriptan. *Headache*. – 1998; 38: 184–90.
4. Sargent J., Kircher J.R., Davis R., Kirkhart B. Oral Sumatriptan is effective and well tolerated for acute treatment of migraine: results of multicenter study. *Neurology*. – 1995; 45: 10–4.
5. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). – СПб. – СПб. мед. изд-во. – 2001. – 200 с.
6. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. – 199 с.
7. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев И.А. и др. Мигрень. – М., 1995. – 186 с.
8. Есин О.Р., Наприенко М.В., Есин Р.Г. Мигрень: основные принципы лечения и профилактики // *Клиницист*. – 2011. – №4. – С. 10–17.
9. Пак Л.А., Смирнов И.Е., Студеникин В.М., Горюнова А.В. и др. Патогенетические механизмы первичной головной боли. // *Вопр. совр. педиатрии*. – 2006. – Том 5. – №2. – С. 31–36.
10. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Мигрень и ее лечение // *Русский медицинский журнал*. – 2009. – Т. 17. – №20. – С. 1305–1307.
11. Кандыба Д.В. Головные и лицевые боли в амбулаторной практике. Учебное пособие. – СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 103 с.
12. Стайнер Т.Дж. и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой. – М., 2010. – 37 с.
13. Цыганков К.Н., Екушева Е.В., Филатова Е.Г. Опыт применения сумамигрена в Клинике головной боли им. акад. Александра Вейна. *Лечение нервных болезней*. – 2007; 3 (22): 35–8.

Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Сумамигрен

УТВЕРЖДЕНА

Приказом председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 августа 2016 г.
№443

Торговое название

Сумамигрен

Международное непатентованное название

Суматриптан

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, 100 мг

Состав

Одна таблетка содержит **активное вещество** - суматриптана сукцинат (эквивалентно суматриптану 50 мг и 100 мг), **вспомогательные вещества**: лактозы моногидрат, целлюлоза микрокристаллическая, натрия кроскармеллоза, магния стеарат, тальк, кремния диоксид коллоидный безводный, **оболочка**: гипромеллоза, макрогол 6000, тальк, титана диоксид E171, триэтилцитрат, краситель кошенилевоый красный E124 (для дозировки 50 мг).

Описание

Таблетки продолговатой формы, с двояковыпуклой поверхностью, покрытые оболочкой светло-розового цвета, с разделительной риской с одной стороны (для дозировки 50 мг).

Таблетки продолговатой формы, с двояковыпуклой поверхностью, покрытые оболочкой белого цвета (для дозировки 100 мг).

Фармакотерапевтическая группа

Селективные агонисты 5HT₁-рецепторов. Противомигренозные препараты.
Код АТС N02CC01

Фармакологические свойства

Фармакокинетика

После приема препарата внутрь максимальная концентрация суматриптана составляет в среднем 63 нг/мл (min 52 max 79) и достигается через 1 час. В результате биотрансформации и неполной абсорбции, биологическая доступность суматриптана составляет около 15%.

Прием пищи не оказывает значительного влияния на биологическую доступность суматриптана, но незначительно увеличивает t_{max} (приблизительно на 30 минут).

Суматриптан в небольшой степени связывается с белками плазмы крови (14–21%). Объем распределения составляет 2,4 л/кг. Суматриптан преимущественно выводится с мочой (60%) в виде неактивной индолуксусной кислоты и глюкуронатов индолуксусной кислоты. Только 3% выводится в неизменном виде. 40% выводится с фекалиями.

Терапевтическое действие наступает приблизительно через 30 минут после приема препарата.

Печеночная недостаточность

У пациентов с нарушениями функции печени, после приема суматриптана внутрь, может значительно повыситься его биологическая доступность (около 70%).

Фармакодинамика

Суматриптан является селективным агонистом 5-гидрокситриптамином (5-HT_{1D}) рецепторов. Активирует серотонинергические антиноцицептивные механизмы ствола мозга, избирательно возбуждает 5-HT_{1D} серотониновые рецепторы сосудов головного мозга (твердой мозговой оболочки базиллярной артерии), ингибирует активацию тригеминальной системы и уменьшает накопление специфического стимулирующего протеина в ядрах тройничного нерва. Ослабляет пульсацию мозговых сосудов и связанную с этим головную боль.

Препарат уменьшает также высвобождение нейротенгидов и других медиаторов воспаления.

На адренергические, дофаминергические, мускариновые и бензодиазепиновые рецепторы выраженного влияния не оказывает. Прямым анальгетическим действием не обладает.

Показания к применению

- купирование приступов мигрени

Способ применения и дозы

Препарат следует применять как можно скорее после наступления приступа мигрени и на высоте приступа. Разовая доза составляет 50 мг или 100 мг. Разовая доза зависит от индивидуальной восприимчивости пациента. В случае рецидивирующих приступов мигрени и при отмеченном эффекте после приема первой дозы можно использовать препарат повторно в течение последующих 24 часов, но не более 300 мг в сутки.

Побочные действия

Часто ($\geq 1/10$): головокружение, сонливость, нарушение чувствительности, включая парестезию и гипестезию, транзиторное повышение артериального давления вскоре после приема препарата, «приливы», ощущение удушья, тошнота, рвота (связь с приемом препарата не установлена), ощущение сдавливания в грудной клетке, затылке, гортани, миалгии, боль, чувство жара, холода, напряжения или сжатия, слабость, усталость;

Очень редко ($< 1/10\ 000$): незначительные изменения функциональных показателей печени;

Частота неизвестна: симптомы гиперчувствительности от кожных реакций (крапивница) до редких случаев анафилактического шока, судороги, тремор, дистония, нистагм, скотома, диплопия, изменение поля зрения, снижение остроты зрения, включая необратимое снижение остроты зрения, брадикардия, тахикардия, усиленное сердцебиение, аритмия, переходящие изменения ЭКГ ишемического типа, спазм коронарных артерий, стенокардия, инфаркт миокарда, гипотензия, синдром Рейно, ишемический колит, διάρрея, ригидность затылочных мышц, артралгии, страх, гипергидроз.

Противопоказания

- повышенная чувствительность к суматриптану или другим компонентам
- препарата
- ишемическая болезнь сердца (стенокардия, стенокардия Принцметала,
- состояние после перенесенного инфаркта) и другие заболевания
- сердечно-сосудистой системы
- нарушение мозгового кровообращения (мозговой инсульт, транзиторная
- ишемия мозга)
- нарушения периферического кровообращения
- неконтролируемая гипертензия, артериальная гипертензия умеренной и
- тяжелой степени
- одновременное применение с ингибиторами моноаминоксидазы (Сумамигрен возможно применять по истечении 14 дней после лечения ингибиторами моноаминоксидазы) одновременно применение с лекарственными средствами, содержащими эрготамин или его производные, как например, дигидроэрготамин и метисергид, или другими лекарственными средствами из группы агонистов рецепторов 5-HT₁(Сумамигрен возможно применять по истечении 24 часов после лечения препаратами, содержащими эрготамин или его производными)
- тяжелая печеночная недостаточность
- эпилепсия
- детский и подростковый возраст до 18 лет
- беременность и период лактации
- возраст старше 65 лет

Лекарственные взаимодействия

Лекарственное средство не следует принимать с:

- препаратами, содержащими эрготамин и его производными (например, дигидроэрготамин или метисергид)
- ингибиторами моноаминоксидазы, которые снижают клиренс суматриптана (смотри: «Противопоказания»)
- селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, например: флуоксетином, флувоксамином, пароксетином, серталином (могут отмечаться слабость, повышенная возбудимость, отсутствие координации)
- травой зверобоя - возможно усиление серотонинергических эффектов
- моклобемидом - повышается его биодоступность

Если одновременное применение этих лекарственных средств необходимо, пациент должен оставаться под врачебным контролем.

Особые указания

Сумамигрен следует применять только в том случае, если диагноз мигрени не вызывает сомнения.

Сумамигрен не показан для применения у пациентов с гемиплегической, базиллярной и офтальмоплегической мигренью.

Сумамигрен не следует применять у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (например, пациенты с гипертензией, семейной гиперхолестеринемией, сахарным диабетом, курящие, тучные пациенты, женщины в постменопаузальном периоде, мужчины старше 40 лет) без предварительной оценки функционального состояния этой системы.

После приема Сумамигрен может наступить транзиторная боль и ощущение сдавливания грудной клетки и гор-

тани. Эти симптомы могут свидетельствовать об ишемической болезни сердца. В случае их наступления, рекомендуется отменить лекарственный препарат и провести соответствующие исследования.

Сумамигрен может вызвать кратковременное повышение давления крови и повышение периферического сосудистого сопротивления. Лекарственное средство следует очень осторожно применять у пациентов с гипертонической болезнью.

Сумамигрен следует осторожно применять при печеночной или почечной недостаточности, а также у больных с эпилепсией в анамнезе.

Сумамигрен не следует применять в случае наступления нетипичной головной боли, так как она может быть симптомом мозгового инсульта, кровотечения или транзиторной ишемии мозга. У пациентов с мигренью существует повышенный риск развития этих заболеваний.

Сумамигрен может вызвать анафилактические реакции, иногда угрожающие жизни, особенно у пациентов с аллергией в анамнезе.

Препарат содержит лактозы моногидрат, поэтому его не следует назначать пациентам с редкой наследственной непереносимостью галактозы, дефицитом лактазы типа Лаппа или синдромом мальабсорбции глюкозы-галактозы.

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

В период лечения препаратом Сумамигрен может развиться сонливость, поэтому необходимо предупредить пациента об опасности, связанной с управлением транспортных средств и обслуживанием механизмов.

Передозировка

Симптомы: усиление выраженности побочных эффектов. При передозировке необходимо отменить препарат.

Лечение: симптоматическое.

Форма выпуска и упаковка

По 2 или 6 таблеток помещают в контурную ячейковую упаковку из фольги алюминиевой.

По 1 (по 2 или 6 таблеток) контурной упаковке вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках помещают в картонную пачку.

Условия хранения

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

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок хранения

5 лет

Не применять препарат по истечении срока годности.

Условия отпуска из аптек

По рецепту

Наименование и страна организации-производителя/упаковщика

Фармацевтический завод «ПОЛЬФАРМА» АО, Польша

Наименование и страна владельца регистрационного удостоверения

АО «Химфарм», Республика Казахстан, г. Шымкент, ул. Рашидова, 81

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

АО «Химфарм», Республика Казахстан, г. Шымкент, ул. Рашидова, 81

Номер телефона +7 7252 (561342)

Номер факса +7 7252 (561342)

Адрес электронной почты infomed@santo.kz

Наименование, адрес организации на территории Республики Казахстан, ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства

АО «Химфарм», Республика Казахстан, г. Шымкент, ул. Рашидова, 81

Номер телефона +7 7252 (561342)

Номер факса +7 7252 (561342)

Адрес электронной почты infomed@santo.kz



Расслабьте свое тело!

Чувства, эмоции и мировоззрение влияют на физическое тело, здоровье и благополучие. Тело как зеркало отражает наше психоэмоциональное состояние. Каждый человек способен провести самодиагностику и выявить очаги мышечных напряжений и энергоблоков и устранить их. Одной из главных причин усиления мышечного напряжения у людей – это постоянное умственное и эмоциональное напряжение.

Как провести самодиагностику?

Немного теории. Дискомфорт и боль могут быть сигналами о внутренних переживаниях – тайных страхах, нерешенных вопросах. Хронические боли – симптомы стресса и эмоциональных проблем, особенно когда с физиологией все в порядке и видимых причин боли нет. Проведите самодиагностику. Поразмышляйте, ум и тело – единое целое, каждая черта характера человека имеет соответствующую ему физическую позу. Характер выражается в теле в виде мышечной ригидности (чрезмерное мышечное напряжение, от лат. *rigidus* – твер-

дый) или мускульного панциря. Хроническое напряжение блокирует энергетические потоки, лежащие в основе сильных эмоций.

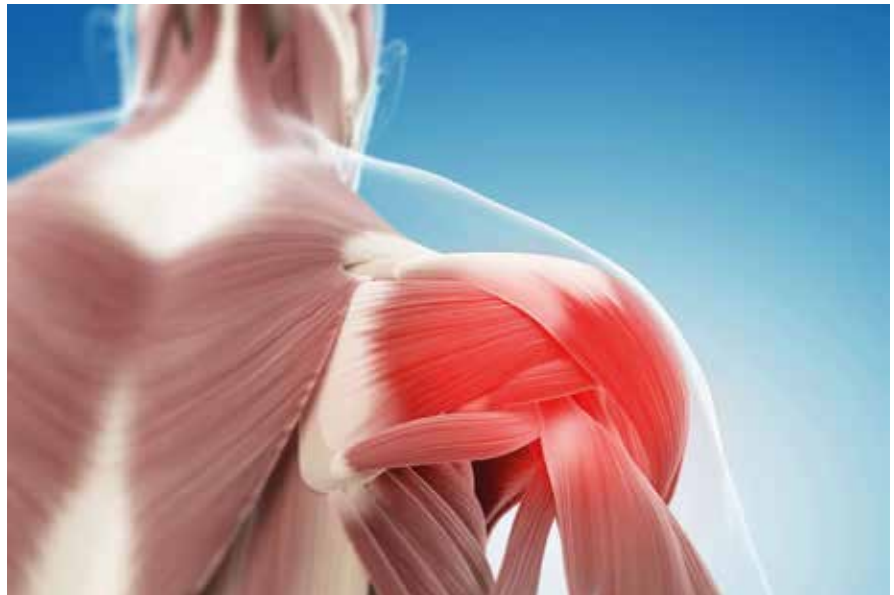
Заблокированные эмоции не могут быть выражены и образуют специфические сгустки воспоминаний с сильным эмоциональным зарядом одного и того же качества, которые содержат сконденсированные переживания и связанные с ними фантазии из разных периодов жизни человека. Устранение мышечного зажима освобождает значительную энергию, которая проявляется в виде чувства тепла или холода, покалывания, зуда или эмоционального подъема. Постоянная целезависимость – состояние современного человека. Навязанные идеалы материального благополучия и комфорта, условия их достижения, ориентация на конечный результат, а не на жизнь в настоящий момент – держат людей в постоянном напряжении.

Отсюда мышечные зажимы > спазм кровеносных сосудов > гипертония, остеохондроз, язвенная болезнь и многое другое. Всё остальное – причины вторичные. Функция мышечного панциря – защита от неудовольствия. Однако организм платит за эту защиту уменьшением своей способности к удовольствию. Мышечный панцирь образуется в семь условных сегментов, состоящих из мышц и органов. Эти сегменты располагаются в области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза.

Вот некоторые простые упражнения по устранению напряжения с определенных частей тела.

Расслабим глаза. Защитный панцирь проявляется в неподвижности лба и «пустом» выражении глаз, которые как бы смотрят из-за неподвижной маски. Распускание осуществляется раскрытием глаз так широко, как только возможно, чтобы задействовать веки и лоб; гимнастикой для глаз.

Рот. Этот сегмент включает группы мышц подбородка, горла и затылка. Челюсть может быть, как слишком сжатой, так и неестественно расслабленной. Сегмент удерживает выражение плача, крика, гнева.



Устранение мышечных зажимов достигается через:

- накопление в теле энергии;
- прямое воздействие на хронические мышечные блоки (массаж);
- выражение освобождаемых эмоций, которые при этом выявляются;
- спонтанные движения, танцотерапия, упражнения на расслабление, йога, цигун, холотропное дыхание и многое другое.

Снять мышечное напряжение можно путем имитации плача, движений губами, кусания, гримасничания и массажем мышц лба и лица.

Расслабленная шея. Включает глубокие мышцы шеи и язык. Мышечный блок удерживает в основном гнев, крик и плач. Прямое воздействие на мышцы в глубине шеи невозможно, поэтому устранить мышечный зажим позволяют крики, пение, рвотные движения, высовывание языка, наклоны и вращения головы и т.п.

Грудной отдел. Широкие мышцы груди, мышцы плеч, лопаток, грудная клетка и руки. Сдерживается смех, печаль, страстность. Сдерживание дыхания – средство подавления любой эмоции. Панцирь распускается работой над дыханием, в особенности осуществлением полного выдоха.

Диафрагма. Этот сегмент включает диафрагму, солнечное сплетение, внутренние органы, мышцы позвонков этого уровня. Панцирь выражается в выгнутости позвоночника вперед. Выдох оказывается труднее вдоха (как при бронхиальной астме). Мышечный блок удерживает сильный гнев. Нужно



в значительной степени распустить первые четыре сегмента, прежде чем перейти к распусканию этого.

Расслабленный живот. Мышцы живота и мышцы спины. Напряжение поясничных мышц связано со страхом нападения. Мышечные зажимы на боках связаны с подавлением злости, неприязни. Распускание панциря в этом сегменте сравнительно нетрудно, если верхние сегменты уже открыты.

Расслабленный таз. Последний сегмент включает все мышцы таза и нижних конечностей. Чем сильнее спазм мышц, тем более таз вытянут назад. Ягодичные мышцы напряжены и болезненны. Тазовый панцирь служит подавлению возбуждения, гнева, удовольствия.

Сектора мышечных зажимов

Зона шеи

Шея – очень важная область, своего рода и барьер, и мост между сознательным (голова) и бессознательным (тело). Рациональность, свойственная западной культуре, порой заставляет нас излишне полагаться на собственный разум. По данным исследований, изучавших, как люди воспринимают свое тело, размер головы во внутреннем представлении занимает в среднем 40–60% от размера тела (тогда как объективно, анатомически – около 12%). Такой «перекося» вызывается

ного барьера»: ощущения в теле существуют, и достаточно яркие, но они не интерпретируются, не выходят на уровень осознания. Для этой ситуации характерны различные боли психосоматического генеза, парестезии и пр., причин которых человек не понимает.

Горловая зона

Локализуется в области яремной выемки и связана с блокировкой эмоций. Здесь отражаются проблемы взаимодействия с другими людьми (коммуникации) или с самим собой (аутентичность). Такой блок может возникать, если человек попадает в ситуацию, когда

Середина грудинной кости

Эта область располагается за выступающей костью грудины, ниже яремной выемки, и в ней локализуется зона обиды. Субъективно ощущения здесь могут восприниматься как ком, шар, сгусток, «камень на сердце». При этом действительно происходит перегрузка канала перикарда, возникают сердечные расстройства. Для человека с такой проблемой характерно и специфическое выражение лица – выраженные носогубные складки, опущенные уголки губ – все это складывается в маску недоверия миру, обиды.

Центр груди

По восточной традиции, посередине груди на уровне сердца располагается сердечная чакра, анахата – средоточие любви и эмоциональной открытости миру. Если в жизни человека нет места любви, то возникает иное базовое чувство – тоска, которая вызывает тянущее, сосущее ощущение в этой области. Также клиенты могут описывать его как присутствие черствой, сжатой, холодной, темной «субстанции». Поражение этой зоны, как правило, связывается с масштабными психотравмами, полученными в детстве, – в первую очередь, с холодностью родителей, детской покинутостью и пр.

Диафрагмальная зона

Захватывает зону диафрагмальных мышц и эпигастральную область. В телесно-ориентированной терапии эта область связывается с блокировкой, запретом на выражение любых эмоций – как хороших, так и плохих. Также здесь коренятся страхи финансового неблагополучия и социальной дезадаптации. При работе с этой зоной может ощущаться втянутость даже при объемном животе. Напряжение здесь похоже на ощущение после удара «под дых» – дыхание становится менее глубоким, «замораживаются» эмоции, плач, смех. Защитной реакцией организма на образование зажима (что сопряжено с застоем крови, лимфы



избыточной мыслительной деятельностью, непрекращающейся «ментальной болтовней», дающей ощущение, что голова переполнена, и невозможно ни восстановиться, ни расслабиться. При этом генерируемые головой тексты «не доходят» до тела, а тело просто игнорируется сознанием – возникает ситуация «отдельности», своего рода «голова профессора Дюэля». В этом случае важно сфокусировать свое внимание на сигналах, подаваемых телом, чтобы мысли связались с ощущениями. Существует и обратный вариант «шей-

невозможно признаться себе самому в какой-то неприятной истине или сделать что-то, что грозит нарушить его идентичность («если я это сделаю – это буду не я»). Также в этой зоне отражается невозможность, запрет на осознание каких-то важных истин (то есть запрет на произнесение значимого текста или запрет на определенные действия: «если я это скажу/сделаю – это буду не я»). Длительно существующие проблемы в этой области грозят развитием заболеваний щитовидной железы, астмы, бронхолегочных нарушений.

и пр.) часто является образование жировой подушки. Также нередко возникают психосоматическая язва желудка, проблемы печени (в Китае печень считалась источником гнева), желчного пузыря. Зажим в диафрагмальной зоне характерен для людей, которые стремятся все контролировать, держать в себе. Для них типичны такие речевые обороты, как «я не могу себе это разрешить», «за все удовольствия надо платить» и т.п. Также такие люди стремятся постоянно обсуждать происходящее, генерировать умственные конструкции, видеть жизнь через призму схем.

Околопупочная зона

Это зона страха, которая соответствует так называемому «поясу Райха», включающему и проекцию почек. Китайцы называли почки «кладбищем эмоций» и источником холода.

Тазовый зажим

Со спины это область крестца, ягодиц, гребней подвздошных костей, спереди – низ живота и внутренние поверхности бедер. Тазовый зажим связан с заблокированной сексуальностью. Если в результате сексуальной жизни не происходит глубокой разрядки, дающей ощущение целостности, то наблюдается глубокая спастика, жир, застойные явления в области малого таза. При наличии тазового зажима многие техники работы с жировыми отложениями малорезультативны, поскольку, как уже говорилось, они образуются в качестве защитной реакции организма.



Сигналы тела

Голова

Любые головные боли возникают от чрезмерного напряжения. Это может быть озабоченность результатом, частые переживания по незначительным мелочам, постоянная спешка.

Выход: Каждый день оставляйте время для себя. Разрешайте себе расслабиться и не беспокойтесь о делах какое-то время. Отдыхайте и не корите себя за это. От этих «минут простоя» ваша продуктивность только возрастет. И голова болеть не будет.

Шея

Дискомфорт в области шеи символизирует груз обиды на окружающих, груз досады на собственное несовершенство. Шея болит, когда мы не можем простить кого-то или самого себя.

Выход: Пересмотрите свое отношение к себе и окружающим. Чаще всего люди не хотят вас обижать. А вы не обязаны соответствовать собственным строгим ожиданиям. Относитесь к миру легче и научитесь прощать. И еще важно чаще думать о вещах, которые вы любите.

Плечи

Боль в плечах говорит о том, что мы носим тяжелую эмоциональную нагрузку, находимся под большим эмоциональным давлением. Возможно, кто-то в нашем окружении давит на нас. Или мы не можем принять важное реше-

ние, и оно лежит на наших плечах тяжким бременем.

Выход: Попробуйте поделиться своими проблемами с близким другом. Вы почувствуете облегчение. Даже если вы просто выговоритесь, это уже поможет не нести этот вес в одиночку. А может быть, и откроет глаза на простое решение проблемы.

Верхняя часть спины

Боли в этой области говорят об отсутствии эмоциональной поддержки, о нехватке близких людей рядом. Когда мы подсознательно чувствуем себя нелюбимыми или недооцененными.

Выход: Больше общайтесь с разными людьми. Не закливайтесь на себе, будьте открыты и дружелюбны. Знакомьтесь, сходите на свидание. И главное, не подавляйте в себе чувство привязанности.

Нижняя часть спины

Если мы постоянно волнуемся о деньгах, у нас может ныть поясница. Возможно, собственная тайная зависть богатой жизни никак не дает покоя либо близкие постоянно заставляют переживать по поводу денег.

Выход: Не в деньгах счастье – как ни банально это звучит, но это так. А потому перестаньте беспокоиться – лучшие вещи в жизни бесплатны! И занимайтесь любимым делом. Дело, в которое вложена душа, принесет не только удовольствие, но и ощутимые дивиденды в будущем.

Локти

Боль в локтях указывает на недостаток гибкости, на слишком упорное нежелание идти на компромисс. Скорее всего, мы противимся каким-то важным изменениям в жизни. Или подсознательно боимся принять что-то новое.

Выход: Жизнь иногда может казаться слишком трудной и жесткой. Это только кажется. Возможно, вы просто все усложняете. Будьте гибче – не тратьте энергию на борьбу с тем, на что вы не в силах повлиять.

Руки

Руки болят у тех, кто давно и сильно нуждается в дружбе. У тех, кому не хватает расслабления и простого дружеского общения с другими людьми. Если у вас ноют кисти рук – это сигнал о том, что пора выходить из своего замкнутого мирка.

Выход: Попробуйте завести новых друзей. Пообедайте с коллегой. Сходите на стадион, на концерт – почувствуйте себя частью толпы. Смелее вступайте в беседы с новыми людьми, ведь заранее не угадать, где можно встретить настоящую дружбу.

Бедрa

Такие боли могут мучить людей, слишком цепляющихся за предсказуемость жизни и комфорт. Патологическая боязнь перемен, нежелание менять устоявшийся порядок вещей, постоянное сопротивление новому могут спровоцировать боль в бедрах.

Выход: Не сопротивляйтесь естественному течению жизни. Жизнь подвижна, изменчива, тем



и интересна. Воспринимайте перемены как захватывающие приключения. И не откладывайте на потом важные для себя решения.

Колени

Боль в коленях, вероятнее всего, является признаком сильно раздутого «я». Колени болят, когда мы слишком много думаем о себе и слишком мало о других, когда мы твердо и бескомпромиссно уверены, что мир вращается вокруг нас.

Выход: Оглянитесь вокруг – вы не одни на планете. Будьте внимательнее к окружающим. Выслушайте друга, помогите маме, подмените коллегу. Чаще помогайте людям. Можно заняться волонтерской деятельностью.

Голень

Боль в этой области – признак сильной эмоциональной перегрузки. Чувство собственности, любовные переживания, мучительная, ослепляющая ревность.

Выход: Нужно научиться доверять своей половинке. Расслабьтесь и перестаньте контролировать любимого человека, не накручивайте себя. И, возможно, пришло время отказаться от старых, изживших себя привязанностей.

Лодыжки

Боль в лодыжках означает, что мы часто забываем про себя. И откладываем себе в получении удовольствия. Может быть, работа занимает все наше время или мы слишком несерьезно относимся к своим желаниям, постоянно отодвигая их на второй план.

Выход: Пришло время начать себя баловать. Купите себе то, что хочется, дайте себе выспаться, попробуйте ту дорогущую вкусняшку. Забудьте на время о карьере и подумайте, например, о романтических отношениях. Или спланируйте путешествие своей мечты.

Ступни

Причина боли ступней, вероятно, в глубокой апатии. Как будто наше тело отказывается идти дальше, как будто мы боимся жизни и не видим смысла в движении вперед. Когда мы подсознательно думаем, что все плохо и жизнь не удалась, наши ступни болят.

Выход: Учитесь обращать внимание на маленькие радости жизни. На красоту окружающего мира и людей. Наслаждайтесь вкусами, запахами, ветром и солнцем. Заведите пушистого питомца или найдите интересное хобби. Наполните свою жизнь. Избегайте грустных воспоминаний и чаще улыбайтесь. Ищите радость в жизни каждый день.

Простой вывод: любите себя, прощайте себя, занимайтесь спортом, посещайте салоны красоты и массажные кабинеты. Относитесь внимательнее к окружающим и постарайтесь не держать на людей зла и обиды. Общайтесь, улыбайтесь и будьте здоровы!

Подготовила Ольга Шматова





Лечение ОРВИ и гриппа у детей дошкольного возраста препаратом Кагоцел®

Проведено клиническое слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование по изучению эффективности и безопасности индуктора интерферона Кагоцел® в качестве препарата для лечения ОРВИ и гриппа у детей в возрасте от 2-х до 6 лет. В исследование было включено 60 пациентов, из которых 30 вошли в испытываемую группу и 30 детей в группу сравнения. Показана эффективность противовирусного препарата Кагоцел® у лечившихся детей, выразившаяся в достоверном сокращении длительности интоксикационного синдрома, катаральных и воспалительных проявлений со стороны верхних дыхательных путей, в динамике обструктивного ларингита. Нежелательных явлений при применении Кагоцела не выявлено. Препарат Кагоцел® рекомендуется для лечения гриппа и ОРВИ у детей в возрасте от 2-х до 6 лет.

Ключевые слова: грипп, ОРВИ, дети дошкольного возраста, Кагоцел®, лечение.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – наиболее распространенные заболевания детского возраста. Удельный вес их в детской инфекционной патологии достигает 90% [1, 2, 3]. Максимальная заболеваемость ОРВИ у детей отмечается в возрасте от 6 мес. до 6 лет и составляет в среднем от 4 до 6 заболеваний в год. Особое внимание врачей направлено на часто болеющих детей, которые по данным различных авторов составляют от 14 до 80% детского населения [4].

Сложность профилактики и лечения ОРВИ связана со множеством вирусных агентов (более 200), вызывающих респираторные заболевания, из которых наиболее часто встречаются представители семейств: ортомиксовирусов, парамиксовирусов, коронавирусов, пикорновирусов, аденовирусов, герпесвирусов. В последние годы стали выявляться ранее неизвестные вирусные инфекции – бокавирусная – НВоV, метапневмовирусная – НМРV, коронавирусы – НсоV-НКУ1, NL63, грипп А – (H1N1) pdm09 [5, 6]. Специфическая профилактика гриппа имеет важное значение, но ограниченные возможности ввиду уникальной изменчивости вируса гриппа. Кроме того, вытеснение в результате специ-

фической иммунизации вирусов гриппа привело к росту заболеваемости как ранее известными (парагрипп, аденовирусная, РС-вирусная инфекция и др.), так и новыми вирусными инфекциями.

У детей раннего возраста с «незрелой» иммунной системой частые эпизоды ОРВИ и гриппа приводят к нарушениям функционального состояния организма и угнетению защитных иммунных механизмов, могут обуславливать срыв адаптации и вызывать развитие различных осложнений, что способствует формированию хронических заболеваний бронхолегочной системы и аллергической патологии, приводят к вторичной иммуносупрессии. Поэтому своевременное начатое лечение гриппа и ОРВИ позволяет избежать осложнений или уменьшить их тяжесть [4, 7].

Несмотря на определенные достижения в области фармакотерапии, до настоящего времени представляется актуальным решение проблемы оптимизации лечения острых респираторных инфекций у детей, в частности, с использо-

ванием препаратов, обладающих противовирусными и иммуномодулирующими свойствами. Таки-ми свойствами обладает противовирусный препарат Кагоцел®, применяемый для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ у детей в возрасте от 3 лет и старше [8, 9, 10, 11].

Основным механизмом действия Кагоцела является способность индуцировать продукцию интерферона. Кагоцел® вызывает в организме продукцию так называемого позднего интерферона, являющегося смесью α- и β-интерферонов, обладающих высокой противовирусной активностью. Интерфероновый ответ организма на введение Кагоцела характеризуется продолжительной (до 4–5 суток) циркуляцией интерферона в кровотоке, что очень удобно при применении препарата с целью профилактики ОРВИ – всего 2 дня в неделю. Особенностью применения препарата является и тот факт, что препарат показан при лечении ОРВИ и гриппа вплоть до 4-го дня от начала острой инфекции.

При проведении слепого, рандомизированного, плацебо-контролируемого клинического исследования по оценке эффективности и безопасности применения препарата Кагоцел® для лечения гриппа и других острых респираторных заболеваний у детей в возрасте от 2 до 6 лет было установлено, что препарат эффективен не только в отношении вируса гриппа, но и в отношении других респираторных вирусов. Всего под наблюдением в детском клиническом отделении респираторных инфекций НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН на базе клинической инфекционной больницы №1 г. Москвы находилось 60 больных с ОРВИ в возрасте от 2 до 6 лет включительно. Одной из задач исследования было установление этиологической структуры респираторных вирусных инфекций у наблюдавшихся детей с помощью метода ПЦР. У всех пациентов до назначения лечения проводился обязательный лабораторный контроль, включавший обнаружение специфических нуклеиновых кислот вирусов гриппа, парагриппа,

Таблица 1. Нозологические формы ОРВИ в обследуемых группах больных

Нозологическая форма	Группа детей, получавших Кагоцел® (n=30)	Группа детей, получавших плацебо (n=30)
	число больных	число больных
Грипп	10	8
Парагрипп	1	–
РС-вирусная инфекция	2	–
Бокавирусная инфекция	2	4
Метапневмовирусная инфекция	1	4
ОРВИ (недифференцированная)	1	–
Микст-инфекция:		
Грипп + РСВ-инфекция	1	1
Парагрипп + аденовирусная инфекция	–	1
РСВ-инфекция + аденовирусная инфекция	2	2
Парагрипп + РСВ-инфекция	1	–
Грипп + аденовирусная инфекция	3	–
Бокавирусная инфекция + риновирусная инфекция	1	1
Бокавирусная + РС-вирусная инфекции	3	3
РС-вирусная + риновирусная инфекции	1	2
РС-вирусная + метапневмовирусная инфекции	–	3
Парагрипп + метапневмовирусная инфекции	–	1
Аденовирусная + метапневмовирусная инфекции	1	–

аденовирусов, респираторно-синцитиального вируса, риновирусов, бокавирусов, метапневмовирусов и коронавирусов методом полимеразной цепной реакции в клетках слизистой оболочки носоглотки. В результате проведенного исследования были выявлены специфические нуклеиновые кислоты (ДНК или РНК) у 59 больных из 60 обследовавшихся (98,3%). Обнаруженные маркеры генома респираторных вирусов принадлежали к 7 нозологическим формам, которые представлены в таблице 1. Обращает на себя внимание большое количество микст-инфекций: они были выявлены у 27 больных (45,0%). Микст-инфекция была представлена двойной вирусной инфекцией. В роли сочетающихся инфекций чаще определялись РС-вирусная, аденовирусная и бокавирусная инфекции. Как видно из таблицы, у наблюдавшихся больных преобладал грипп, диагностированный в виде моноинфекции у

18 пациентов (30%) и в ассоциации с другими инфекциями – у 5 больных (8,3%). Этиологическая структура ОРВИ в обеих группах была вполне сопоставима.

Среди наблюдавшихся пациентов выделялись больные с гриппом, у которых преобладали симптомы интоксикации, гипертермия – до 39–40°C (100%), сопровождавшаяся ознобом и другими проявлениями интоксикации. У 2-х больных методом ПЦР был идентифицирован пандемический вирус гриппа А (H1N1)pdm09. Начало заболевания было острым, отмечалась гипертермия (до 39,8°C). Необходимо отметить, что исследование проводилось во время эпидемического подъема заболеваемости гриппом. РС-вирусная инфекция характеризовалась выраженными симптомами бронхообструкции на фоне умеренных симптомов интоксикации, сухого навязчивого кашля, одышкой экспираторного характера. У больных с аденовирусной

инфекцией ведущими симптомами были явления фаринготонзиллита, ринита, аденоидита и у части больных – конъюнктивита. Особенностью парагриппозной инфекции являлись ларингит и стеноз гортани различной степени тяжести. Обращает на себя внимание довольно высокий процент выявления бокавирусной инфекции – 16,7% в испытуемой группе и 26,7% в группе сравнения. В клинической картине бокавирусной инфекции преобладало острое начало с лихорадки и развитием бронхообструктивного синдрома. И как было отмечено выше, микст-инфекции выявлена у 45% больных.

Особенностью наблюдавшихся больных явилось то, что у подавляющего большинства из них ОРВИ протекало с ларингитом, нередко сопровождавшимся развитием стеноза гортани. У отдельных больных выявлялся бронхит с обструктивным синдромом. Эти осложнения рассматривались

Таблица 2. Влияние Кагоцела у детей на длительность клинических проявлений ОРВИ, протекающих с ларингитом или бронхитом

Клинические проявления	Испытуемая группа (n=30)			Группа сравнения (n=30)		
	абс.	%	длительность в днях (M±m)	абс.	%	длительность в днях (M±m)
Лихорадка	30	100,0	1,9±0,24 ^x	30	100,0	2,83±0,34
Вялость	21	70,0	1,6±0,29 ^x	28	93,3	2,45±0,30
Ринит	17	56,7	3,76±0,68	14	46,7	5,0±1,33
Кашель	29	96,7	4,1±0,49 ^x	27	90,0	5,79±0,54
Охриплость голоса	22	73,3	2,3±0,49	21	70,0	3,4±0,74
Гиперемия ротоглотки	30	100,0	4,0±0,43 ^x	30	100,0	5,44±0,52
Обструктивный ларингит: Стеноз гортани 1 ст.	16	53,3	1,56±0,27 ^x	18	60,0	2,39±0,29
Стеноз гортани 2 ст.	3	10,0	2,3±0,37	3	10,0	3,0±1,7
Бронхообструктивный синдром: 1 степени	1	3,3	2,0±0,36	2	6,7	3,5±2,4
2 степени	4	13,3	1,8±0,9	2	6,7	3,0±2,1
Хрипы в легких: сухие	12	40,0	3,5±1,01	8	26,7	3,75±1,3
Длительность госпитализации, койко/день	5,2±0,98			6,1±1,0		

Примечание: ^x – данные достоверно отличаются от контрольной группы (p<0,05).

нами как проявление вирусной инфекции.

Ларингит наблюдался у 51 (85%) больного и у 40 (66,7%) из них со стенозом гортани. Обструктивный ларингит у подавляющего большинства больных протекал в компенсированной форме и диагностировался примерно с одинаковой частотой в обеих группах больных. Первыми признаками его были: появление беспокойства, охриплости голоса, грубого лающего кашля, затрудненного дыхания. У большинства больных обструктивный ларингит возник уже в первые сутки от начала заболевания. Бронхит с обструктивным синдромом был диагностирован у 9 (15%) больных, в том числе в испытываемой группе – у 5 (8,3%) и в группе сравнения – у 4-х (6,7%) пациентов. Лакунарная ангина, как осложнение ОРВИ, диагностировалась по существу с равной частотой как в испытываемой группе у 3 (10%) больных, так и в группе сравнения у 3 (10%) больных. У отдельных больных диагностировались бронхит, пневмония, инфекция мочевыводящих путей.

Детям испытываемой группы назначался Кагоцел® по схеме: по 1 таблетке 2 раза в день в течение первых 2-х дней, затем по 1 таблетке 1 раз в день еще 2 дня. Соответственно, в группе сравнения дети получали плацебо по такой же схеме. Препарат Кагоцел® и плацебо назначали на фоне базисной общепринятой терапии. Антибактериальная терапия при отсутствии бактериальных осложнений не применялась. Сопоставляя длительность основных симптомов заболевания в сравниваемых группах, можно отметить, что у детей, лечившихся Кагоцелом, достоверно быстрее исчезали признаки интоксикации (таблица 2). Одним из симптомов, характеризующих интоксикацию, является лихорадка. Последняя была существенно короче у больных, получавших Кагоцел® ($p < 0,05$). Применение Кагоцела привело к сокращению длительности катарального и воспалительного синдрома со стороны

верхних дыхательных путей. У пациентов, получавших Кагоцел®, продолжительность кашля и гиперемии ротоглотки была существенно короче, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Кагоцел® оказывал влияние на купирование синдрома крупа. Признаки стеноза гортани 1 степени быстрее ликвидировались у больных испытываемой группы по сравнению с пациентами группы сравнения ($p < 0,05$).

Анализ проведенных клинических наблюдений показал, что ни в одном случае не было зарегистрировано побочных нежелательных явлений – ни токсических, ни аллергических – связанных с применением Кагоцела. Это свидетельствует о хорошей переносимости Кагоцела детьми данной возрастной группы.

Таким образом, в результате проведенного клинического исследования установлено, что применение Кагоцела в терапии у детей 2–6 лет с гриппом и другими

ОРВИ, в том числе протекающих с обструктивным ларингитом или другими осложнениями (бронхо-обструктивный синдром, лакунарная ангина, пневмония, инфекция мочевыводящих путей), было эффективным, что выразилось в достоверном сокращении длительности интоксикационного синдрома, катарального и воспалительного синдрома со стороны верхних дыхательных путей. Применение Кагоцела, таблетки 12 мг, у детей в возрасте 2–6 лет с гриппом и ОРВИ является безопасным. Нежелательных явлений, токсических и аллергических свойств препарата при его применении не выявлено.

Кагоцел® рекомендуется для лечения детей 2–6 лет с гриппом и ОРВИ, в том числе с осложненными формами и независимо от их этиологии. Препарат назначается по схеме: по 1 таблетке 2 раза в день в первые 2 дня и по 1 таблетке 1 раз в день – на 3–4-й день лечения. На курс лечения необходимо 6 таблеток Кагоцела.

Список литературы

1. Покровский В.И. Инфекционная патология: вчера, сегодня, завтра. // Журнал «Профилактика, диагностика и фармакотерапия некоторых инфекционных заболеваний». – М. – 2002. – С. 7–17.
2. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным заболеваниям у детей. – М., Гэотар. Медицина, 1998. – 700 с.
3. Заплатников А.Л. Принципы рациональной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста. // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12. – №13.
4. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Consilium medicum. Педиатрия. – 2004. – Приложение №3. – С. 3–7.
5. Горелов А.В., Швеца Е.Ю., Евсеева Е.Л., Катер Е.В. Новые острые респираторные вирусные инфекции у детей. // Тезисы докладов VII научно-практической конференции «Инфекционные болезни и антимикробные средства». – М., 2009. – С. 16–17.
6. Вартамян Р.В., Швецова Ю.В., Бунин С.В. и др. Бокавирусная инфекция у детей раннего возраста. // Детские инфекции. – 2010. – №3. – С. 10–14.
7. Профилактика и лечение острых респираторных заболеваний у детей // Пособие для врачей на основе научно-практической программы Союза педиатров России. – М., 2004.
8. Малышев Н.А., Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Ершов Ф.И. Современные подходы к повышению эффективности терапии и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. // Consilium Medicum. – 2006. – Т. 7. – №10. – С. 6–11.
9. Кареткина Г.Н. Грипп и ОРВИ: рациональная профилактика и лечение // Поликлиника. – 2011. – (4). – С. 48–50.
10. Елкина Т.Н., Пирожкова Н.И., Грибанова О.А., Лиханова М.Г. Комплексная терапия острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста на педиатрическом участке. // Лечащий Врач. – 2014. – (2). – С. 86–89.
11. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В., Сергеева Э.М., Нестеренко В.Г. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. – 2012. – 1 (9). – С. 81–89.

Кагоцел®

инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата

УТВЕРЖДЕНА Приказом
председателя Комитета контроля
медицинской и фармацевтической
деятельности МЗ РК
от 16.02.2016 г. №100

Торговое название Кагоцел®

Международное непатентованное название Нет

Лекарственная форма Таблетки, 12 мг

Состав 1 таблетка содержит:
активное вещество: кагоцел® (в пересчете на сухое вещество) 12,00 мг,
вспомогательные вещества: крахмал картофельный, кальция стеарат, Лудипресс (состав: лактозы моногидрат, повидон (Коллидон 30), кросповидон (Коллидон CL)) до получения таблетки массой 100 мг.

Описание Таблетки от кремового до кирпичного цвета круглые двояковыпуклые с вкраплениями.

Фармакотерапевтическая группа Противовирусные препараты прямого действия. Противовирусные препараты прочие. Код АТХ J05AX.

Фармакологические свойства

Фармакодинамика Основным механизмом действия Кагоцела® является способность индуцировать продукцию интерферона. Кагоцел® вызывает образование в организме человека так называемого позднего интерферона, являющегося смесью α- и β-интерферонов, обладающих высокой противовирусной активностью. Кагоцел® вызывает продукцию интерферона практически во всех популяциях клеток, принимающих участие в противовирусном ответе организма: Т- и В-лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах, фибробластах, эндотелиальных клетках. При приеме внутрь одной дозы Кагоцела® титр интерферона в сыворотке крови достигает максимальных значений через 48 часов. Интерфероновый ответ организма на введение Кагоцела® характеризуется продолжительной (до 4–5 суток) циркуляцией интерферона в кровотоке. Динамика накопления интерферона в кишечнике при приеме внутрь Кагоцела® не совпадает с динамикой титров циркулирующего интерферона. В сыворотке крови продукция интерферона достигает высоких значений лишь через 48 часов после приема Кагоцела®, в то время как в кишечнике максимум продукции интерферона отмечается уже через 4 часа. Кагоцел®, при назначении в терапевтических дозах, нетоксичен, не накапливается в организме. Препарат не обладает мутагенными и тератогенными свойствами, не канцерогенен и не обладает эмбриотоксическим действием.

Наибольшая эффективность при лечении Кагоцелом® достигается при его назначении не позднее 4-го дня от начала острой инфекции. В профилактических целях препарат может применяться в любые сроки, в том числе и непосредственно после контакта с возбудителем инфекции.

Фармакокинетика Через 24 часа после введения в организм Кагоцел® накаплива-

ется, в основном, в печени, в меньшей степени в легких, тимусе, селезенке, почках, лимфоузлах. Низкая концентрация отмечается в жировой ткани, сердце, мышцах, семенниках, мозге, плазме крови. Низкое содержание Кагоцела® в головном мозге объясняется высокой молекулярной массой препарата, затрудняющей его проникновение через гематоэнцефалический барьер. В плазме крови препарат находится преимущественно в связанном виде.

При ежедневном многократном введении Кагоцела® объем распределения колеблется в широких пределах во всех исследованных органах. Особенно выражено накопление препарата в селезенке и лимфатических узлах. При приеме внутрь в общий кровоток попадает около 20% введенной дозы препарата. Всосавшийся препарат циркулирует в крови, в основном, в связанной с макромолекулами форме: с липидами – 47%, с белками – 37%. Несвязанная часть препарата составляет около 16%.

Выведение: из организма препарат выводится, в основном, через кишечник: через 7 суток после введения из организма выводится 88% введенной дозы, в том числе 90% – через кишечник и 10% – почками. В выдыхаемом воздухе препарат не обнаружен.

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

Способ применения и дозы Для приема внутрь.

Для лечения гриппа и ОРВИ взрослым назначают в первые два дня – по 2 таблетки 3 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 3 раза в день. Всего на курс – 18 таблеток, длительность курса – 4 дня. Профилактика гриппа и ОРВИ у взрослых проводится 7-дневными циклами: два дня – по 2 таблетки 1 раз в день, 5 дней перерыв, затем цикл повторить. Длительность профилактического курса – от одной недели до нескольких месяцев.

Для лечения герпеса у взрослых назначают по 2 таблетки 3 раза в день в течение 5 дней. Всего на курс – 30 таблеток, длительность курса – 5 дней.

Для лечения гриппа и ОРВИ детям в возрасте от 3 до 6 лет назначают в первые два дня – по 1 таблетке 2 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 1 раз в день. Всего на курс – 6 таблеток, длительность курса – 4 дня. Для лечения гриппа и ОРВИ детям в возрасте от 6 лет назначают в первые два дня – по 1 таблетке 3 раза в день, в последующие два дня – по 1 таблетке 2 раза в день. Всего на курс – 10 таблеток, длительность курса – 4 дня.

Профилактика гриппа и ОРВИ у детей в возрасте от 3 лет проводится 7-дневными циклами: два дня – по 1 таблетке 1 раз в день, 5 дней перерыв, затем цикл повторить. Длительность профилактического курса – от одной недели до нескольких месяцев.

Побочные эффекты Возможно развитие аллергических реакций.

Если любые из указанных в инструкции побочных эффектов усугубляются, или Вы заметили любые другие побочные эффекты,

не указанные в инструкции, сообщите об этом врачу.

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

Лекарственные взаимодействия Кагоцел® хорошо сочетается с другими противовирусными препаратами, иммуномодуляторами и антибиотиками (аддитивный эффект).

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

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

Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами Влияние препарата на способность к управлению транспортными средствами, механизмами не изучено.

Передозировка В настоящее время о случаях передозировки препарата Кагоцел® не сообщалось.

Форма выпуска и упаковка По 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку из пленки ПВХ/ ПВДХ (поливинилхлоридной/ поливинилиденхлоридной-PVC/ PVDC) (ЕФ, ФСША) и фольги алюминиевой с термосвариваемым покрытием по ТУ 9570-001-63543701-11, ГОСТ 745-2003 или импортной аналогичного качества.

1 контурную упаковку вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона коробочного для потребительской тары марки А или типа хром-эраза по ГОСТ 7933-89 или импортного аналогичного качества. Пачки помещают в групповую упаковку.

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

Срок хранения 2 года. По истечению срока годности, указанного на упаковке, препарат не должен применяться.

Условия отпуска из аптек Без рецепта.

Производитель ООО «Хемофарм», Россия, 249030, Калужская область, г. Обнинск, Киевское шоссе, д. 62
Телефон: +7 (48439) 90-500,
Факс: +7 (48439) 90-525.

Владелец регистрационного удостоверения ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия

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

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Россия, 125252, г. Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12, Телефон/факс: +7 (495) 741-49-89, Электронная почта: safety@nearmedic.ru

Новые подходы к профилактике сердечно-сосудистых катастроф. **Антитромботическая эффективность и безопасность Годасала[®]: оптимальное сочетание ацетилсалициловой кислоты и глицина**

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

Тромбозы или тромботический синдром – сложные патологические состояния, при которых внутри сосудов (артерий или вен) или полостей сердца в результате свертывания крови образуются сгустки крови или тромбы [1]. В обычных условиях в организме активно функционирует целая система механизмов, обеспечивающих сохранение жидкого состояния крови, предупреждение и остановку кровотечений, а также целостности кровеносных сосудов – система гемостаза. В системе гемостаза принимают участие факторы свёртывающей (коагуляционной), противосвертывающей (антикоагулянтной) и фибринолитической систем крови. Изменение функционального состояния одной из систем сопровождается компенсаторными сдвигами в деятельности другой [2].

Процесс свертывания или коагуляции крови совершается в виде каскадной реакции при последовательной активации белков-предшественников, или факторов свертывания, находящихся в крови или тканях. 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. Возникший тромб со временем увеличивается и изменяет движение крови в сосуде. Помимо системы свертывания, существует и противосвертывающая система крови, которая обеспечивает регуляцию гемостаза – жидкого состояния крови в сосудистом русле в нормальных условиях. Следовательно, тромбоз представляет собой проявление нарушенной регуляции системы гемостаза.

Причину образования тромбов еще в 1865 году определил великий ученый Р. Вирхов (R. Virchow) как «тромботическую триаду» или триаду Вирхова – замедление кровотока (стаз), травма сосудистой стенки (повреждение эндо-

теля) и изменение реологических свойств крови (состояние гиперкоагуляции – наличие повышенной склонности крови к свертыванию). Большое 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 [3].

В настоящее время многие механизмы формирования тромбов уточнены. Так, тромбы артерий связаны со стенкой сосудов и могут в определенной степени перекрывать (обтурировать) ее просвет. При полном закрытии просвета артерии тромбом наступает острая ишемия и развивается инфаркт или омертвление той части органа, которая полностью лишилась доступа крови. При постепенной обтурации сосуда успевают образоваться коллатеральное кровообращение, что в какой-то степени может ограничить размеры ишемии органа и ее степень. Актуальной особенностью тромбов (артериальных, внутрисердечных и особенно часто венозных) является их способность перемещаться по сосудистому руслу или эмболировать, что приводит в итоге к ишемии и формированию различных расстройств какого-либо удаленного органа.

Именно от тромбозов ежегодно погибает четверо из 1000 человек, при этом трое из них умирают от артериальных тромбозов, которые приводят к острой ишемии жизненно-важных органов. Артериальный тромбоз выявляется в 95-97% случаев у больных с крупноочаговым инфарктом миокарда и в 85-90% случаев при нарушениях мозгового кровообращения. От тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), развивающейся на фоне венозного тромбоза, ежегодно из каждой тысячи населения планеты погибает один человек. По данным некоторых авторов, ежегодная частота смертей, связанных с легочной эмболией, в США, возможно,

превышает соответствующие показатели, связанные с инфарктом миокарда и инсультом [4].

Важно помнить, что ТЭО часто называют «молчащей эпидемией» – клинические признаки внутрисосудистого образования тромбов проявляются внезапно на фоне относительного благополучия и стремительно ухудшают состояние пациентов. В течение первых 25-30 минут от начала проявления болезни при впервые возникшем артериальном тромбозе почти в 30% случаев наступает гибель человека [5]. При массивной ТЭЛА, развившейся в результате тромбоза вен, почти 50% больных умирают в течение 30 минут от момента ее возникновения. Поэтому огромное внимание специалистами всего мира уделяется изучению причин формирования тромбов и способствующих этому факторов, что позволит не только выбрать эффективную тактику лечения ТЭО, но и определить возможные пути профилактики этих жизнеугрожающих состояний [6].

Использование фармакологических средств с целью профилактики тромбозов отражено в согласительных документах [7]. Антикоагулянтная терапия предполагает использование антиагрегантов или непрямым антикоагулянтов. Антиагрегантные препараты – ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрел. Мета-анализ 287 рандомизированных клинических исследований, в которых приняли участие более 212 000 пациентов, убедительно продемонстрировал, что назначение антиагрегантов, прежде всего больным ИБС, достоверно снижает (на 22%) частоту развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений: инфарктов миокарда и мозга и общей сердечно-сосудистой смертности [8].

В основе антиагрегантного свойства АСК лежит необратимое ингибирование ЦОГ-1 – уменьшение образования из арахидоновой кислоты циклических эндопериксидов ПГ₂ и ПГН₂, которые служат предшественниками тромбоксана А₂ (ТХА₂). ТХА₂ – один из основ-

ных индукторов агрегации и мощный вазоконстриктор, высвобождающийся из тромбоцитов при их активации. Блокада синтеза тромбоксана А₂ под действием АСК сохраняется на протяжении всего периода жизни тромбоцита (в течение 7-10 дней).

Антиагрегационный эффект АСК – дозозависимый. Использование малых доз для действия аспирина оптимально, поскольку при достаточной блокаде синтеза ТХА₂ в наименьшей степени угнетается синтез ПП₂ – важнейшего антиагреганта и вазодилатора. В последние несколько лет активно обсуждаются другие механизмы действия АСК, обнаруженные в экспериментальных и клинических исследованиях. Такие гемостатические эффекты АСК, как усиление фибринолиза и снижение свертывания крови не связаны с подавлением синтеза ТХА₂ [9].

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 пламиногена, вызывающих их растворение.

Доказательная база применения АСК в настоящее время одна из наиболее 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 смертность 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) [10].

По данным мета-анализа Antithrombotic Trialists' Collaboration, была доказана эффективность

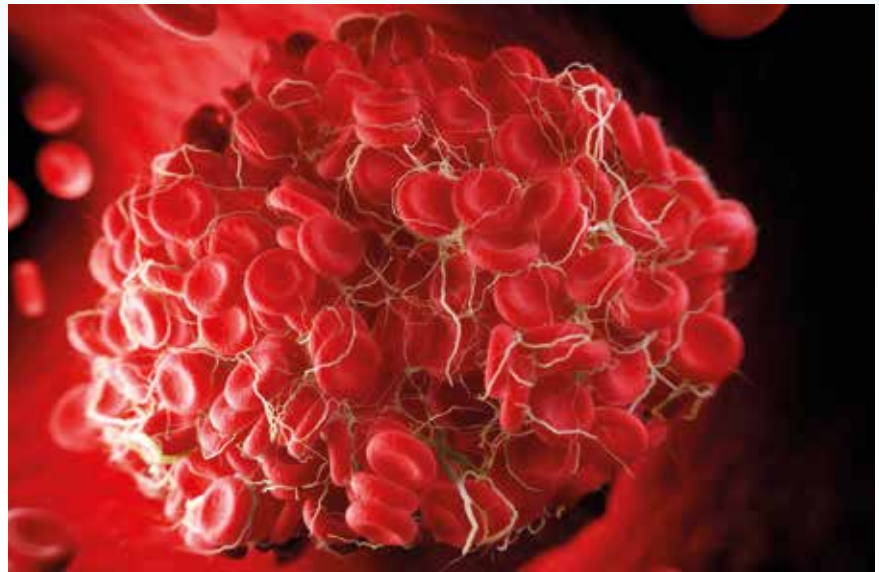
анти тромботической терапии у больных сахарным диабетом с клиническими формами КБС, цереброваскулярных заболеваний и другими формами атеротромботического заболевания. Подробный анализ данных 4500 пациентов с СД установил, что применение анти тромбоцитарных препаратов (в основном, АСК) приводит к 25% значительному снижению риска сердечно-сосудистых событий. Наконец, необходимо отметить, что имеются данные относительно достоверной пользы применения АСК в профилактике раковых заболеваний желудочно-кишечного тракта, в первую очередь, колоректального рака, и согласно рекомендации Целевой группы по профилактическому сервису США (USPSTF) United States Preventive Services Task Force (USPSTF), АСК рекомендован для профилактики колоректального рака, помимо профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [11].

Следовательно, АСК – идеальный анти тромботический препарат для широкого круга пациентов. АСК снижает частоту ИМ и/или смерти у больных стабильной стенокардией, нестабильной стенокардией, ИМ с подъемом и без подъема сегмента ST, после чрескожных вмешательств и аорто-коронарного шунтирования, у больных с цереброваскулярной болезнью, а также у лиц с множественными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и ТЭО.

АСК как средство первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и ТЭО назначается специалистами для длительного применения один раз в день во всех клинических случаях, когда польза анти тромбоцитарной профилактики перевешивает возможный риск, прежде всего риск ЖКК.

Возможные механизмы развития желудочно-кишечных осложнений на фоне применения АСК широко известны и достаточно хорошо изучены. Согласно данным, развитие АСК-индуцированной

гастропатии, прежде всего, связывается с влиянием АСК на метаболизм циклооксигеназы-1. Установлено, что блокада активности циклооксигеназы подавляет процесс синтеза гастропротекторных простагландинов из арахидоновой кислоты, что, в конечном счете, ведет к снижению продукции слизи и бикарбонатов, нарушению кровотока в слизистой оболочке,



повышению адгезии и активации лейкоцитов и ряду других процессов, нежелательных с точки зрения гастроинтестинальной безопасности. В свою очередь эти события вызывают микроциркуляторные нарушения и высвобождение свободных радикалов, что ведет к повреждению слизистой желудка под действием АСК [12].

Дополнительный повреждающий эффект также связан с местным воздействием АСК на клетки слизистой оболочки, что способствует обратной диффузии ионов H^+ и возбуждению болевых рецепторов стенки желудка [13]. Самым опасным проявлением АСК-индуцированной гастропатии является гастроинтестинальное кровотечение, которое развивается с частотой 0,6-1% в год и увеличивается на фоне двойной или тройной анти тромботической терапии. В то же время возможно уменьшение частоты АСК-индуцированной гастропатии при использовании АСК в низких дозах до 81 мг в сутки. Не-

смотря на снижение дозы АСК, у некоторых пациентов на фоне приема АСК наблюдается диспепсия, которая отражается на качестве жизни пациента и приверженности пациентов к лечению. Установлено, что симптомы диспепсии (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, боли и дискомфорт в эпигастрии) возникают у 25-40% пациентов, принимающих АСК, и в 5-10% случаев

является причиной самостоятельной отмены препарата [14]. В связи с этим всегда возникает вопрос как же улучшить переносимость и увеличить приверженность к лечению АСК?

Для профилактики желудочно-кишечных осложнений рекомендуют использовать АСК в кишечнорастворимой оболочке, которая предотвращает повреждение слизистой желудка. Кишечно-растворимая оболочка делает АСК более безопасным для желудка. Однако все равно стоит помнить, что перед назначением необходимо ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению ацетилсалициловой кислоты, так как проблема развития НПВП-гастропатий остается актуальной во всем мире.

В последние годы АСК стали применять в медицине в сочетании с аминокислотами, в первую очередь с глицином (Годасал®). Являясь составными элементами белков и других эндогенных соединений, аминокислоты имеют большое

функциональное значение. Часть аминокислот (аланин, аспарагин, аспарагиновая кислота, глицин, глутаминовая кислота, пролин, серин, тирозин, цистеин) синтезируется в организме. Это так называемые заменимые аминокислоты. Другие, относящиеся к незаменимым (валин, лейцин, изолейцин, лизин, метионин, треонин, триптофан, фенилаланин, аргинин, гистидин), организмом не вырабатываются, но необходимы для его нормального функционирования и поэтому они должны поступать с пищей.

Аминокислоты выполняют жизненно важную для организма роль «строительного материала» в биосинтезе специфических тканевых белков, ферментов, пептидных гормонов, эндофинов и энкефалинов, катехоламинов и других эндогенных аминов, вазо- и нейроактивных эндогенных субстанций, пуринов и пиримидинов, витаминов и т. д. Роль аминокислот, как незаменимых субстратов в метаболических процессах, неразрывно связана с другой не менее важной их функцией – регуляторов многих биохимических и физиологических реакций: пластического и энергетического обмена в гепатоцитах, скелетных мышцах, миокарде, мозге; глюконеогенеза в печени, трансаминирования в азотистом обмене, обезвреживания промежуточных токсических продуктов обмена, прежде всего аммиака в реакциях дезаминирования. Последние десятилетия аминокислоты широко используются в современной фармакологии.

Заменимая аминокислота глицин является естественным тормозящим нейромедиатором, она обладает способностью связывать альдегиды и кетоны и уменьшать выраженность оксидантного стресса и участвует в метаболических процессах в центральной нервной системе. Сочетание АСК и глицина (Годасал®) оказывает противовоспалительное, анальгетическое, антиагрегантное (АСК)

и седативное (глицин) действие. Кроме того, глицин улучшает метаболические процессы в тканях мозга [15].

Анализ комбинации АСК и глицина в литературе показал, что подобная комбинация является самой распространенной по сравнению с комбинациями АСК и гидроксида магния. Лекарственная форма АСК в комбинации с глицином зарегистрирована во многих развитых странах Европы и США. Доказано, что добавление глицина к АСК улучшает желудочную абсорбцию АСК. Сравнительная оценка растворимости АСК в воде и в растворе глицина с помощью техники с математическим расчетами переднего профиля хроматограмм показала, что АСК более лучше и быстрее растворяется в растворе глицина, чем в воде. При этом глицин адсорбирует значительное количество кристаллов АСК и окружает их тонкой пленкой, что, в конечном счете, способствует более легкому продвижению таблетки, препятствуя прилипанию АСК к мембранам клеток слизистой оболочки. Это, в свою очередь, повышает растворимость и ускоряет всасывание АСК (что уменьшает время контакта препарата со стенкой желудка), а также проявляет эффекты рН-буфера, что в комплексе способствует защите слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе, при его длительном применении. При этом глицин не влияет на фармакокинетику АСК и его основного метаболита – салициловой кислоты и не снижает способность препарата блокировать агрегацию тромбоцитов [16]. В результате получается таблетка (Годасал®) с улучшенными органолептическими свойствами (с более приятным запахом и вкусом), которую можно принимать как традиционным способом (глотаю и запивая водой), так и рассасывая в полости рта или разжевывая без воды. Лучшая переносимость комбинации глицин+АСК по сравнению

с приемом стандартной таблетки АСК была продемонстрирована в нескольких сравнительных исследованиях, включавших как здоровых волонтеров, так и пациентов с различными ССЗ [17, 18].

Возможность улучшения долгосрочной переносимости АСК путем добавления глицина доказана в специальном исследовании, разработанном в соответствии с действующими нормативными требованиями и рекомендациями в Германии [19]. Это было неинтервенционное исследование в условиях реальной клинической практики в амбулаторных условиях с участием 1135 больных (42% мужчин, 58% составили женщины). Средний возраст больных колебался от 12 до 97 лет. Из общего количества участвовавших в данном исследовании 742 (65,4%) больных принимали антитромбоцитарные препараты до включения в данное исследование. Из этого числа 82,8% больных принимали АСК, 10,1% принимали клопидогрел и 8,6% больных получали тиклопидин. В то же время 392 (34,5%) не получали никакого профилактического лечения с помощью антитромбоцитарных препаратов. До начала исследования проводился специальный опрос пациентов для оценки переносимости ранее принимавшихся антитромбоцитарных препаратов. Среди пациентов, принимавших препараты АСК до начала исследования, от 55% до 65% испытывали желудочно-кишечные проблемы на фоне лечения. При этом у 5,4%-8,5% больных эти симптомы описывались как «постоянные». 87,5% пациентов получали АСК-Глицин в дозе 100 мг один раз в день, 5,7% получили 300 мг один раз в сутки. Остальным 6,8% пациентам были назначены другие режимы дозирования. 75,5% принимали АСК-Глицин внутрь традиционно с водой, 21,5% принимали с помощью жевания или сосания таблеток. Период лечения комбинации глицин+АСК колебался от 10 до 100 дней, в среднем, 42,6±17,8 дней.

Результаты проведенного сравнительного исследования комбинированной формы Глицина с АСК показали улучшение гастро-интестинальной переносимости по сравнению с обычной формой АСК, что выражалось увеличением до 2 раз числа пациентов без желудочно-кишечных жалоб до 60,6%. При этом средний процент пациентов, которые жаловались на любые желудочно-кишечные симптомы, как «постоянные», снизился с 8,5% до 0,5%. Переносимость комбинации глицина и АСК пациенты оценивали, как «хорошую» или «отличную» 98% пациентов и 98,6% врачей [19,20].

Применение Годасал® (АСК+Глицин) в дозе 100 мг в форме комбинированных таблеток позволяет сохранить ее фармакологический профиль, обеспечивающий антиагрегантную активность в целях [21]:

- систематической профилактики тромбообразования при ишемической болезни сердца;
- профилактики повторных инфарктов, ишемического инсульта, преходящего нарушения мозгового кровообращения;
- профилактика тромбоэмболии после операций и инвазивных вмешательств;
- профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии.

Таким образом, терапия низкими дозами АСК ≤ 100 мг сохраняет позицию «золотого стандарта» в лечении и профилактике атеротромботических осложнений у больных с различными ССЗ – полученные результаты широкомасштабных клинических исследований свидетельствуют о целесообразности курсового назначения АСК в низких дозах в целях профилактики и лечения при состояниях, когда необходимо снижение уровня агрегации тромбоцитов и улучшение реологических свойств крови. Поскольку расстройства пищеварения при этом обусловлены размерами частиц АСК и поверхностью их контакта со слизистой оболочкой желудка, реально снижение частоты возникновения подобных осложнений даже при длительном приеме АСК. В комбинации Глицин+АСК (Годасал®) глицин защищает слизистую оболочку желудка от контакта с крупнодисперсными частичками АСК и ускоряет ее диссоциацию. Поэтому, благодаря особому составу комбинированных таблеток комбинации АСК и глицина, существенно снижается неблагоприятное влияние АСК на слизистую оболочку желудка. Это расширяет возможность использования препарата Годасал® для профилактики и лечения сердечно-сосудистых катастроф и облегчает провизору возможность помочь таким пациентам и выбрать современное средство с доказанным профилем эффективности и безопасности.

Список литературы

1. Machlus K.R., Aleman M.M., Wolberg A.S. Update on Venous Thromboembolism: Risk Factors, Mechanisms, and Treatments // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* — 2011. — 31(3). — P. 476–478.
2. Homans J. Thrombosis of the deep leg veins due to prolonged sitting. *N Engl J Med* 1954;250:148—149.
- Exposure to high altitude: a risk factor for venous thromboembolism? Gupta N, Ashraf MZ. *Semin Thromb Hemost.* 2012 Mar;38(2):156-63.
3. Adi Y., Bayliss S., Rouse A., Taylor R.S. The association between air travel and deep vein thrombosis: Systematic review & meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord* 2004;19:4:7.
4. Heit J.A. Venous thromboembolism epidemiology: implications for prevention and management // *Semin. Thromb. Hemost.* — 2002. — 28 (Suppl. 2). — P. 3–13.
5. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Тромбозы вен и артерий: что делать? *Вестник международной академии наук (русская секция).* 2009; 1; 6-10.
6. Geerts W.H., Bergqvist D., Pineo G.F. et al. Prevention of venous thromboembolism. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 12008;33:S381—S453.
7. Collaborative meta-analysis of randomized of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 342: 71-86.
8. Fuster V., Swenny J.M. Aspirin. historical and contemporary therapeutic overview // *Circulation.* 2011. Vol. 123. P. 768-778.
9. Morris T, Stables M, Hobbs A, et al. Effects of low-dose aspirin on acute inflammatory responses in humans // *J Immunol.* -2009. -Vol 183. -P 2089-2096.
10. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, Burling J, Hennekens C, Kearney P, Meade T, Patrono C, Roncaglioni MC, Zanchetti A. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials // *Lancet.* -2009. -Vol.373: -P1849 – 1860.
11. United States Preventive Services Task Force. Draft Recommendation Statement. Aspirin to prevent cardiovascular disease and cancer. www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/aspirin-to-preventcardiovascular-disease-and-cancer. Accessed September 15, 2015.
12. Brooks J., Warburton R., Beales I. Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: current controversies and clinical guidance // *Ther Adv Chronic Dis.* -2013. -Vol 4 (5). -P206–222
13. Mancia G., Volpe R., Boros S., Ilardi M., Giannattasio C. Cardiovascular risk profile and blood pressure control in Italian hypertensive patients under specialist care // *J Hypertens.* -2004. -Vol 22 (1). -P 51-7.
14. Rapson H., Singleton D., Stuart A., Taylor M. Physico-chemical studies of aspirin with glycine // *J Pharmacy Pharmacol.* -1959 (suppl 11). -P210-217
15. Schurer M., Bias-Imhoff U., Schulz H. et al. Lack of influence of glycine on the single dose pharmacokinetics of acetylsalicylic acid in man // *Int J Clin Pharmacol Ther.* -1996. -Vol 34. -P 282-287.
16. Rapson H., Singleton stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 342: 71-86.
17. Knote G., Vielsacker H., Mappes G. Vergleichbarkeit Verschiedener Acetylsalicylsäurepräparate in der Thromboseprophylaxe // *Med Klin.* -1976. -Vol 71. -P1235-1238
18. Kusche W., Paxinos R., Haselmann J. et al. Acetylsalicylic acid tablets with glycine improve longterm tolerability in antiplatelet drug therapy: results of a noninterventional trial // *Adv Ther.* -2003. -Vol 20 (5). -P 237-45.
19. Müller P, Dammann HG, Bergholt H, Simon B. Influence of glycine on the gastroduodenal tolerability of acetylsalicylic acid: an endoscopically controlled double-blind study in healthy volunteers // *Arzneim Forsch/ Drug Res.* -1991. -Vol 41. P812-814.
20. Шилов А.М. Двухкомпонентная (АСК+клопидогрел) антитромботическая терапия острого коронарного синдрома в практике врача первичного звена // *Русский медицинский журнал.* 2012. № 20, с. 1070-1075.



Инновации в детской гастроэнтерологии и нутрициологии в практике семейного врача

20–21 октября в г. Харькове состоялась межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная памяти заслуженного деятеля науки и техники Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Владимировича Белоусова. В докладах, прозвучавших на конференции, были подняты проблемы лечения функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диагностики и коррекции гипозлементозов и гиповитаминозов, модуляции нарушений кишечной микрофлоры.

Тему оптимизации терапии гастродуоденитов путем коррекции нарушений микрофлоры в практике педиатра и детского гастроэнтеролога рассмотрела **заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), доктор медицинских наук, профессор Ольга Юрьевна Белоусова.**

Микрофлора ребенка обладает огромным биологическим потенциалом, способным обеспечить полную защиту организма и его метаболическую поддержку. Сапрофитная микрофлора вместе со слоем слизи образует надэпителиальный слой, который обеспечивает защиту от физической и химической агрессии, патогенных микроорганизмов, токсинов и паразитов. Низкомолекулярные метаболиты сахаролитической микрофлоры (короткоцепочечные жирные кислоты) ингибируют рост условно-патогенной флоры. Вероятно, сапрофитные микроорганизмы способны перехватывать и выводить из организма патогенные вирусы. Сегодня доказано влияние метагенома (генов микробио-

ты) на экспрессию генов человека с формированием тех или иных позитивных влияний на состояние здоровья организма хозяина.

В последние годы появляется все больше доказательств того, что нарушение баланса кишечной микрофлоры повышает риск развития хронических воспалитель-



ных заболеваний кишечника – язвенного колита и болезни Крона. Доказано влияние нарушения кишечной микрофлоры на риск развития атопии. Появляется все больше подтверждений тому, что микрофлора кишечника выполняет функции, далекие от простого поддержания кишечного гомеостаза.

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о том, что микробиологический дисбаланс в пищеварительной системе провоцируется рядом заболеваний пищеварительного тракта, которые сопровождаются хроническим воспалением. Так, частота выявления синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) при различных заболеваниях пищеварительного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический холецистит, воспалительные заболевания кишечника, синдром раздраженной кишки) колеблется в пределах 70–97%. Также появляются все новые публикации, подтверждающие активацию условно-патогенной флоры в верхних отделах пищеварительного тракта при хронических заболе-

ваниях гастродуоденальной зоны. Прогрессирующая атрофия слизистой оболочки желудка, связанная с изменением ее кислотопродуцирующей функции, способна изменять степень диверсификации желудочной микробиоты и ее количественный состав.

Клинические наблюдения по-

казывают, что микробиоценоз человека является его интегральной частью, своеобразным экстракор-

Известно более 700 лекарственных препаратов, способных провоцировать ятрогенную диарею (около 7% от общего числа побочных реакций лекарственных средств).

поральным органом, играющим важную роль в физиологии человека. Связь микробиоты с организмом хозяина настолько специфична, что любое изменение в этом балансе может привести к микробиологическим нарушениям и, как следствие, к болезни.

Факторы, способствующие нарушению баланса микрофлоры у детей:

- любые погрешности в питании, голодание, введение прикорма, назначение парентерального питания, использование элементарных диет;
- оперативные вмешательства, желудочно-кишечные кровотечения, сопровождающиеся даже незначительной кровопотерей;

- гормональные изменения, стресс;
- лекарственные средства.

Фармакологические препараты, используемые при лечении гастроэнтерологической патологии, могут оказать неблагоприятное воздействие на микробиологию кишечника.

Одним из факторов, значительно повышающих риск развития ятрогенной диареи на фоне приема антибактериального препарата, является применение магнийсодержащих антацидов, антисекреторных препаратов и ингибиторов протонной помпы (ИПП). В рекомендациях IV Маастрихтского консенсуса (2010) подчеркивалось наличие риска развития диареи, ассоциированной с *Clostridium difficile* у лиц, длительно принимающих ИПП. Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) в феврале 2014 г. опубликовало предупреждение о возможной прямой связи приема

ИПП и ятрогенной диареи.

Наиболее разрушающим воздействием на кишечный микробиом обладают антимикробные препараты. В рекомендациях V Маастрихтского консенсуса (2015) сказано, что антибиотикотерапия оказывает отрицательное влияние на здоровую кишечную флору и приводит к краткосрочным и долгосрочным клиническим последствиям. Антибиотики в практике детского гастроэнтеролога назначаются не так часто, как в практике педиатра или врача общей практики. Однако существуют нозологии, в лечении которых обойтись без антибактериальных средств не удастся. Таким заболеванием, в частности, является *Нр*-ассоциированная язвенная болезнь (*Нр* – *Helicobacter pylori*), которая имеет достаточно высокую

распространенность – 0,4–4,3% у детского населения Украины и до 16% – в структуре патологии органов пищеварения (Ю.В. Белоусов, 2012). Инфекционная природа язвенной болезни сегодня не вызывает сомнений и наряду с другими факторами (алиментарными, аллергическими, иммунологическими, наследственными) является основной причиной ее развития.

Для эрадикации *Нр* сегодня применяют семидневные трех- и четырехкомпонентные схемы лечения, которые обязательно включают один или два антибиотика. При этом частота развития антибиотик-ассоциированной диареи зависит от группы антибиотика и дозы. Так, при назначении амоксициллин/клавуланата диарея развивается в 10–25% случаев, цефксима – 15–20% случаев. Именно амоксициллин лидирует по частоте развития ятрогенных диарей, в том числе и в детском возрасте.

Эрадикация *Нр* открывает единственно возможный путь для выздоровления, но полное уничтожение *Нр* становится все более трудной задачей для врача. За последние годы эффективность рекомендуемых Маастрихтским соглашением базовых схем лечения снизилась, это подтверждается как зарубежными данными, так и нашими собственными наблюде-

ниями. Резистентность *Нр* к антибиотикам продолжает неуклонно расти – в конце 90-х годов 30% штаммов *Нр* были резистентны к метронидазолу и 4% к кларитромицину. Сегодня среди детей, инфицированных *Нр*, примерно половина является носителями резистентных к метронидазолу штаммов, и почти треть – резистентны к кларитромицину. Антибиотикорезистентность привела к тому, что эффективность эрадикации снизилась в развитых странах с 80–90 до 40–70%.

Согласно Маастрихтскому соглашению IV (2010), режим антихеликобактерной терапии должен соответствовать следующим критериям:

- простота применения;
- хорошая переносимость;
- эффективность эрадикации >80%.

В качестве меры повышения эффективности эрадикационной терапии может быть использована адьювантная терапия пре- и пробиотиками. Назначение пробиотических препаратов позволяет снизить частоту нежелательных побочных явлений, в том числе антибиотик-ассоциированной диареи, повысить эффективность эрадикации *Нр* и улучшить состояние слизистой

оболочки ЖКТ. Так, в исследованиях последних лет доказано иммуномодулирующее действие некоторых пробиотиков (*Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus rhamnosus GG*). Нормофлора способна воздействовать на дифференцировку Т-хелперов и таким образом влиять на соотношение про- и противовоспалительных цитокинов. Таким образом, некоторые пробиотические штаммы способны повышать эффективность антихеликобактерной терапии за счет модуляции реакций местного иммунитета. Выбор способа иммуномодуляции в детском возрасте должен базироваться прежде всего на принципах безопасности, поэтому назначаться должны только те пробиотические штаммы, которые имеют доказанную эффективность и безопасность.

Штаммы, доказавшие свою эффективность и безопасность в плацебо-контролируемых исследованиях и одобренные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

- Bifidobacterium;
- *B. longum* (штамм *B. infantis*; BB536),
- *B. breve*,
- *B. lactis* (штамм *Bb12*),
- *B. bifidum*;
- *Lactobacillus*:



- *L. rhamnosus* (GG),
- *L. reuteri* protectis,
- *L. acidophilus* (штамм *L. Gasseri*),
- *L. bulgaricum*,
- *L. Casei* (штамм *L. Shirota*).
- Streptococcus:
- *S. termophilus*.

Перечисленные штаммы не несут патогенный или инвазивный потенциал, не имеют нежелательных биохимических эффектов. Каждому из этих штаммов присвоен статус GRAS – «безусловно безопасный», они одобрены FDA для использования в детских молочных смесях с рождения.

Лактиале – синбиотик, имеющий паспорт безопасности. В состав **Лактиале** входит 7 штаммов пробиотических бактерий и питательная среда для их роста.

Синбиотик **Лактиале** содержит в своем составе:

- *Bifidobacterium longum* (штамм *B. infantis*);
- *Bifidobacterium breve*;
- *Streptococcus termophilus*;
- *Lactobacillus rhamnosus*;
- *Lactobacillus acidophilus*;
- *Lactobacillus bulgaricum*;
- *Lactobacillus casei*;
- фруктоолигосахариды.

Лабораторные штаммы бактерий, входящих в состав синбиотика **Лактиале**, производятся британской компанией Protexin Health Care. Высокое качество пробиотиков производства Protexin Health Care подтверждено международными сертификатами (GMP, RPSGB, FEMAS, ISO 9001). В производстве **Лактиале** используются инновационные технологии, позволяющие сохранить максимальное количество пробиотических бактерий живыми и доставить их сохранными непосредственно в кишечник.

Пробиотические штаммы в составе **Лактиале** оказывают ингибирующее действие на *Clostridium difficile* и положительно влияют на иммунную систему ребенка. Так, иммуномодулирующее действие **Лактиале** проявляется в стимуляции фагоцитарной активности нейтрофилов (*L. acidophilus*, *L. rhamnosus*, *L. Casei*, *S. termophilus*), усилении

синтеза интерлейкина-10 и туморнекротического фактора (TNF), снижении синтеза иммуноглобулина (Ig) E и повышении синтеза секреторного IgA, формировании иммунологической толерантности (*B. longum*).

Важным аспектом назначения пробиотиков является антибиотикорезистентность пробиотических штаммов. В 2013 г. Научный комитет Европейского агентства по безопасности продуктов питания (European Food Safety Authority, EFSA) опубликовал новые рекомендации, согласно которым для профилактики кишечных расстройств после и во время приема антибиотиков используются пробиотики. Следует применять только те штаммы пробиотиков, которые полирезистентны к антибиотикам, что позволяет им выжить при совместном приеме с антибактериальными средствами.

Штаммы бактерий, входящих в состав **Лактиале**, обладают высоким профилем антибиотикорезистентности. Антибиотикоустойчивость пробиотических компонентов достигается путем многократных пассажей бактерий на антибиотикосодержащих средах с растущим градиентом концентрации антибиотиков.

Учитывая доказанную взаимосвязь между гастроэнтерологическими заболеваниями и нарушениями микробиоты, которая обеспечивает сохранную защитную функцию слизистых оболочек в случае ее нормальной гастродуоденальной координации, пробиотики следует включить в новую редакцию национальных протоколов лечения гастродуоденальной патологии. Такая стратегия может привести к повышению эффективности лечения *Нр*-инфекции.

На базе нашей кафедры было выполнено собственное клиническое исследование, целью которого была оценка влияния синбиотика **Лактиале** на показатели эрадикации детей с *Нр*-ассоциированными гастродуоденальными заболеваниями. **Лактиале** назначали в качестве адъювантной терапии к стандартным эрадикационным схемам курсом 10 дней.

В группу I (n=20) вошли пациенты в возрасте <10 лет с клинической симптоматикой заболеваний гастро-

дуоденальной зоны, которые имели положительный уреазный дыхательный тест на *Нр* (фиброэзофагогастродуоденоскопия – ФЭГДС – не обязательна). Эти дети получали 10-дневный курс двойной терапии препаратом висмута и **Лактиале** по 1 пакету 2 р./сут. Контроль эрадикации проводился через 4–6 недель при помощи дыхательного уреазного теста.

Группу II (n=20) составили пациенты >10 лет с воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны (фиброгастродуоденоскопия – ФГДС – для верификации обязательна) и инфицированием *Нр*. В этой группе для лечения назначали стандартную схему эрадикационной терапии (тройную или квадро) и **Лактиале** по 1 пакету 1 р./сут. курсом 10 дней.

Группа III (n=10) – группа сравнения, в которой проводили лечение по стандартным схемам без синбиотика **Лактиале**. Контроль эффективности проводили через 4–6 недель после 10-дневной схемы уреазным дыхательным тестом.

В результате проведенного лечения и сравнения результатов в трех группах оказалось, что у детей, получавших синбиотик **Лактиале** в качестве адъювантного лечения, снижалась частота побочных эффектов антихеликобактерной терапии. Кроме того, в группе детей, дополнительно получавших синбиотик **Лактиале**, эрадикация *Нр* достигалась у большего числа детей по сравнению с теми, кто получал стандартные триплексные или квадро-схемы.

Таким образом, назначение комбинированных синбиотиков для профилактики и коррекции дисбиоза у больных с гастродуоденальной патологией является перспективным, поскольку позволяет не только восстанавливать микробиоценоз кишечника, но и воздействовать на этиологический фактор заболевания. Это воздействие объясняется модулирующим действием пробиотических штаммов на факторы местной иммунной защиты. Кроме того, адъювантная пробиотическая терапия позволяет снизить частоту побочных эффектов от антихеликобактерной терапии, при этом повышая эффективность эрадикации.

ЛАКТИАЛЕ

Здоровый кишечник, крепкий иммунитет!



**Только мама
знает, как растить
здорового ребенка!**



- **Комплекс 7-ми полезных бактерий, входящих в состав материнского молока.**
- **Технология микрокапсулирования защищает живые бактерии комплекса от пищеварительных соков ЖКТ.**
- **Лактиале помогает восстановить здоровую микрофлору кишечника ребенка после антибиотикотерапии.**

БАД. Не является лекарственным средством.

Имеется противопоказание, перед применением внимательно ознакомиться с инструкцией и проконсультироваться с врачом. Сертификат № 1 государственной регистрации № ВУ 70.08.01.003.Е.007020.11.14 от 28.11.2014 и № ВУ 70.08.01.003.Е.007020.11.13 от 28.11.2013.

Фармак 

**Куда
отправиться**

*в свадебное
путешествие?*

Свадьба – это, с одной стороны, самое трогательное и романтическое событие, а с другой – новая семья – это долгий, совместный и ответственный путь двух людей. И этот путь начинается с медового месяца. Весь месяц влюбленные могут не сдерживать своих чувств и в полной мере наслаждаться своим новым статусом, посвящая все свободное время общению друг с другом. И нет ничего лучше, чем провести медовый месяц в увлекательном свадебном путешествии, приправляя первые дни семейной жизни яркими впечатлениями.

Подготовка к свадебному путешествию начинается одновременно со свадебными приготовлениями, ведь этот процесс также требует времени. Прежде всего, молодоженам следует определиться со своими предпочтениями и найти тот оптимальный вариант поездки, который понравится обоим. И не всегда это бывает просто. Кому-то покажется привлекательной идея поездки на горный курорт, а кто-то предпочел бы провести время на залитом солнцем золотистом пляже. Именно в процессе выбора свадебного путешествия новобрачным часто приходится проходить свой первый жизненный экзамен – учиться идти на компромисс и принимать совместные решения.

Мы готовы предложить для молодоженов лучшие курортные места. Отдых здесь отличается высоким качеством, эти места всегда интересны и для обычных любителей путешествий, и для молодых пар. Остановимся на них более подробно.

Самые красивые места для свадебного путешествия

Багамские острова

Багамы – то место, о котором всегда мечтают многие влюбленные. Багамские острова – представляют из себя архипелаг, посреди голубой глади Атлантического океана, являющийся центром мирового туризма. Полное название государства – Содружество Багамских островов. Государство состоит более чем из 3000 островов, рифов и островков. Они расположены к северу от Кубы и Гаити и недалеко от Флориды.

Изначально заселенные лукаянами, родом из племени араваков, Багамы стали первой остановкой Христофора Колумба в далеком 1492 году. Хотя испанцы никогда не колонизировали эти острова, они отправляли лукаянов в рабство на Гаити, в результате чего к 1513 году острова практически опустели. В 1648 на остров Эльютера высадились английские колонисты с Бермудских островов, и в 1718 году Багамские острова стали коронной колонией.

Север Багамских островов находится в зоне тропического пассатного климата, а на юге климат субтропический. Он формируется теплым течением Гольфстрим, влияние которого опасно, так как летом провоцирует ураганы. Осадки выпадают в виде дождя с мая по

октябрь. Температура летом колеблется в пределах +26...+32°C. На южных островах температура может достигать +40°C, но благодаря пассатам жара переносится легко. Зимой температура находится в пределах +18...+22.

Ехать отдыхать на Багамы можно в любое время года, но летом на южных пляжах может быть очень жарко.

По геологическому строению Багамский архипелаг является известняковым плато. Средняя высота над уровнем моря составляет 30 м, а высшая точка Багамских островов – гора Алверния на острове Кет, поднимающаяся на 63 метра над уровнем моря. Из-за выхода на поверхность насыщенного солями известняка на многих островах имеются мангровые болота, соленые лагунные озера и песчаные пляжи. Рек на островах практически нет, поэтому пресной воды очень мало.

Флора Багамских островов не слишком разнообразна и представлена низкорослыми кустарниками, кактусами, алоэ. Растут орхидеи, жасмин.

Фауна тоже не отличается разнообразием. На Багамах водятся змеи, лягушки, летучие мыши, на болотах и соленых лагунах – фламинго. Кроме того, сюда перезимо-



вать слетается большое количество перелетных птиц.

Подводный мир Багамских островов просто удивителен. В кораллах на дне океана водится множество видов рыбок, которых так любят дайверы. В лагунах и заводях можно встретить макрель и барракуду. Есть морские черепахи. На рифах обитает огромное количество кораллов, моллюсков, губок.

В столице, в городе Нассау имеется много интересных мест. Например, можно прогуляться по Бэй Стрит – улице с многочисленными магазинами, бутиками; или посетить сады «Адастра Гарденс», заповедник «Ретрит Гарденс», подводный аквариум или знаменитый Кейбл Бич – район песчаных пляжей, отелей, казино. Сердце города – центральная площадь со зданиями Верховного Суда, Парламента, Колониальной Администрации. Визитной карточкой города является отель «Атлантис». Самые посещаемые туристами места – старая водонапорная башня с прекрасным видом на город и лестница королевы Виктории с 66 ступенями, вырубленными в скале.

Город Фрипорт подойдет любителям водных видов спорта, активного отдыха, игры в гольф и теннис. Здесь так же стоит посетить сад «Гарден-оф-зе-Гроувз», памятники древней культуры индейцев аравака, парк-заповедник «Рэнд Мемориал».

В городе Нью-Байт на острове Кет имеется уникальный памятник зодчества – Эрмитаж, построенный на вершине горы Алверния. Эрмитаж был построен священником-отступником в 1939 году. Творчеству отца Джерома принадлежит церковь Спасителя на этом же острове и многие красивые монастыри и храмы, возведенные на других островах архипелага.

Морепродукты являются основой багамской кухни. Национальным ингредиентом багамцев считается морская улитка «конк». Из этой улитки готовят всевозможные салаты, закуски, супы.

Невозможно представить местную кухню без блюд из риса и горо-



ха. Колючий омар является самым дорогим блюдом. Очень долгое время пользовались популярностью разнообразные блюда и суп из морских черепах, что привело этот вид пресмыкающихся к исчезновению. Стоит попробовать блюдо из

морского окуня, которого подают с соусом из грибов, лука, специй и белого вина.

На десерт обычно подают фрукты (дыни, ананасы, папайи, манго), напитки, ключевым ингредиентом которых является ром, а также знаменитые багамские булочки джонни-кейк. Багамская кухня многое заимствовала из британской, американской и африканской, но приспособила заимствованное под местные условия и возможности.

В крупных городах имеется большое количество ресторанов, кафе и баров. В среднем счет на одного человека в недорогом кафе составит 10–15\$. В разгар туристического сезона многие кафе и рестораны переполнены, так что следует заблаговременно заботиться о том, чтобы не остаться, например, без ужина.

В основном на Багамы едут ради пляжного отдыха, дайвинга и серфинга. Прибрежная зона архипелага изобилует прекрасными песчаными пляжами, самым известным и популярным из которых является Розовый пляж на острове Харбор. Самым дорогим местом пляжного отдыха считается остров Эльютера.

Большое количество мелководных рифов привлекает начинающих дайверов. Под водой есть что посмотреть – затонувшие корабли, подводные пещеры. Большой популярностью пользуется подводное кормление акул на островах Абако, Нью-Провиденс, Лонг-Айленд. Любителям менее экстремального отдыха будет предложено плавание с дельфинами.

Дважды в год на Багамах проводится фестиваль «Джонкону». Красочные шествия сопровождаются музыкальными представлениями, фейерверками. Во Фрипорте ежегодно в январе проводится Национальный чемпионат по виндсерфингу. В последнюю неделю мая проходит фестиваль «Мюзик Фест». 10 июля отмечается День Независимости. В конце сентября проводится багамский фестиваль виноделия и кулинарии.



Город влюбленных – Париж!

Вне всякой конкуренции конечно же страна влюбленных – Франция, и ее столица – Париж. Сам воздух Парижа благоволит любви и гармонии. Этот город словно создан для влюбленных и для свадебных путешествий. Несмотря на то, что Париж считается далеко не самым бюджетным европейским городом, любоваться его достопримечательностями можно бесплатно. Если избегать экскурсионных туров и отправится туда своим ходом, то ваше свадебное приключение будет незабываемым. Романтика, тонкий аромат французского парфюма и круассанов. Ах, сколько судеб соединилось на улочках Парижа? Сколько восторженных, робких, громких, еле слышных «да!» услышала Эйфелева башня? Сколько романтических сцен самых знаменитых фильмов снято в его кафе и на его мостах? Ах, Париж! Моя любовь! Все в этом городе пропитано духом любви. И неудивительно, что

тысячи пар со всего света выбирают этот город местом для своего свадебного путешествия.

К тому же в Париже нужно и можно смотреть все! Посетить Лувр, где представлены крупнейшие в мире коллекции живописи и скульптуры, один из прекраснейших соборов Европы – Нотр-Дам-де-Пари, витражи и шпили которого гарантированно впечатлят даже выдавшего виды путешественника. И, несомненно, Эйфелева башня. Она уже давно стала символом Парижа. Обязательно совершите лодочную прогулку по Сене, чтобы увидеть все особенности и другие достопримечательности города. Удобно, что лодочная станция находится прямо около Эйфелевой башни. Такую прогулку лучше запланировать на вечер, чтобы насладиться мерцающими огнями города, ведь вечером и ночью Париж особенно прекрасен! Непременно посетите Сорбонну – старейший университет Европы, и исторический центр

Латинского квартала. Из более динамичных развлечений в Париже всем понравится знаменитое французское кабаре «Мулен Руж». А возможно вы захотите вспомнить свое детство и посетить самый лучший в мире Диснейленд!



Но не только достопримечательностями славится Париж. Столица Франции – рай для шоппоголиков. На Елисейских Полях можно найти очень дорогие магазины со всемирно известными брендами, но лучше приехать в центр стоковых магазинов La Vallée Village, где можно приобрести товары из прошлогодних коллекций со скидками.

Изысканная французская кухня также никого не оставит равнодушным. Перекусить в Париже можно на каждом углу. Особенно много кафе в районе достопримечательностей. Очень популярен так называемый комплексный обед, в который входят салат, горячее блюдо и десерт, по весьма умеренной цене.

Территория Франции довольно обширна, поэтому погода в разных ее регионах может сильно различаться. Париж расположен ближе к северо-западным районам, поэтому здесь климат формируется под действием атлантических воздушных масс, а также циклонов, формирующихся над Ла-Маншем. Такое сочетание дарит парижанам весьма капризную погоду и удивительную возможность наслаждаться прогулками под зонтом. Зима здесь нехолодная, а поздняя весна и ранняя осень являются идеальным временем для созерцания Парижа во всем его великолепии.



Таинственная Италия!

А точнее Сардиния, также способна удивить новобрачных. Это место для уединённого отдыха, туристов здесь не много, поэтому вы избежите толкотни, множества детей и шумных экскурсионных групп. И, вместе с тем, сможете насладиться качественной итальянской кухней.

Сардиния – это остров в Средиземном море, расположенный к западу от Апеннинского полуострова между Сицилией и Корсикой, является вторым по величине островом Средиземного моря. Входит в состав Италии в качестве автономной области Сардиния (итал. Regione Autonoma della Sardegna, сард. Regione Autònoma de sa Sardigna).

Кроме итальянского, на Сардинии говорят на сардинском языке, который, несмотря на свой статус регионального языка Европейского союза, постепенно уступает итальянскому.

Один из самых древних праздников на Сардинии – праздник Святого Эфизия (Sant'Efisio), покровителя главного города острова, Кальяри. С 1 по 4 мая, уже на протяжении более 350 лет, главные улицы города оживают и наполняются жителями со всех областей острова, которые дефилируют в традиционных костюмах. Цель шествия – донести ста-

тую Святого из Кальяри в город Нора, где собираются люди, чтобы почтить его память, а через пару дней обратно.

На Сардинии производят сыр с личинками насекомых (касу марцу), который власти Италии одно время официально запрещали к продаже из-за санитарно-гигиенических соображений.

Крупнейший город острова – Кальяри с населением 160 тыс. человек. Поселение существовало на его месте с глубокой древности, поэтому город и его окрестности изобилуют историческими памятниками. В Кальяри туристам не приходится скучать. Наравне с насыщенной экскурсионной программой он готов предложить множество ночных клубов, магазинов, пляжных развлечений и, конечно, изысканную средиземноморскую кухню в ресторанах разного типа (от люксовых до уютных пиццерий). Второй крупный город Сардинии – Сассари, который считается промышленным и экономическим центром острова. Он наполнен старинными виллами, церквями, музеями и ухоженными парками. В Сассари можно познакомиться с типичной кухней Сардинии, а заодно насладиться атмосферой Старого города.

Для Сардинии характерен средиземноморский климат с жарким летом (до +35°C) и тёплой осенью

(до +27°C). Купальный сезон здесь начинают в мае, а заканчивают только к ноябрю. Количество осадков небольшое: дожди идут только в начале весны и осенью. Климат острова считается мягким, однако зимой дуют сильные ветры с запада.

В городе Кальяри сосредоточены памятники всех эпох существования Сардинии. Самый древний из них – римский амфитеатр. Несмотря на частичное разрушение, он прекрасно сохранил акустику и внешний вид, поэтому до сих пор служит местом проведения концертов и спектаклей. Ещё один памятник в историческом центре Кальяри – Кафедральный собор. Средневековое сооружение возвышается над площадью и фактически является символом Кальяри. Белое здание отличается богатым интерьером. Собор украшен фресками, арками и колоннами. На Сардинии сохранились руины Норы – первого поселения острова. Они частично затоплены, но часть доступна для осмотра. Здесь сохранились остатки амфитеатра, колонны, площадь с фундаментами зданий, термы и фрагменты языческих святилищ. Если ос-

мотр руин в летний период покажется не лучшим занятием, от жары можно скрыться в гроте Нептуна. Это одни из самых красивых пещер Сардинии, до которых от берегов острова курсируют катера. Внутри пещеры делятся на залы. В них туристы могут полюбоваться сталактитами невероятных форм, а пещерное озеро служит ещё одним украшением «царства Нептуна». Познакомиться с находками разных периодов за короткое время можно в Археологическом музее Кальяри. Древнейшие артефакты датируются эпохой неолита. Здесь собраны ритуальные статуэтки, надгробия, доспехи воинов, глазурованная керамика, византийские украшения.

В первую очередь, Сардиния ассоциируется с пляжным отдыхом. Особенно выделяется протяжённая (более 50 км) бухта Коста Смераль-



да, известная изумрудным цветом моря. Она объединяет десятки пляжей, многие из которых считаются заповедными. Коста Смеральде по красоте не уступает побережью Альгеро, пляжи которого покрыты чистейшим песком. Для многих туристов на Сардинии отдых начинается с пляжей Кальяри и его прибрежной зоны Вилласимиус. Здесь ждут не только пляжи, но также многочисленные пиццерии, рестораны и дискотеки. Большой популярностью пользуется треккинг. Тропы пронизывают нетронутые ландшафты Сардинии и рассчитаны на туристов с любой подготовкой. Любителям морских пейзажей можно отправиться по маршруту от Кала-Луны до Кала-Фуили. Ещё один интересный маршрут ведёт через долины к пещерному городу Тискали.

Лучший способ надолго запомнить отдых на Сардинии – привезти традиционные сувениры или продукты этого острова. Он славится большим ассортиментом вин (в частности, Каннонау) и сыров. Местная нуга и фруктовые ликёры также пользуются спросом. Из памятных сувениров стоит купить небольшие ковры, произведённые из натуральной шерсти. В любом городе Сардинии есть множество ремесленных мастерских и лавок. В них туристы приобретают расписную керамику, хлопковые изделия и украшения из золота и кораллов.



Самые необычные места для свадебных путешествий

Конечно, в мире немало красивейших мест, где может провести влюбленная пара свой первый месяц совместной жизни, о всех, увы, рассказать здесь не получится, но еще о некоторых странах хочется упомянуть. Если вы не любители традиционного отдыха на пляже, в кафе, то вам стоит обратить внимание на более изысканные места, которые также подойдут для свадебного отдыха.

Отправляясь в Румынию, вы сможете посетить замок самого Дракулы. Удивительно красивое место с мировой популярностью.

В Турции для молодожёнов есть специальный отель пол названием А'ИА. Из окон отеля вы насладитесь проливом Босфор. Номера здесь очень романтичные, так как отель ориентирован именно на новобрачных.

Отправляясь в Исландию, возьмите автомобиль и отдохните на горячих источниках. Это прекрасная релаксация и ваше первое свадебное приключение, ведь Исландия богата сюрпризами.

Если ваш выбор пал на Китай, то после посещения великой стены, отправляйтесь в аквапарк «Happy Magic Water Cube» – одно из самых посещаемых мест в Китае, здесь вы окунётесь в детство и получите массу захватывающих впечатлений.

Для любителей увлекательного отдыха подойдёт Африка, с диким сафари. И еще...



Самые романтические места для молодожёнов

Мейкпис в Австралии – остров в виде сердца. Символичен, не правда ли? Именно это место позволит вам побыть наедине, если вы забронировали туда билеты, то будьте уверены, что кроме вас, на острове больше никого не будет.

Это, кстати, не единственный остров в виде сердца, в Хорватии, Фиджи и штате Мэн тоже есть острова в форме символа любви.

Если вы хотите отправиться в морской круиз, то выбирайте судно Silver Shadow. Это элитное судно создано специально для новобрачных. Вы сможете не только насладиться отличным видом окрестностей, но и уединиться в роскошных каютах класса люкс.

В штате Юта есть национальный парк Арки, где вы можете насладиться удивительно красивыми закатами.



В Чили есть уникальный отель, также номера в виде купола, а кровати находятся наверху, вы можете созерцать звезды и даже дотянуться до них.

На Мальдивах есть ресторан под водой, удивительное место, где вы сможете обедать, наслаждаясь богатым подводным миром Индийского океана.

На самом деле, на планете есть множество райских уголков, которые прекрасно подойдут для свадебного путешествия. Перед молодожёнами стоит огромный выбор, так как каждая курортная страна предлагает особенные условия и места для новобрачных. Всегда можно выбрать города – мегаполисы, где много достопримечательностей, уютные кафе и гостиницы, возможность шопинга и развлечений. Можно отправиться на острова, где вы окунётесь в атмосферу зажигательного веселья и танцев. А можно выбрать уединённые уголки, где вы будете только вдвоем, наедине с природой. Выбор за вами!



Несколько советов для свадебного путешествия

- Не стоит экономить на самом важном отпуске в совместной жизни, особенно, если есть возможность осуществить все свои мечты. Учтите, что многие авиакомпании предлагают специальные программы для молодоженов, так что переплачивать за комфорт не придется. При выборе свадебного путешествия откажитесь от стран, в которых господствуют суровые религиозные нравы и законы. К примеру, в арабских странах нельзя прилюдно выражать свои чувства: так что приятно начавшееся путешествие всего за один поцелуй может закончиться общением с полицией.
- Даже если вы не интересуетесь политикой, самое время ознакомиться с изменениями в мире. Лучше не рисковать и не отправляться на отдых в страну с нестабильной ситуацией.
- У природы нет плохой погоды, но вот молодоженов очень мало порадуют ветры и дождь во время отдыха. Так что заранее ознакомьтесь с прогнозами метеорологов и уточните климатические особенности выбранной страны. К примеру, летом начинается сезон дождей на Кубе.



- Даже если в какой-то стране живут ваши знакомые или родственники, не стоит ехать к ним в гости. Всё-таки, медовый месяц – это время, которое новоиспеченные супруги могут провести наедине, даже общество самых близких людей может оказаться лишним.
- Стоит заранее позаботиться о подготовке всех необходимых для путешествия документов (паспорта, визы, страховки), так как в вихре свадебных хлопот очень легко выпустить этот момент из вида.
- Для выбора того или иного направления можно обратиться в турфирму, специалисты которой помогут оценить преимущества каждого из возможных вариантов свадебного путешествия. Если же молодожены уже имеют большой опыт туристических поездок, тогда они могут организовать свой медовый месяц самостоятельно.

Самое главное, не лишать себя такого незабываемого удовольствия, как свадебное путешествие, ведь именно оно помогает наполнить первые дни совместной жизни романтизмом и яркими впечатлениями.

Подготовила Ольга Шматова

Если в доме ремонт

В теплый сезон все оживает, кто-то стремится в отпуск, кто-то влюбляется, кто-то женится, а кто-то занимается ремонтом. Не просто так говорят: «Ремонт невозможно закончить, его можно только приостановить!» И это неудивительно, все дело в том, что новые технологии не стоят на месте. И практически каждый год появляются новинки в отделке стен, полов, потолка, и все это неповторимо прекрасно, что очень хочется непременно применить в своем уютном жилище. Вот о новых материалах для обновления интерьера в этой статье мы вам и расскажем.

Освещение интерьера

Еще недавно нормой в освещении интерьера было наличие в комнате всего 1–2-х светильников. Во всех современных дизайнерских проектах освещение жилых помещений выстроено сразу по нескольким уровням. Везде присутствует верхний свет, свет от настенных светильников, свет на уровне пола, дополнительные уровни с подсветкой различных картин и элементов интерьера, т.е. существует явная тенденция в освещении современных интерьеров использовать ярусное (многоуровневое) расположение источников света. Это позволяет сохранить при освещении трехмерное пространство комнаты, визуально подчеркнуть глубину и уют. С помощью такого освещения комната становится более функциональной.

К тому же, как показала практика, для ощущения комфорта современному человеку в разное время необходимо различное освещение. К примеру, при уборке квартиры требуется, чтобы свет был достаточно ярким и равномерным, а вот читать книгу или смотреть фильмы будет гораздо удобнее при менее ярком свете, к примеру, используя приглушенный торшер. Эту проблему решает система адаптивного освещения. Если вы читаете в своем любимом кресле, поток света должен падать прямо на книгу, а не освещал целиком всю комнату. На шумных семейных праздниках или во время приема гостей необходимо яркое освещение, которое поможет выгодно показать преимущества квартиры и атмосферу праздника и поддерживать приподнятое настроение.

Эту комплексную задачу можно решить с помощью достижений электрони-



ки, которые делают эксплуатацию осветительных приборов безопасной, максимально удобной и, что называется, «умной». Здесь могут быть предусмотрены все необходимые режимы освещения, которые могут пригодиться в различных ситуациях, а удобная система адаптивного освещения освободит вас от беготни по комнате и поиска выключателей – свет можно регулировать пультом дистанционного управления.

Последние достижения и разработки в области светотехники

отличаются акцентом, сделанным на эстетичность моделей, которые являются воплощением ярких и необычных дизайнерских замыслов. Однако последние разработки могут порадовать не только поклонников прогресса, но и приверженцев ретро-стиля – современные осветительные приборы могут успешно имитировать лампы накаливания или быть стилизованными под так называемые «керосинки». Такие приборы, будто бы вернувшиеся из прошлого, помогают оживить интерьер, сделать его стильным и оригинальным.

Очень модно стало использовать светильники, встроенных в пол для подсветки каких-то конкретных предметов или вертикальных поверхностей. Свет идет снизу и это само по себе уже необычно и очень красиво. Размещение светильников в полу позволяет создать дополнительный ярус в освещении.

Естественно, что просто понаставить светильников в полу где попало – не достаточно. Нужно все продумать и просчитать, а еще заранее четко представлять себе конечный результат того, какой эффект вы хотите получить с помощью такого необычного и технически сложного размещения светильников. Для этих целей желательно использовать светодиодные светильники, так как они не нагреваются и излучают достаточно яркий свет.





Отделка стен

Эпоха бумажных обоев и покрашенных стен уходит в прошлое – ведь современные мастера могут сделать эти поверхности фантастически необычными.

Например, наиболее модными в этом сезоне стали **тепловые обои**, рисунок которых изменяется под действием изменения температуры. Такие обои еще не редко называют цветущими. И на самом деле это необычное изобретение дизайнера из Китая поможет создать в Вашем доме настоящий уголок лета в любое время года. Необычность обоев заключается в том, что они реагируют на изменения температуры воздуха в помещении. Рисунок такого полотна, чаще всего, являются красивые растения, что под воздействием тепла «выпускают» бутоны, из которых при дальнейшем повышении температуры, распускаются цветочки. Секретом такого волшебства являются нанесенные на поверхность полотна термочернила, которые именуется «Reactive Pain», что переводится как «реактивная краска». Заставить обои «зацвести» может не только общее повышение температуры воздуха в комнате, а и воздействие солнечных лучей (если это солнечная сторона), радиаторы отопления и различные обогреватели и даже тепло человеческого тела (можно просто ненадолго приложить руки к рисунку, чтобы запустить процесс).

Преимуществами тепловых обоев являются, в первую очередь, оригинальность и необычность, а также возможность достигнуть эффекта «живых стен». Также радует широкий ассортимент вариантов рисунков и цветов таких обоев.

Среди недостатков тепло-обоев, мы можем назвать неизвестность того, насколько безопасными являются термочернила

для здоровья человека. Помимо этого, тепловые обои прихотливы в чистке – их нельзя мыть. Эксклюзивная новинка требует специальных условий – нельзя клеить в помещениях с повышенной влажностью. Важным моментом, который следует учитывать, является то, что процесс «цветения» обоев требует достаточно высокой температуры (чтобы обои «распустились» равномерно по всей поверхности стен – в комнате должно быть жарко, что не всегда приятно и не экономно). Ну и, как и любая интересная новинка, тепловые обои стоят достаточно дорого. Но этот вопрос можно несколько урегулировать, если оклеить такими обоями не всю комнату, а, например, одну стену (выбрав для этого солнечную сторону) или небольшой участок стены, например, тот, который расположен рядом с радиатором отопления.

Чаще всего, данная новинка привлекает внимание людей в периоды зимних холодов, так как «цветущие» обои могут привнести в дом уют и комфорт, напоминая о теплых летних деньках. К тому же, зимой у таких обоев больше возможностей «про-

явить себя» (ввиду, опять-таки, наличия включенных отопительных приборов).

Наибольшее внимание привлекают и **3D-панели**. Они также используются для отделки стен и потолков. С помощью трехмерных панелей можно создать необычный визуальный эффект в интерьере за счет их выпуклой текстуры. Этот материал используется для целых стен или с целью выделения одной из её частей. К примеру, под домашний кинотеатр, двуспальную кровать, игровую зону для малышей и т.д. Применяются 3D-панели и для отделки несущих колонн.

Огромное значение имеет нанесенный на материал рисунок. Вертикальное оформление 3D-панели увеличит высоту стен, колонн, а горизонтальное наоборот скроет неуместные возвышенности. С целью декорирования стен отдают предпочтение мозаики либо объемным составляющим 3D-панелей. Они способны заполнить комнату своей роскошью.

Можно создать мозаичное панно из панелей, например, под дерево. Разнообразные геометрические фигуры, параллельные и кривые линии, морские





ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Лечение инфекционных заболеваний, вызванных микроорганизмами чувствительными к азитромицину:

- бронхит - внебольничная пневмония - синусит - фарингит, тонзиллит - средний отит - инфекции кожи и мягких тканей
- неосложненные генитальные инфекции, вызванные Chlamydia trachomatis и Neisseria gonorrhoeae

Грядеваемые терапевтические рекомендации, относительно надлежащего использования антибактериальных лекарственных препаратов, должны соблюдаться неукоснительно



Масса тела, кг	Азитромицин Сандоз®, дозировка 200 мг/5 мл*		
	3-дневная терапия, мл 1-3-й день, 10 мл/сутки	5-дневная терапия, мл	
10	2,5 мл	2,5 мл	1,25 мл
12	3 мл	3 мл	1,5 мл
14	3,5 мл	3,5 мл	1,75 мл
16	4 мл	4 мл	2 мл
17-25	5 мл	5 мл	2,5 мл
26-30	7,5 мл	7,5 мл	3,75 мл
36-45	10 мл	10 мл	5 мл
>45	12,5 мл	12,5 мл	6,25 мл

Торговое название: Азитромицин Сандоз®
Международное непатентованное название: Азитромицин.

Лекарственная форма: Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 200 мг/5 мл.
Способ применения и дозы: Дети и подростки (до 16 лет) Дать от года и старше препарат Азитромицин Сандоз® означает из расчета - 10 мл/кг один раз в сутки в течение 3 дней, либо в течение 5 дней, начиная с однократной дозы 10 мл в 1 день, затем по 5 мл в течение последующих 4 дней, как указано в таблице. Отсутствуют данные относительно применения препарата у детей младше 1 года. Дать препарат следует после еды.
Побочные действия: Часто - тошнота, диарея, боль в животе, тошнота, метеоризм. Часто - инверсия, нарушение зрения, сухость, головная боль, головокружение, диспепсия, парестезия, рвота, расстройство пищеварения, зуд, сыпь, артралгия, усталость, увеличение количества лейкоцитов, увеличение количества эозинофилов, снижение бикарбоната крови, увеличение количества базофилов, увеличение количества моноцитов, увеличение количества нейтрофилов.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к азитромицину и другим азитромициновым макролидам или любым из вспомогательных веществ, тяжелые нарушения функции печени и почек, редкие наследственные формы intolerance футозола, синдром глюкозо-6-фосфатной галактозы (из-за содержания сахарозы), ферментопатия (из-за содержания аспартама).

Лекарственные взаимодействия: Пациентам, получающим азитромицин и антициты, не следует принимать эти лекарственные средства одновременно. Азитромицин следует принимать за один час до или через два часа после

приема антацида. При совместном применении азитромицина и дигоксина возможно повышение концентрации дигоксина в крови. Не рекомендуется одновременное применение азитромицина с производными спорангина. Следует соблюдать осторожность при одновременном применении с азитромицином ввиду описанного взаимодействия азитромицина (макролидного антибиотика) с данными лекарственными средствами с увеличением их концентрации и оказываемого терапевтического эффекта.
Особые указания: В отдельных случаях сообщалось, что после приема азитромицина возникали серьезные аллергические реакции, такие как: ангионевротический отек и анафилактические реакции. Пациентам с тяжелой патологией печени препарат противопоказан. Азитромицин может назначаться при беременности только в случае, если ожидается превышение пользы от ожидаемого терапевтического эффекта над риском для плода. Препарат Азитромицин Сандоз® противопоказан в грудное вскармливание. Поскольку неизвестно, попадает ли азитромицин в грудное молоко, женщинам на ребенка при кормлении через молоко груди, следует перевести кормление грудью на период приема азитромицина. Дети, с массой тела 10-45 кг рекомендуется назначать препарат азитромицина в виде суспензии. Отсутствуют данные относительно применения препарата в форме суспензии у детей в возрасте до 1 года. Особенности адвлия лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами: В редких случаях могут быть случаи головокружения и судороги. В таких случаях необходимо воздержаться от управления транспортными средствами и занятий другими потенциально опасными видами деятельности.
Условия отпуска: по рецепту врача.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Азитромицин Сандоз®, РК-ПС-5Нv021394 от 22.05.2015 г. до 22.05.2020 г.

Амоксициллин + клавулановая кислота



Длительностью таблеток			Таблетки обычной оболочки	
Амоксиклав® Q1 375 мг/125 мг	Амоксиклав® Q1 875 мг/125 мг	Амоксиклав® Q1 500 мг/125 мг	Амоксиклав® Q1 500 мг/125 мг	Амоксиклав® Q1 875 мг/125 мг
по 3 таблетки 3 раза в сутки (каждые 8 часов)	по 1 таблетку 2 раза в сутки (каждые 12 часов)	по 1 таблетку 2 раза в сутки (каждые 12 часов)	по 1 таблетку 2 раза в сутки (каждые 12 часов)	по 1 таблетку 2 раза в сутки (каждые 12 часов)

Торговое название: Амоксиклав® Q1
Лекарственная форма: Таблетки для перорального приема 375 мг/125 мг, 875 мг/125 мг.

Показания к применению: Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов (острый бактериальный синусит, острый средний отит, инфекция внешнего среднего уха, острый фарингит, острый тонзиллит, острый средний отит); инфекции нижних дыхательных путей (бронхит, ангина, бронхит, пневмония); инфекции мочевыводящих путей (цистит, лейкоцитария, инфекция почек и системы нижнего отдела мочевыводящих путей, пиелонефрит, инфекция почек и системы мочевыводящих путей); инфекции кожи и мягких тканей (инфекция фолликулы, угревая сыпь, импетиго); инфекции уха; инфекции женских половых органов (вагинальный кандидоз); инфекции опорно-двигательного аппарата (инфекция опорно-двигательного аппарата).

Способ применения и дозы: Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела > 40 кг: Амоксиклав® Q1 500 мг/125 мг применять по 1 таблетке 2 раза в сутки (каждые 12 часов) до 5-14 дней, либо Амоксиклав® Q1 875 мг/125 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки (каждые 12 часов). Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела < 40 кг: Амоксиклав® Q1 375 мг/125 мг применять по 1 таблетке 2 раза в сутки (каждые 12 часов) до 5-14 дней.

Побочные действия: Часто - тошнота, диарея. Часто - запор, раздражение желудка и системы пищеварения. Иногда - тошнота, рвота, диспепсия, метеоризм, увеличение количества лейкоцитов, увеличение количества эозинофилов, увеличение количества нейтрофилов.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к азитромицину и другим азитромициновым макролидам или любым из вспомогательных веществ, тяжелые нарушения функции печени и почек, редкие наследственные формы intolerance футозола, синдром глюкозо-6-фосфатной галактозы (из-за содержания сахарозы), ферментопатия (из-за содержания аспартама).

Лекарственные взаимодействия: Пациентам, получающим азитромицин и антициты, не следует принимать эти лекарственные средства одновременно. Азитромицин следует принимать за один час до или через два часа после приема антацида. При совместном применении азитромицина и дигоксина возможно повышение концентрации дигоксина в крови. Не рекомендуется одновременное применение азитромицина с производными спорангина. Следует соблюдать осторожность при одновременном применении с азитромицином ввиду описанного взаимодействия азитромицина (макролидного антибиотика) с данными лекарственными средствами с увеличением их концентрации и оказываемого терапевтического эффекта.
Особые указания: В отдельных случаях сообщалось, что после приема азитромицина возникали серьезные аллергические реакции, такие как: ангионевротический отек и анафилактические реакции. Пациентам с тяжелой патологией печени препарат противопоказан. Азитромицин может назначаться при беременности только в случае, если ожидается превышение пользы от ожидаемого терапевтического эффекта над риском для плода. Препарат Азитромицин Сандоз® противопоказан в грудное вскармливание. Поскольку неизвестно, попадает ли азитромицин в грудное молоко, женщинам на ребенка при кормлении через молоко груди, следует перевести кормление грудью на период приема азитромицина. Дети, с массой тела 10-45 кг рекомендуется назначать препарат азитромицина в виде суспензии. Отсутствуют данные относительно применения препарата в форме суспензии у детей в возрасте до 1 года. Особенности адвлия лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами: В редких случаях могут быть случаи головокружения и судороги. В таких случаях необходимо воздержаться от управления транспортными средствами и занятий другими потенциально опасными видами деятельности.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Амоксиклав® Q1, РК-ПС-39v02094, РК-ПС-39v02097, от 03.05.2015 г. до 03.05.2020 г. Амоксиклав® Q1, РК-ПС-39v02094, РК-ПС-39v02097, от 03.05.2015 г. до 03.05.2020 г.

мотивы, живописные места и многое другое. Большинство производителей 3D-панелей, знающих толк в эстетическом функционале трёхмерных изделий, предлагают заказывать их у себя по готовым эскизам.

Декоративные панели не нужны в создании специального микроклимата и особенном уходе. Протирать их можно влажными салфетками или мыть щадящими химическими средствами без абразивов. В чистке 3D-панелей можно использовать пылесос или щётку с мягкими волокнами.

К единственному недостатку 3D-панелей относится создание обрешёток для их надежного крепления. Создавая тем самым дополнительную объёмность, что, несомненно, сказывается на пространстве. Поэтому в небольших комнатах не рекомендуется устанавливать стеновые 3D-панели.

Далее мы перечислим вам еще несколько новинок в отделке стен интерьера, но лишь с небольшим описанием, т.к. объем данной статьи не позволит подробно рассказать о каждом материале!

Стеклообои создадут полную иллюзию любой фактуры, любого цвета и любой поверхности, при этом отлично маскируют даже серьезные дефекты стен, укрепляют основание. Их можно мыть и при желании – даже красить.

Граффито – это цветная декоративная штукатурка. Она состоит из грунта, а также накрывочных цветных слоев. На них процарапывается силуэтный рисунок. Латексные и силикатные штукатурки. Первым не страшны механические воздействия, вторые – не загрязняются, а также не разбухают.

Королевское богатство интерьера способны создать **флоковые покрытия**, основную структуру которых составляет мелкий акрил. За счет дополнительных включений они способны придать стене абсолютно достоверную имитацию яшмы или малахита, велюра или меха шиншиллы, а также кожи или замши.



Очень дорого и современно смотрится **кожаная плитка**, а высокотехнологичные штукатурки создадут стильный интерьер в помещениях с особыми условиями: латексные варианты свободно переносят высокий уровень механических воздействий, а силикатные не способны загрязняться или разбухнуть.

Гибкий камень по своим свойствам можно с уверенностью назвать уникальным материалом. Эластичный, толщиной всего в 1,5–03 мм, состоящий из цветной натуральной мраморной крошки

и экологически чистого полимера, гибкий камень имитирует песчаник, клинкерный кирпич, сланец и другие подобные материалы.

Способность передать натуральную природную структуру, а также большое разнообразие оттенков, несомненно, одни из наиболее заметных достоинств, которые понравятся желающим придать своему дому эксклюзивности. Также этот материал довольно прочен и неприхотлив при монтажных работах. Гибкий камень можно применять для оформления каминов, бассейнов и саун, в интерьере ванных комнат, кухонь, а также входных групп. Кроме того, этот материал используют для облицовки стен и заборов, фасадов.

Жидкие обои – это экологически чистый материал, основанный на натуральных волокнах целлюлозы или хлопка. С такими обоями вы избежите появления грибка или плесени, так как стены будут в буквальном смысле «дышать». При повреждении ка-

ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ РТА



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
ДЕЙСТВИЯ 2-8 ЧАСОВ



НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ:
ЧЕРЕЗ 2-3 МИНУТЫ



БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ
ДЕЙСТВИЕ



ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ
ДЕЙСТВИЕ

HOL-KZ-1512-132

ХОЛИСАЛ®
гель стоматологический

ХОЛИСАЛ®

гель стоматологический

Состав: холина салицилат
цеталкония хлорид

Показания к применению:

- воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта;
- эрозивно-язвенные поражения оболочки полости рта;
- гингивит;
- пародонтит.

Способ применения и дозы:

Небольшое количество геля выдавливают на чистый палец и втирают легкими массирующими движениями на пораженный участок слизистой оболочки полости рта. Применять 2-3 раза в сутки перед приемом пищи и перед сном.

Побочные действия:

в месте применения может наступить непродолжительное, проходящее жжение, аллергические реакции.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к салицилатам и другим компонентам лекарственного средства;
- III триместр беременности, период лактации;
- детский возраст до 3 лет.

Особые указания:

Беременность: в I и II триместрах беременности Холисал® применяется только в случаях, когда ожидаемый терапевтический эффект для матери превышает потенциальный риск у плода.

Условия отпуска из аптек:

без рецепта.

Перед применением внимательно прочитайте инструкцию по медицинскому применению.

РК-ЛС-5№ 010848 от 26.11. 2012 до 26.11.2017

Представительство ООО «ВАЛЕАНТ» в Республике Казахстан.
050059, Республика Казахстан, г. Алматы, проспект Аль-Фараби, д. 17
Бизнес-центр «Нурлы-Тау», блок 4Б, офис 1104
тел. +7 7273 111 516; факс +7 7273 111 517

кого-либо участка вы сможете легко устранить проблему, не прибегая к ремонту всей поверхности стены. Кроме того, жидкие обои антистатичны, поэтому они явно завоюют расположение у аллергиков, которые не терпят пыли. Самое главное, такие обои не требуют тщательной подготовки оснований, как обычные, а наоборот – замаскируют мелкие неровности, сделав стену аккуратнее.

Из недостатков можно выделить относительно высокую цену. Водорастворимость жидких обоев тоже не назовешь преимуществом, но эту проблему возможно сгладить, покрыв поверхность стен водорастворимым лаком.



Древесный композит, обладающий светопропускными свойствами, – еще один материал, достойный нашего с вами внимания. Тонкие деревянные панели соединены между собой стекловолокном, при этом материал очень прочен и герметичен. В зависимости от расстояния между панелями и вида древесины варьируется степень светопропускания.

Такой материал удобно использовать в отделке помещений и при изготовлении внутренних перегородок. Многие дизайнеры советуют применять его в домашних кинотеатрах, так, на него можно проецировать фильмы.

Шумопоглощающие обои – новая тенденция в современном ремонте. Главным отличием этих обоев является толщина полотна, которое состоит из трех слоев. Верхний и нижний слой более плотные, а средний делают из специального шумопоглощающего пористого материала. Кроме того, шумопоглощающим эффектом обладают обои из пробковых натуральных материалов.

Новинки для пола

Новые технологии в ремонте квартир добрались и до напольного покрытия. На мой взгляд, самым красивым и практичным из новинок для пола это 3D полы.

Преимущества 3D полов.

В последнее время декоративные 3D полы пользуются огромной популярностью среди дизайнеров всего мира. Уже само название говорит о нечто космическом и недостижимом. С помощью определенных техник можно создать изображение, которое будет под определенным углом казаться до удивления объемным и живым.

Желаете прямо в спальне создать настоящую иллюзию обитания всяческих морских жителей? Или вы предпочтете изобразить в детской комнате кукольную долину? Поверьте, это реально, а главное – не так уж и дорого, как может многим показаться.

По сути, технология таких полов не многим отличается от простых наливных полов. Их делают с помощью жидких полимеров. У 3D полов верхний слой – это прозрачная пленка, под которую помещают разного рода изображения (объемные картинки, надписи, геоме-



трические фигуры и так далее). Да, для таких полов материалы недешевые, но много их не потребуется даже для большой площади. Так что это не непоколебимая роскошь наблюдать, как под ногами переливается рыба чешуя или бушует огромный водопад.

Первое и главное преимущество таких полов – полная неуязвимость. Чтобы принести этому материалу любой вред или поцарапать его, требуется приложить титанические усилия. Так что пол подойдет для ванной и кухни, для гостиной, если вы относитесь к любителям шумных торжеств и веселья до беспамятства. Химические, физические воздействия, температуры – ничего не может преодолеть несокрушимость данных полимеров. Так что



многие выбирают эти полы для детских, чтобы дети могли творить там все, что им придет в голову. Еще одно явное преимущество 3D полов – легкое мытье. Еще полы не собирают грязь. Наливной пол – идеально гладкая поверхность, там нет щелей, в которые забираются комочки грязи и пыль. Так что уборка такого пола – это ленивое протирание тряпкой раз в неделю. Технология сравнительно новая, но уже известно, что 3D полы почти не изнашиваются. Буквально за несколько дней можно разобраться и с дизайном, и с желаемой картинкой, а еще увидеть уже полы у себя дома. Так что срок производства этих полов заставляет от зависти корчиться производителей ламината и паркета. Но если в вашем доме пол для этого не совсем подходит, то это немного замедлит процесс – потребуется подготовить основу.

У вас под ногами могут ожить самые безумные фантазии! Что угодно! Водопады, горы, леса, океан, животные – это все можно ощутить, представить хоть на минутку, что все это настоящее. Стоит заметить, что материалы экологически чистые – это позволяет их без опаски размещать в пределах доступа домашних питомцев и детей.

И еще немного о нескольких новинках покрытия пола.

Кварц-виниловые плиточные материалы по сравнению с обычными плиточными материалами имеют более высокую устойчивость



к истиранию и механическим повреждениям, удобство в монтаже, экологичность, эластичность, а также обладают отличными теплоизоляционными свойствами и не боятся воды.

Флотекс. По строению напоминает совмещение ковролина и плит ПВХ. Мягок, практичен, водонепроницаем, антибактериален.

Кожаный пол. Состоит из плит средних размеров, которые монтируются так же просто, как ламинат. Изготавливается из HDF-

основания, слоя керамогранита и слоя кожи. Он особенно понравится любителям ходить без тапочек.

Живой пол. «Жидкая», или так называемая живая, плитка с поверхностью из закаленного стекла применима не только для напольных покрытий, но также и для отделки столешницы или обеденного стола. Такая плитка реагирует на прикосновения или шаги человека, меняя при этом рисунок, что, конечно, добавит интерьеру индивидуальности и оригинальности. «Жидкая» плитка обладает массой преимуществ. Она легко моется, а также подавляет излишнюю вибрацию и звуки, что позволяет по ней ступать практически бесшумно.

К недостаткам же можно отнести неустойчивость к низким температурам, а острые предметы могут оставить заметные следы. Ко всему прочему, такая плитка не выдерживает больших нагрузок, таких как тяжелые предметы.

Использование привычных отделочных материалов при оформлении интерьера, конечно же, оберегает нас от рискованных экспериментов в стенах родного дома. Однако игнорировать новинки в мире дизайна совершенно не стоит. Ведь недаром многие технологии стремятся к совершенству и призваны не только украсить жилье по-новому, но и упростить задачи во время проведения самого ремонта. И пусть ваш дом всегда будет уютным и чистым!

Подготовила Ольга Шматова



Пневмония

Информационный бюллетень №331
Ноябрь 2015 г.

Основные факты

Пневмонию могут вызывать вирусы, бактерии и грибки.

Пневмонию можно предупредить с помощью иммунизации, адекватного питания и устранения экологических факторов.

Пневмонию, вызванную бактериями, можно лечить антибиотиками, однако только одна треть детей с пневмонией получают необходимые им антибиотики.

Пневмония является одной из форм острой респираторной инфекции, воздействующей на легкие. Легкие состоят из мелких мешочков, называемых альвеолами, которые при дыхании у здорового человека наполняются воздухом. При пневмонии альвеолы заполняются гноем и жидкостью, что делает дыхание болезненным и ограничивает поступление кислорода.

Пневмония является важнейшей отдельно взятой инфекционной причиной смертности детей во всем мире. Она является причиной 15% всех случаев смерти детей в возрасте до 5 лет во всем мире. Пневмония распространена повсеместно, но дети и семьи страдают от этой болезни в наибольшей степени в Южной Азии и африканских странах, располо-

женных к югу от пустыни Сахара. Пневмонию можно предупредить с помощью простых мер, она поддается лечению простыми недорогостоящими препаратами при надлежащем уходе.

Причины

Пневмония вызывается целым рядом возбудителей инфекции, включая вирусы, бактерии и грибки. К числу наиболее распространенных относятся:

- *streptococcus pneumoniae* – наиболее распространенная причина бактериальной пневмонии у детей;
- *haemophilus influenzae type b (Hib)* – вторая по частоте причина бактериальной пневмонии;
- респираторно-синцитиальный вирус является распространенной причиной вирусной пневмонии;
- у ВИЧ-инфицированных детей одной из наиболее распространенных причин пневмонии являются *pneumocystis jiroveci*. Эти микроорганизмы приводят по меньшей мере к одной четверти всех случаев смерти ВИЧ-инфицированных детей от пневмонии.

Передача инфекции

Существует несколько путей распространения пневмонии. Вирусы и бактерии, которые обычно присутствуют в носу или горле ребенка, могут инфицировать легкие при их вдыхании. Они могут также распространяться воздушно-капельным путем при кашле или чихании. Кроме того, пневмония может передаваться через кровь, особенно во время родов или сразу после них. Необходимо проведение дополнительных исследований для изучения различных патогенных микроорганизмов, вызывающих пневмонию, и путей их передачи, так как это имеет важнейшее значение для лечения и профилактики.

Симптомы

Симптомы вирусной и бактериальной пневмонии схожи. Однако симптомы вирусной пневмонии могут быть более разнообразными, чем симптомы бактериальной пневмонии.

У детей в возрасте до 5 лет с симптомами кашля и/или затрудненного дыхания, сопровождающимися или не сопровождающимися высокой температурой, диагноз пневмонии ставится при наличии учащенного дыха-



ния или втяжения нижней части грудной клетки, если грудная клетка втягивается или отводится назад при вдохе (у здорового человека при вдохе грудная клетка расширяется). Свистящее дыхание чаще наблюдается при вирусных инфекциях.

Грудные дети при очень тяжелом течении заболевания могут быть не способны принимать пищу или питье, у них могут наблюдаться также потеря сознания, гипотермия и судороги.

Факторы риска

Хотя большинство здоровых детей способны справиться с инфекцией с помощью защитных сил собственного организма, дети с нарушением иммунной системы подвергаются большему риску развития пневмонии. Иммунная система ребенка может быть ослаблена недостаточным или неправильным питанием. Это касается особенно детей грудного возраста, не получающих исключительно грудное вскармливание.

Предшествующие заболевания, такие как симптоматические ВИЧ-инфекции и корь, также повышают риск заболевания пневмонией у детей.

Восприимчивость ребенка к пневмонии также увеличивается под воздействием следующих экологических факторов:

- загрязнение воздуха внутри помещений, вызванное приготовлением пищи и использованием биотоплива (например, дерево или навоз) для отопления;
- проживание в перенаселенных жилищах;
- курение родителей.

Лечение

Пневмонию, вызванную бактериями, можно излечить антибиотиками. Предпочтительным антибиотиком является амоксициллин в диспергируемых таблетках. Они обычно назначаются в медицинском центре или

больнице, но в подавляющем большинстве случаев пневмонию у детей можно эффективно лечить в домашних условиях недорогими оральными антибиотиками. Госпитализация рекомендуется только в очень тяжелых случаях.

Профилактика

Предупреждение пневмонии у детей является одним из основных компонентов стратегии сокращения детской смертности.

Иммунизация против Hib, пневмококка, кори и коклюша является наиболее эффективным способом профилактики пневмонии.

Важное значение для повышения защитных сил организма ребенка имеет адекватное питание, начиная с исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни. Оно также эффективно для предупреждения пневмонии и сокращения продолжительности болезни.

Борьба с такими экологическими факторами, как загрязнение воздуха внутри помещений (например, путем использования доступных по цене экологически чистых кухонных плит), и создание условий для соблюдения правил гигиены в перенаселенных жилищах также снижает число детей, страдающих пневмонией.

Для снижения риска заболевания пневмонией ВИЧ-инфицированным детям ежедневно дается антибиотик котримоксазол.

Экономические издержки

Стоимость лечения антибиотиками всех детей, страдающих пневмонией в 66 странах, в которых проводится мониторинг показателей выживаемости матерей, новорожденных и детей в рамках инициативы «Отсчет времени до 2015 года», составляет примерно 109 миллионов долларов США в год. Цена лечения

включает стоимость антибиотиков и средств диагностики пневмонии.

Деятельность ВОЗ

ВОЗ и ЮНИСЕФ работают по «Глобальному плану действий по борьбе с пневмонией и диареей». Его целью является активизация борьбы с пневмонией путем проведения комбинированных мероприятий по защите детей от пневмонии, ее профилактике и лечению, включая следующие мероприятия:

- **защита** детей от пневмонии, в том числе стимулирование исключительного грудного вскармливания и мытья рук, а также уменьшение загрязнения воздуха внутри помещений;
- **профилактика** пневмонии с помощью вакцинации;
- **лечение** пневмонии: обеспечение правильного лечения для каждого ребенка – либо с помощью работника здравоохранения на уровне отдельных сообществ, либо, в случае тяжелого заболевания, в медицинском учреждении, а также предоставление антибиотиков и кислорода, необходимых для выздоровления.

Ряд стран, включая Бангладеш, Замбию, Индию, Кению и Уганду разработали планы на уровне отдельных районов, штатов и стран для активизации действий для борьбы с пневмонией и диареей.

Многие другие включили конкретные действия по борьбе с диареей и пневмонией в свои национальные стратегии по охране здоровья и выживанию детей. Многие страны включили в повестку дня на период после Целей тысячелетия в области развития ликвидацию предотвратимой смертности от диареи и пневмонии в качестве одного из приоритетных действий.

Более подробную информацию можно найти: WHO Media centre

Эл. почта: mediainquiries@who.int



- биодоступность амоксициллина 93%
- диспергируемые таблетки Солютаб - можно проглотить целиком или приготовить суспензию

ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ®

амоксициллин

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: Таблетки диспергируемые 125 мг, 250 мг, 500 мг, 1 000 мг. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** Противомикробные препараты для системного применения. Бета-лактамные антибактериальные препараты. Пенициллины широкого спектра действия. Амоксициллин. Код АТХ J01CA04. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** инфекции органов дыхания; инфекции органов мочеполовой системы; инфекции органов желудочно-кишечного тракта; инфекции кожи и мягких тканей. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Препарат принимают внутрь до или после приема пищи. Таблетку можно проглотить целиком, разделить на части или разжевать, запив стаканом воды, а также можно развести в воде с образованием сиропа (в 20 мл) или суспензии (в 100 мл) с приятным фруктовым вкусом. **Взрослым и детям старше 9 лет** назначают по 500 - 750 мг 2 раза/сут или по 375 (полторы таблетки по 250 мг) - 500 мг 3 раза/сут. Минимальная разовая доза 375 мг (полторы таблетки по 250 мг), максимальная суточная 1 500 мг. При хронических заболеваниях, рецидивирующих инфекциях и инфекциях тяжелого течения доза препарата может быть увеличена: взрослым назначают по 750 мг - 1 г 3 раза/сут, минимальная разовая доза 750 мг, максимальная суточная 3 000 мг. **Детям от 3 до 9 лет** назначают по 375 мг (полторы таблетки по 250 мг) 2 раза/сут или по 250 мг 3 раза/сут. Минимальная разовая доза 250 мг, максимальная суточная 750 мг. **Детям в возрасте от 1 до 3 лет** назначают по 250 мг 2 раза/сут или по 125 мг 3 раза/сут. Минимальная разовая доза 125 мг, максимальная суточная 500 мг. Суточная доза препарата для детей составляет 30-60 мг/кг/сут., разделенная на 2-3 приема. Минимальная разовая доза 10 мг/кг, максимальная суточная 60 мг/кг. При лечении тяжелых инфекций и таких заболеваниях как, острый средний отит, предпочтителен трехкратный прием. При хронических заболеваниях, рецидивирующих инфекциях и инфекциях тяжелого течения доза препарата может быть увеличена; **детям 60 мг/кг/сут, разделенные на 3 приема, минимальная разовая доза 20 мг/кг, максимальная суточная 60 мг/кг.** При острой неосложненной гонорее назначают 3 г препарата в 1 прием в сочетании с 1 г пробенецида. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:** Часто: аллергические кожные реакции (макулопапулезная сыпь). Редко: изменение вкуса, тошнота, рвота, диарея, анальный зуд, мультиформная экссудативная эритема (синдром Стивенса-Джонсона), псевдомембранозный и геморрагический колиты. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к препарату и другим бета-лактамным антибиотикам, инфекционный мононуклеоз и лимфолейкоз. **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ:** Пробенецид, фенилбутазон, оксифенбутазон и, в меньшей степени, ацетилсалициловая кислота, индометацин и сульфаниламиды подавляют тубулярную секрецию пенициллинов, удлиняя период полувыведения из плазмы и повышая уровень в плазме. Амоксициллин применяется в терапии в сочетании с пробенецидом. Бактерицидные антибиотики (в т.ч. аминогликозиды, цефалоспорины, ванкомицин, рифампицин) при одновременном приеме оказывают синергидное действие. Возможен антагонизм при приеме с некоторыми бактериостатическими препаратами (например, тетрациклины, макролиды, хлорамфеникол, сульфаниламиды). Одновременный прием с эстрогенсодержащими оральными контрацептивами может приводить к снижению их эффективности и повышению риска развития ациклических кровотечений. Одновременное назначение с аллопуринолом увеличивает частоту кожных реакций. **Применение в педиатрии:** Не рекомендуется применение у детей до 1 года. Детям до 9 лет не рекомендуется применять дозировку Флемоксина Солютаб® 500 мг и 1000 мг. **Беременность и период лактации:** Применение при беременности возможно после врачебной оценки риска/пользы от лечения. В небольших количествах препарат выделяется с грудным молоком, что может привести к развитию явлений сенсибилизации у ребенка. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** по рецепту. **ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:** Астеллас Фарма Юроп Б.В., Силвиусверг 62, 2333 BE, Лейден, Нидерланды.

АДРЕС ОРГАНИЗАЦИИ, ПРИНИМАЮЩЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПРЕТЕНЗИИ ОТ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПО КАЧЕСТВУ ПРОДУКЦИИ (ТОВАРА): Представительство Компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» в РК, г. Алматы, пр. Аль-Фараби 15, ПФЦ «Нурлы Тау» здание 4В, офис 20. Тел.: +7 (727) 311 1390. Факс: +7 (727) 311 1389.

Перед назначением и применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.

PK-ЛС-5№005034 от 24.09.2012 до 24.09.2017; PK-ЛС-5№005052 от 24.09.2012 до 24.09.2017; PK-ЛС-5№005033 от 24.09.2012 до 24.09.2017; PK-ЛС-5№005032 от 24.09.2012 до 24.09.2017

Почему важно принимать Аспирин® Кардио длительный срок?

Почему при простуде Аспирин® назначается всего на неделю, а кардиолог или невропатолог обычно настаивают на длительном, неограниченно долгом, применении Аспирина® Кардио? Для начала очень кратко вспомним, на что действует этот препарат.

Ацетилсалициловая кислота (АСК), действующее вещество Аспирина® Кардио, замедляет развитие атеротромбоза (процесса образования тромбов на местах атеросклеротических поражений в артериях). Именно он является «главным убийцей» в мире – причиной развития инфаркта и инсульта¹.

Атеросклероз не имеет сроков давности, он постоянно прогрессирует и способен настичь в любой момент. Одним из важнейших механизмов развития тромбов в артериях является реакция агрегации тромбоцитов (процесс слипания кровяных пластинок друг с другом). Именно поэтому Аспирин® Кардио, подавляющий способность этих клеток к склеиванию, стал одним из основных препаратов в лечении и профилактике инфарктов².

АСК необратимо подавляет функцию тромбоцитов, однако ежедневно в крови появляется приблизительно 10% новых кровяных пластинок, способных к участию в тромбообразовании. Поэтому препарат назначается на длительные сроки.

Атеросклероз и тромбы в сосудах возникают под действием факторов риска сердечно-сосуди-

стых заболеваний. К ним относят мужской пол, курение, возраст (для мужчин – старше 45 лет, для женщин – старше 55 лет), гипертонию, наследственную предрасположенность. В связи с этим, Аспирин® Кардио нередко назначают пациентам, которые не перенесли инфаркта или инсульта, но имеется несколько факторов сердечно-сосудистого риска либо диагностированы заболевания, предвещающие риск инфаркта и инсульта (стенокардия, преходящие нарушения мозгового кровообращения)^{3,4}.

Особенно необходимо длительное, непрерывное, применение

Аспирина® Кардио пациентам, уже перенесшим инфаркт или инсульт, операции на коронарных артериях для предотвращения повторных событий^{3,6}. Недавнее исследование показало, что у пациентов, ранее перенесших инфаркт, но переставших принимать аспирин риск развития повторного, инфаркта миокарда повышается почти в 3 раза⁵.

Таким образом, именно регулярный прием Аспирина® Кардио дает возможность уменьшить риск развития инфаркта и инсульта и смерти от них.

Ключевые слова: профилактика заболеваний сердечно сосудистой системы, профилактика сердечно сосудистых заболеваний, профилактика инсульта, +для профилактики сердца препараты, аспирин кардио, профилактика тромбоза, профилактика инфаркта миокарда

Список литературы

1. Отчёт Американской ассоциации сердечно-сосудистых заболеваний о болезнях сердца и статистике инсультов, версия 2015 года (Heart Disease and Stroke Statistics-2015 Update A Report From the American Heart Association, Dariush Mozaffarian et al)
2. Аспирин® Кардио – наиболее часто применяемый препарат АСК в мире препарат №1 в мире для профилактики инфаркта и инсульта (за исключением пациентов, которые нуждаются в антикоагулянтной терапии, включая пациентов с фибрилляцией предсердий). Отчет международной исследовательской Компании IMS Health Мидас за период июнь 2016 г. МАТ.
3. Рекомендации по антитромботической терапии у больных со стабильными проявлениями атеротромбоза. Подготовлены Е.П. Панченко с участием Е.С. Кропачевой, Атеротромбоз 1(2), 2009, стр. 39-54.
4. Аспирин® Кардио (Aspirin® Cardio). Инструкция по применению
5. Досрочное прекращение приема низких доз аспирина и риск инфаркта миокарда: анализ примеров из практики первичной медицинской помощи в Великобритании (Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care., Luis A García Rodríguez et al., BMJ 2011; 343 doi., (Published 19 July 2011).
6. Применение ацетилсалициловой кислоты в низких дозах для первичной профилактики, неотложной терапии и вторичной профилактики ишемического инсульта, Савустьяненко А.В., Артериальная гипертензия №6(26), 2012



АСПИРИН КАРДИО®

СЕРДЕЧНЫЙ АСПИРИН



L.KCA.GM.2015-04-15.0297

Для профилактики инфарктов и инсультов

Торговое название: Аспирин Кардио®. **Международное непатентованное название:** Ацетилсалициловая кислота. **Лекарственная форма:** Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 100 мг или 300 мг. **Показания к применению:** Для снижения риска развития острого инфаркта миокарда при наличии сердечно-сосудистых факторов риска (например, сахарный диабет, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение, пожилой возраст), для снижения риска заболеваемости и смертности у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, для вторичной профилактики инсульта, для снижения риска развития транзиторной ишемической атаки, для снижения заболеваемости и смертности при стабильной и нестабильной стенокардии, для профилактики тромбоза после операций и инвазивных вмешательств на сосудах (например, ангиопластика, аортокоронарное шунтирование, артериовенозное шунтирование), для профилактики тромбоза глубоких вен и тромбоза легочной артерии при длительной иммобилизации (например, после большого хирургического вмешательства). **Способ применения и дозы:** Для приема внутрь. Таблетки Аспирина кардио следует принимать перед едой, запивая большим количеством жидкости. 100–300 мг/сутки. **Побочные эффекты:** диспепсия, абдоминальные боли и боли в желудочно-кишечной области, воспаление ЖКТ, язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, крайне редко приводящие к желудочно-кишечным кровотечениям и перфорациям; кожная сыпь, крапивница, отеки, кожный зуд, головокружения и звон в ушах. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к АСК и другим салицилатам, или к любому из вспомогательных веществ препарата, бронхиальная астма в анамнезе, индуцированная приемом салицилатов и НПВП, острые язвы ЖКТ, геморрагический диатез, тяжелая почечная недостаточность, тяжелая печеночная недостаточность, тяжелая сердечная недостаточность, сочетанное применение с метотрексатом в дозе 15 мг в неделю и более, последний триместр беременности, период лактации, детский возраст (до 18 лет). **Применять с осторожностью при следующих состояниях:** при гиперчувствительности к анальгетикам, противовоспалительным, противоревматическим средствам и при других видах аллергии, при наличии в анамнезе язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, при совместном применении с антикоагулянтами, при нарушении функции почек или кровообращения, при нарушении функции печени. Факторами риска являются наличие бронхиальной астмы в анамнезе, сенной лихорадки, полипоза носа, хронических заболеваний дыхательной системы, а также аллергических реакций на другие вещества. **Форма выпуска и упаковка:** По 10 таблеток в контурной ячейковой упаковке из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой. По 2 или 3 контурных упаковки вместе с инструкцией по применению на государственном и русском языках помещают в картонную пачку. **Условия отпуска из аптек:** Без рецепта. **Производитель:** Байер Фарма АГ, Германия.

PK-ЛС- 5N°013404 от 17.02.2014. PK-ЛС- 5N°013405 от 17.02.2014.

Разрешение № KZ66VBV00000352 от 05.08.2014

Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.


За информацией обращайтесь по адресу:

ТОО «Байер КАЗ»

ул. Тимирязева, 42, бизнес-центр «Экспо-Сити», пав. 15
050057 Алматы, Республика Казахстан, тел.: +7 727 258-80-40,
факс: +7 727 258 80 39, e-mail: kz.claims@bayer.com



Science For A Better Life



Большая испанская семья

Глубокое уважение к своим корням и многовековые традиции – тот фундамент, на котором стоит испанская фармация, между прочим, имеющая самую богатую историю в Европе. И сегодня, вместе со стандартизацией и всеми современными тенденциями, в местных аптеках сохраняется дух семейственности и родственного тепла.

Бизнес по наследству

«Европейская фармация зародилась у нас!», – с гордостью заявляют Италия, Эстония, Франция и ряд других стран, где имеется какое-нибудь древнее аптечное строение, точная дата постройки которого неизвестна. И можно было бы поверить им на слово, окунуться в изучение старинных манускриптов, выслушать истории гидов. Вот только есть одна крохотная неувязочка. Почему-то достаточно пройтись по любому испанскому городку, чтобы стало ясно: именно здесь сформировались те пресловутые высокие стандарты, на которые сегодня ориентируется весь мир. И дело не в древних зданиях и великих ученых. Просто Испания – то место, где чтят семью и бережно передают лучшие наработки от отца к сыну. Вообще, семья для испанца – большой и любящий клан, в основе отношений – поддержка. Семья яростно защищает честь, права, работу братьев, теток, сестер, племянников... Неудивительно, что в аптечный бизнес новому игроку здесь сложно пробиться: будущие кадры для существующих на рынке аптек готовятся с пеленок.

Фокус на сервис

Знакомый зеленый крест можно увидеть в любом населенном



пункте, на каждой улице. Всего в Испании чуть более 21 тыс. аптек. Количество контролируется: каждая аптека должна обслуживать 2,8–4 тыс. человек. Аптеки регулируются Генконсульством официальной Ассоциации фармацевтов, которое осуществляет поддержку профессии и разрабатывает политику по аптечной практике. Открыть новую аптеку непросто, конкуренция между ними высока. При этом аптечное дело, как и профессия фармацевта, высоко ценится и является процветающим бизнесом,



приносящим владельцам неплохой доход даже в кризисные времена.

Собственником аптеки в Испании может быть только дипломированный фармацевт, зарегистрированный в официальной Коллегии фармацевтов и имеющий лицензию. Каждый фармацевт имеет право владеть только одной аптекой и руководить ею лично. Поэтому в Испании нет аптечных сетей. Несколько фармацевтов могут быть совладельцами одной аптеки, если не менее 51 % принадлежит одному из них. В аптеке работает в среднем два фармацевта, отпускающих лекарственные средства в рабочие часы: с 09:30 до 14:00 и с 16:30 до 20:00. При этом испанцы знают, что если их аптека закрыта, то на ее двери они найдут адрес ближайшей дежурной аптеки (Farmacia de Guardia) и телефон доктора, которому можно позвонить в срочной ситуации.



А если в аптеке не оказалось нужного препарата, покупатель может заказать его и получить заказ в пределах 3-4 часов после обращения. Поставки от оптовиков даже в сельской местности производятся три раза в день. Дистрибьюторы поставляют в среднем 28 тыс. 500 единиц товара, из которых 83 % – это препараты, 17 % – медицинское оборудование. Выкладка, как и в Украине, ограничивается ОТС-группой и товарами для здоровья, рецептурные препараты находятся в ящиках за спиной фармацевта.

Развита в испанских аптеках экстемпоральная рецептура. Кроме того, представлен спектр дополнительных услуг: взвешивание, определение роста, измерение давления, проведение анализов крови на холестерин и уровень глюкозы. Также аптеки утилизируют неиспользованные или просроченные лекарственные средства, которые клиенты возвращают, так как выбрасывать их запрещено.

Все препараты на родине Гойи отпускаются исключительно в аптеках. Супермаркеты не имеют права на торговлю даже безрецептурными средствами, им разрешено



Национальный колорит

Чтобы понять испанский характер, нужно взглянуть в историю. Многие семьи до сих пор имеют право на имя и титул. Говорят, в Испании даже нищие – дворяне. Как и их предки, испанцы держатся с достоинством и любят жизнь. Высокомерие у них в почете. Оно проявляется в привычке не идти, а шествовать, говорить уверенно, много и громко (мы бы сказали «кричать»). Веселье в стране апельсиновых рощ связано с большими шумными собраниями. Немалую часть дохода испанцы тратят на еду и напитки. Они щедры и в отношении своего времени: если спросишь, как пройти, тебя проведут до места. Горделивость, чувство достоинства, легкость в общении, быстрота и многословность, веселость и самобытность – общие черты местных жителей.

продавать только парафармацевтику. Вместе с тем в стране общепризнано, что аптечные товары – высокого качества и самые надежные. Испанцы уверены, что крем, купленный в аптеке, не вызовет аллергической реакции. В то же время в аптеке все дороже, чем в обычном магазине, но этот выбор, как говорится, на усмотрение покупателя. Чаще всего испанцы не рискуют, покупая в супермаркетах только самые простые товары для здоровья, например пластырь.

Оригинальное в почете

Замены лекарственных средств регламентированы законом. Так, фармацевт имеет право сам заменить назначенный врачом генерик на



оригинальный препарат, иногда наоборот. Но в целом Испания является страной мощных фармацевтических производителей и отдает предпочтение оригинальным лекарствам. Проникновение генериков на испанский рынок ограничено. При этом, конечно, оригинальные препараты гораздо дороже генериков, но население в основном с этим мирится. Хотя если покупатель просит лекарство подешевле, фармацевт удовлетворит эту просьбу.

Больше, чем фармацевт

Аптечный работник в Испании проходит долгий путь до первого стола: пять с половиной лет в вузе, полугодовая практика по окончании, и только после этого можно трудо-





Бронхо-мунал®

ЛИОФИЛИЗИРОВАННЫЕ ЛИЗАТЫ БАКТЕРИЙ

СХЕМЫ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ

Схема лечения. Острый период – 1 раз в день по 1 капсуле.

Прием	Перерыв	Прием	Перерыв	Прием
10-30 дней	20 дней	10 дней	20 дней	10 дней

1 капсула в сутки – утром натощак

Дозировка препарата

	Бронхо-мунал® П 3,5мг	Бронхо-мунал® 7 мг
Дети (с 6 м. до 12 лет)	1 капс / 1 день	
Дети (с 12 до 18 лет)	2 капс / 1 день	
Взрослые (старше 18 лет)		1 капс / 1 день

Торговое название

Бронхо-Мунал®

Лекарственная форма

Капсулы 7 мг

Состав

Одна капсула содержит: активное вещество – лиофилизированный лизат бактерий 7,00 мг: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus (Diplococcus) pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae and ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes and viridans*, *Moraxella (Branhamella/Neisseria) catarrhalis*

Показания к применению

- совместное применение с другими препаратами при лечении инфекций дыхательных путей
- в качестве профилактического средства при рецидивирующих инфекциях верхних и нижних дыхательных путей (хронический бронхит, тонзиллит, фарингит, ларингит, ринит, синусит, отит).

Способ применения и дозы

Для профилактики инфекционных заболеваний дыхательных путей назначают по 1 капсуле Бронхо-Мунал® в сутки непрерывно, 10-ти дневными курсами в течение 3-х месяцев.

В острой фазе инфекционного заболевания дыхательных путей следует принимать по 1 капсуле Бронхо-Мунал® в сутки непрерывно в течение 10-30 дней.

Побочные действия

Часто: диарея; головная боль; эритема

Противопоказания

- гиперчувствительность к любому из компонентов препарата
- детский возраст до 18 лет
- первый триместр беременности

Лекарственные взаимодействия

Не установлены

Особые указания

Беременность и лактация. Во 2 и 3 триместрах беременности применение препарата Бронхо-Мунал® возможно только после тщательной оценки пользы и риска как для матери, так и для плода. При применении в период лактации следует прекратить грудное вскармливание.

Бронхо-Мунал® не оказывает влияния на способность управлять автомобилем и механизмами.

Условия отпуска из аптек По рецепту.

Бронхо-Мунал® 7 мг РК-ЛС-5№010453 от 07.12.2012 г. до 07.12.2017 г.

Торговое название

Бронхо-Мунал® П

Лекарственная форма

Капсулы 3,5 мг

Состав

Одна капсула содержит: активное вещество – лиофилизированный лизат бактерий 3,50 мг:

Haemophilus influenzae, *Streptococcus (Diplococcus) pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae and ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes and viridans*, *Moraxella (Branhamella/Neisseria) catarrhalis*

Показания к применению

- совместное применение с другими препаратами при лечении инфекций дыхательных путей
- в качестве профилактического средства при рецидивирующих инфекциях верхних и нижних дыхательных путей (хронический бронхит, тонзиллит, фарингит, ларингит, ринит, синусит, отит).

Способ применения и дозы

Дети с 6 месяцев до 12 лет.

Для профилактики инфекционных заболеваний дыхательных путей назначают по 1 капсуле Бронхо-Мунал® П в сутки непрерывно, 10-ти дневными курсами в течение 3-х месяцев. Между курсами должен сохраняться 20-дневный интервал. В острой фазе инфекционного заболевания дыхательных путей следует принимать по 1 капсуле Бронхо-Мунал® П в сутки непрерывно в течение 10-30 дней. В последующие два месяца следует принимать по 1 капсуле в сутки непрерывно в течение 10 дней каждого месяца. Между курсами должен сохраняться 20-дневный интервал. Для маленьких детей, которые не могут проглотить целую капсулу, рекомендуется вскрыть капсулу, затем смешать содержимое капсулы с напитком (вода, чай, молоко или сок) и готовую смесь принимать внутрь утром натощак.

Дети с 12 лет до 18 лет.

Для профилактики инфекционных заболеваний дыхательных путей назначают по 2 капсулы Бронхо-Мунал® П в сутки непрерывно, 10-ти дневными курсами в течение 3-х месяцев. Между курсами должен сохраняться 20-дневный интервал. При необходимости назначения антибиотика Бронхо-Мунал® П следует принимать в качестве сопутствующего средства наряду с антибиотиком.

Особые указания

Рекомендуется соблюдать 4-недельный перерыв между приемом живой вакцины и применением Бронхо-Мунал® П.

Беременность и лактация

Безопасность его применения при беременности и лактации не изучена. При применении в период лактации следует прекратить грудное вскармливание. Бронхо-Мунал® П не оказывает влияния на способность управлять автомобилем и механизмами.

Бронхо-Мунал® П 3,5 мг РК-ЛС-5№010454 от 07.12.2012 г. до 07.12.2017 г.

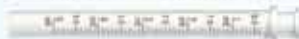
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Представительство АО «Сандоз Фармасьютикалс д.д.» в Республике Казахстан, г. Алматы, ул. Луганского 96.
Телефон: +7 (727) 258-10-48,
Факс: +7 (727) 258-10-47.
E-mail: drugsafety.cis@novartis.com,
8 800 080 0066 – бесплатный номер дозвона по Казахстану

SANDOZ A Novartis
Division

Амоксицилав®

АМОКСИЦИЛЛИН + КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА



1



2
кг

10
кг

20
кг

40
кг

АМОКСИКЛАВ® 156 мг/5 мл				АМОКСИКЛАВ® 457 мг/5 мл				АМОКСИКЛАВ® 312 мг/5 мл			
Масса тела (кг)	Суточная доза амоксициллина			Масса тела (кг)	Суточная доза амоксициллина			Масса тела (кг)	Суточная доза амоксициллина		
	2 мл/сут	4 мл/сут	8 мл/сут		2 мл/сут	4 мл/сут	7 мл/сут		2 мл/сут	4 мл/сут	8 мл/сут
2	0,5 мл 3 раза в сутки	1,0 мл 3 раза в сутки	1,6 мл 3 раза в сутки	10	1,6 мл 2 раза в сутки	2,8 мл 2 раза в сутки	—	19	2,5 мл 3 раза в сутки	5,1 мл 3 раза в сутки	—
3	0,8 мл 3 раза в сутки	1,6 мл 3 раза в сутки	2,4 мл 3 раза в сутки	11	1,7 мл 2 раза в сутки	3,1 мл 2 раза в сутки	—	20	2,7 мл 3 раза в сутки	5,3 мл 3 раза в сутки	—
4	1,1 мл 3 раза в сутки	2,1 мл 3 раза в сутки	3,2 мл 3 раза в сутки	12	1,9 мл 2 раза в сутки	3,4 мл 2 раза в сутки	—	25	3,3 мл 3 раза в сутки	6,7 мл 3 раза в сутки	—
5	1,3 мл 3 раза в сутки	2,7 мл 3 раза в сутки	4,0 мл 3 раза в сутки	13	2,0 мл 2 раза в сутки	3,7 мл 2 раза в сутки	5,7 мл 2 раза в сутки	30	4,0 мл 3 раза в сутки	8,0 мл 3 раза в сутки	—
6	1,6 мл 3 раза в сутки	3,2 мл 3 раза в сутки	4,8 мл 3 раза в сутки	14	2,2 мл 2 раза в сутки	3,9 мл 2 раза в сутки	6,0 мл 2 раза в сутки	35	4,7 мл 3 раза в сутки	9,3 мл 3 раза в сутки	—
7	1,9 мл 3 раза в сутки	3,7 мл 3 раза в сутки	—	15	2,3 мл 2 раза в сутки	4,2 мл 2 раза в сутки	6,5 мл 2 раза в сутки	39	5,2 мл 3 раза в сутки	10,4 мл 3 раза в сутки	—
8	2,1 мл 3 раза в сутки	4,3 мл 3 раза в сутки	—	20	3,1 мл 2 раза в сутки	5,6 мл 2 раза в сутки	8,8 мл 2 раза в сутки				
9	2,4 мл 3 раза в сутки	4,8 мл 3 раза в сутки	—								
10	2,7 мл 3 раза в сутки	5,3 мл 3 раза в сутки	—								

Торговое название: Амоксицилав®. **Международное непатентованное название:** Нет. **Лекарственная форма:** Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь, 156,25 мг/5 мл и 312,5 мг/5 мл. **Показания к применению:** Острый бактериальный синусит; острый отит среднего уха; обострение хронического бронхита; бронхопневмония; цистит; пиелонефрит; инфекции кожи и мягких тканей (в том числе флегмона, укусы животных, пародонтальный абсцесс тяжелой формы, флегмоны челюстно-лицевой области); инфекции костей и суставов (в частности остеомиелит). **Способ применения и дозы:** Дети весом более 40 кг: Данной группе пациентов рекомендуется назначать препарат в таблетках. Дети весом менее 40 кг: Дозировка от 20 мг/5 мг/кг в сутки до 60 мг/15 мг/кг в сутки, разделенная на три приема. **Побочные действия:** Очень часто: диарея. Часто: кандидоз (кожи и слизистых оболочек); тошнота; рвота. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к активным компонентам препарата из группы пенициллина или любому вспомогательному компоненту препарата; тяжелая реакция гиперчувствительности в анамнезе к другим бета-лактамам; холестатическая желтуха или другие случаи печеночной недостаточности в анамнезе (в связи с применением амоксициллина / кислоты клавулановой); детский возраст до 3-х месяцев. **Лекарственные**

взаимодействия: Отмечено увеличение международного нормализованного отношения у пациентов, принимавших аценокумарол или варфарин совместно с амоксициллином. Препараты пенициллиновой группы могут уменьшить выведение метотрексата, что вызывает потенциальное увеличение токсичности. Не рекомендуется одновременное применение бронецида. Одновременное применение аллопуринола и Амоксицилав® может повысить риск возникновения аллергических реакций. У пациентов, принимающих микофенолат мофетил, при совместном применении с препаратом Амоксицилав® концентрация активного метаболита микофеноловой кислоты при назначении начальной дозы снижается приблизительно на 50%. **Особые указания:** **Беременность.** Не рекомендуется использовать препарат во время беременности, применение возможно только в случае крайней необходимости по назначению врача. **Лактация.** Амоксициллин / кислоту клавулановую разрешается использовать во время кормления грудью только после оценки пользы / риска лечащим врачом. **Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.** Амоксицилав может вызвать такие нежелательные реакции, как аллергические реакции, судороги, которые могут повлиять на возможность управлять автомобилем и движущимися механизмами. **Условия отпуска:** по рецепту врача.

Торговое название: Амоксицилав® 2X. **Международное непатентованное название:** Нет. **Лекарственная форма:** Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь, 457 мг/5 мл (8,75 г и 17,5 г). **Показания к применению:** Острый бактериальный синусит; острый отит среднего уха; обострение хронического бронхита; бронхопневмония; цистит; пиелонефрит; инфекции кожи и мягких тканей, включая периодонтальные ткани; инфекции костей и суставов, в частности остеомиелит. **Способ применения и дозы:** Суспензию принимают перорально перед приемом пищи, чтобы уменьшить возможные желудочно-кишечные нарушения и увеличить всасывание амоксициллина/кислоты клавулановой. Для детей весом более 40 кг составляет 1750/250 мг, разделенные на два приема. Детям с массой тела менее 40 кг составляет от 25 мг/3,6 мг/кг до 45 мг/6,4 мг/кг массы тела, разделенная на два приема. Максимальная суточная доза для детей с массой тела менее 40 кг составляет 2400 мг амоксициллина/600 мг клавулановой кислоты. **Препарат не назначают детям до 2 месяцев.** **Побочные действия:** Очень часто: диарея. Часто: кандидоз (кожи и слизистых оболочек); тошнота; рвота. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к активным компонентам препарата из группы пенициллина или любому вспомогательному компоненту препарата; тяжелая реакция гиперчувствительности в анамнезе к другим бета-лактамам; холестатическая желтуха или другие случаи печеночной недостаточности в анамнезе (в связи с применением амоксициллина/кислоты клавулановой). **Лекарственные взаимодействия:** Пероральные антикоагу-

лянты. Было отмечено увеличение международного нормализованного отношения у пациентов, принимавших аценокумарол или варфарин совместно с амоксициллином. Необходимо тщательно контролировать протромбиновое время или международное нормализованное отношение при назначении и отмене амоксициллина. Препараты пенициллиновой группы могут уменьшить выведение метотрексата, что вызывает потенциальное увеличение токсичности. Совместное использование с препаратом Амоксицилав® может привести к увеличению уровней амоксициллина в крови, но не клавулановой кислоты. Одновременное применение аллопуринола и Амоксицилав® может повысить риск возникновения аллергических реакций. При совместном применении Микофенолат мофетил и Амоксицилав® концентрация активного метаболита микофеноловой кислоты при назначении начальной дозы снижается приблизительно на 50%. **Особые указания:** **Беременность.** Не рекомендуется использовать препарат во время беременности, применение возможно только в случае крайней необходимости по назначению врача. **Лактация.** Амоксициллин/кислоту клавулановую разрешается использовать во время кормления грудью только после оценки пользы/риска лечащим врачом. **Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.** Амоксицилав® может вызывать такие нежелательные реакции, как аллергические реакции, судороги, которые могут повлиять на возможность управлять автомобилем и движущимися механизмами. **Условия отпуска:** по рецепту врача.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

PK-ЛС-5№004905, PK-ЛС-5№004904 от 09.12.2016 г., без ограничения срока действия.
PK-ЛС-5№009272, PK-ЛС-5№009273 от 27.11.2015 г., действительно до 27.11.2020 г.

Представительство АО «Сандоз Фармасьютикалс д.д.» в Республике Казахстан,
г. Алматы, ул. Луганского 96. Телефон: +7 727 258 10 48, факс: +7 727 258 10 47.
e-mail: kzsdr.drugsafety@sandoz.com, 8 800 080 0066 — бесплатный номер дозвона по Казахстану

SANDOZ A Novartis Division

устроиться в аптеку. Обладая высокой квалификацией, испанские фармацевты имеют право ставить диагноз, в ряде случаев – назначать лечение, что не вызывает недопонимания у врачей. Часто врачи говорят: «Посоветуйтесь с фармацевтом». Кстати, испанцы тщательно следят за своим здоровьем и при первых признаках недомогания (например, простуда) сразу идут в аптеку. От насморка тут популярно лекарственное средство Respiribien (в переводе – «дыши свободно»), при высокой температуре или боли фармацевты рекомендуют ацетилсалициловую кислоту, парацетамол, ибупрофен и пр. Однако даже самая душещипательная история со слезами и заламыванием рук не заставит аптечного работника продать без рецепта антибиотики.

Свой бизнес и собственные клиенты – основа аптечного устройства Испании. Постоянные покупатели, как правило, живут поблизости и давно облюбовали «свою» аптеку. Испанцы воспринимают аптеку как место для приятного общения, где можно получить совет, услышать новости, встретиться с друзьями.

В первой половине дня к окошку фармацевта приходят большей частью старушки,



часто просто поговорить. Болезнь у испанцев – возможность проявить сочувствие, поучаствовать в жизни близких и знакомых. Местные фармацевты отвечают своим покупателям такой же открытостью и общительностью. Они знают своих клиентов наперечет. И не только их, но и всю родню: жен, мужей, детей, родителей, племянников, тетюшек. Связи между людьми очень тесные. Кстати, именно в аптеку испанки ведут своих маленьких дочек, чтобы проколоть уши и надеть первые сережки.

Аптеки исключительно чистые, красиво декорированные, товар аккуратно разложен по своим местам. Все фармацевты выглядят образцово, никто не приходит на работу без макияжа, на лицах – добрая улыбка. Обслуживание в аптеке, по отзывам жителей, роскошное, как в дорогих бутиках. В торговом зале царит радостное оживление и юмор.

Как им это удастся, ведь аптека по определению должна быть местом, куда человек заходит лишь из крайней необходимости? Скорее всего, дело в пресловутых традициях и человечности. Ведь в любой стране люди чувствуют неравнодушие фармацевта и



тянутся туда, где рады видеть их, а не только денежные купюры. И, наверное, это урок, который сегодня особенно полезен для украинских аптек. Ведь сейчас именно провизор, его профессионализм и умение сопереживать становится тем конкурентным преимуществом на рынке, которое даже в условиях кризиса позволяет аптеке не только выжить, но и благополучно процветать.

Источники:

who.int; eldiario.es; vademec.ru; spain-media.ru; личные впечатления автора. Полный список источников находится в редакции.

Светлана ВЕШНЯЯ

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



Кое-что о первенстве

Первые аптеки в Испании появились в XI в. Все древнейшие аптечные заведения здесь принадлежат семьям. В XVI в. в Барселоне открылось первое учебное заведение, где готовили провизоров. Уже в 1581 году в Испании была создана первая Фармакопея.



Зодиак вашей квартиры и ваше растение



Астрологи считают, что в доме есть сектора, которые находятся под покровительством 12 знаков зодиака. С помощью нехитрых способов можно гармонизировать энергетику этих зон, а значит, «оживить» и энергетику самого дома.

А вот маги древности Аргиппа Неттесгеймский и Папюс составили перечень растений, соответствующих каждому знаку зодиака. Они считали, что, ухаживая за определенными культурами, а потом употребляя их в пищу, человек насыщается присущей им энергией и ... меняется под ее влиянием! Давайте разберемся, какую пользу, помимо привычной, может принести нам все дача и квартира.

Овен (21.03 – 20.04)



Дом! Овен отвечает за двери в жилище, впуская в него «энергию начинаний». В его ведении – прихожие, коридоры и ворота.

Гармонизируйте сектор: уберите из коридора все лишнее и позаботьтесь о том, чтобы дверь не скрипела. Обновите краску на двери, если она потерлась. Талисман сектора – мелодичный дверной колокольчик.

Растение! Знаку Овна соответствует морковь, яркий оранжевый цвет которой наполняет эфирное и астральное тела такой силой, что инициативность и решительность дачника-огородника растут, подобно дрожжевому тесту для пирога. Если вы пока только строите планы, а вот до их осуществления руки не доходят, посейте грядку морковки, да не одну!

Телец (21.04 – 20.05)



Дом! Этот знак хозяйничает в столовой и управляет энергией богатства. Гармонизируйте сектор: в серванте не место треснувшим тарелкам и бокалам со сколами.

Лучше, чтобы обеденный стол был овальной или круглой формы. Талисман сектора – натюрморт на стене.

Важно! Если у вас нет столовой, задобрите Тельца вазой с фруктами на обеденном или рабочем столе.

Растение! Растение с «тельцовским» характером – укроп. Во все времена считалось, что оно привлекает прибыль, а потому желающим разбогатеть рекомендуется носить с собой – в кармане или в сумке – маленький мешочек с высушенным и измельченным укропом. Произрастая на участке, он открывает человеку дорогу на финансовый олимп.

Близнецы (21.05 – 21.06)



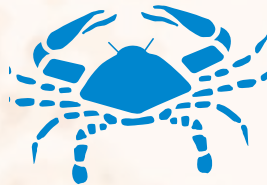
Дом! Сектор Близнецов – гостиная. При трудностях в общении и налаживании контактов энергию Близнецов стоит подпитать.

Гармонизируйте сектор: повесьте в гостиной репродукции картин модернистов, разместите фото достопримечательностей разных стран мира.

Важно! Если у вас нет гостиной, привнести в жилище энергию Близнецов помогут фигурки из аметиста или кристаллы природного кварца.

Растение! Энергию Близнецов несет в себе петрушка – постоянный ингредиент талисманов для успешной учебы и вообще хорошего усвоения информации. Кстати, замечено, что добавление петрушки в суп или вторые блюда способствует лучшей концентрации внимания.

Рак (22.06 – 22.07)



Дом! Этот знак «занял» ванную комнату. А значит, во многом именно от царящей в ней энергии зависят взаимоотношения членов семьи.

Гармонизируйте сектор: косметику и моющие средства, которые не используются ежедневно, – долой с полок! На освободившееся место поставьте статуэтку пагоды.

Растение! «Представитель» знака Рака в нашем огороде – кабачок. Древние верили, что этот овощ наделяет человека мечтательностью и развивает фантазию. Сейчас его особенно рекомендуют включать в меню трудоголикам, чтобы те научились расслабляться и справляться с переживаниями по поводу работы.

Лев (23.07 – 23.08)



Дом! Лев правит бал в кровати и на диване. Если вы стремитесь быть в центре внимания, развить лидерские качества, займитесь благоустройством спальных мест.

Гармонизируйте сектор: побалуйте Льва вышитыми диванными подушками, прикроватным светильником с позолотой. Положите монету фэн-шуй под матрас.

Растение! «Золотой цветок», как называли подсолнечник ацтеки, – олицетворение доброты и благородства. Считалось, что любой прикоснувшийся к растению обретает великодушие и щедрость. Не зря его так уважали ацтекские императоры! Посадите подсолнечник в огороде или на даче – и со временем он превратит вас в светских львов!

Дева (24.08 – 23.09)



Дом! Дева «обитает» на кухне – зоне, ответственной за наше здоровье. Гармонизируйте сектор: уют, чистота и порядок на кухне – лучший способ ублажить Деву. Острые предметы храните в закрытых ящи-

ках. Над входом в кухню повесьте талисман – музыку ветра.

Растение! Называемый в преданиях «яблоком подземного мира», картофель соответствует знаку Девы. Его функция: оттягивать на себя отрицательную энергию и помогать тем, кто занимается ремеслами. Сосредоточенная в картофеле энергия способствует профессиональному росту и высоким достижениям.



Весы (24.09 – 23.10)

Дом! У Весов нет отдельного сектора – они уравнивают в доме энергии остальных знаков. Весы любят свет и простор, поэтому – больше зеркал на стенах! Хорошо балансируют энергетику дома бусы из жемчуга, подвешенные в углу зеркала.

Растение! Любимый многими огурчик относится к знаку Весов. Этому овощу приписывают мистическое свойство примирять несовместимое, а венгерские ворожеи советуют употреблять его без кожуры, для усиления способностей к миротворчеству. Изобилие огурцов на грядке поможет обрести внутреннюю гармонию и настраивает на дипломатичный лад.



Скорпион (24.10 – 22.11)

Дом! Сектор этого знака – санузел. Скорпион управляет энергией трансформации. Так что, если вы нуждаетесь в переменах в личной жизни и на работе, уделите пристальное внимание уборной. Гармонизируйте сектор: перевяжите трубы красной тесьмой – это поможет поднять энергию ци.

Растение! Скорпионский овощ – чеснок. По преданиям, его связки на кухне не только отпугивают от дома недругов и обостряют интуицию, но и увеличивают силу воли. Возращаемый на грядке, чеснок наделяет дачника способностью ставить четкие цели и достигать их несмотря ни на что.



Стрелец (23.11 – 21.12)

Дом! Сектор Стрельца – газовая плита и камин. Этот знак поделится целеустремленностью, если вы проявите уважение к его стихии.

Гармонизируйте сектор: поместите напротив плиты и камина маленькие зеркала – они будут визуально увеличивать площадь огня, помогая ему выжигать накопившийся негатив. По вечерам зажигайте аромасвечи.

Растение! «Дитя восходящего солнца» – так ацтеки именовали помидор, овощ знака Стрельца. Древний народ верил, что тот, кто возвращает помидоры, мудр не по годам и в принятии решений опирается исключительно на доводы рассудка. Считается, что романтичным натурам этот овощ добавляет практичности и рассудительности.

Козерог (22.12 – 20.01)



Дом! Сектор Козерога – внутренние лестницы. Поднимаясь по ступенькам, вы заряжаетесь энергией для карьерного роста. Гармонизируйте сектор: визуально расширить лестничную зону и усилить ее энергию можно за счет хорошего освещения. Талисман сектора – картина с изображением парусника, подвешенная на стене возле лестницы.

Важно! Если в доме нет внутренних лестниц, порауйте Козерога комнатным виноградом или лимонным деревом – их стремительный рост наполнит дом светлой энергией.

Растение! Зеленый горошек, чья энергетика соответствует знаку Козерога, наделен особенными свойствами. Издревле горошины в стручке ассоциировались с группой людей, которых что-то объединяет. Семья, родственники, коллеги, общественная структура – сейчас это можно трактовать, как угодно. Горошек способствует лучшей социализации, быстрому и легкому вливанию в новый коллектив, гармоничным отношениям в семье и в дружеской компании.



Водолей (21.01 – 20.02)

Дом! Энергия Водолея в доме проецируется на наши планы, проекты и потенциал. Сектор этого знака охватывает места, где расположена современная техника.

Гармонизируйте сектор: вовремя убирайте пыль с компьютера, телевизора, бытовых приборов. Положите у монитора несколько камней малахита или аквамарина.

Растение! Растение Водолея – мята. В Старой Англии ее добавляли в чай для того, чтобы откинуть чопорность и стать естественнее. Произрастая на грядке, мята словно «смягчает» атмосферу на участке, дарует человеку живость и безмятежное настроение. Еще бы: ведь мята стоит на страже его тонких энергий!

Рыбы (21.02 – 20.03)



Дом! Сектор Рыб – раковины на кухне и в ванной. Этот знак отвечает за творческий потенциал и вдохновение. Гармонизируйте сектор: следите за тем, чтобы кран в мойке не подтекал. А еще Рыбы будут благодарны вам за комнатный аквариум.

Растение! Даже если на вашем дачном участке нет прудика с рыбками, то наверняка в нем найдется зодиакальная «Рыбка» – салат. В магии это растение используется во многих ритуалах, направленных на усиление обаяния и таланта внушения. Но даже не прибегая к помощи различных ритуалов, можно воспользоваться этими дарами салата. Растущий на грядке и часто употребляемый в пищу, он повышает способность подчинять себе окружающих и производить нужное впечатление.



ВИАГРА®

Силденафил

✓ Восстанавливает нарушенную эректильную функцию



Создавая вместе здоровый мир

МНН: силденафил.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

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

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:

- Для перорального применения.
- Виагру® можно принимать с пищей или без.

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.

ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: *Очень часто:* головная боль. *Часто:* головокружение; цветные искажения зрения (хлоропсия, хроматопсия, цианопсия, эритропсия, ксантопсия), расстройство зрения, нечеткость зрения; гиперемия, прилив; заложенность носа; диспепсия, тошнота.

ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к активному веществу или к любому из вспомогательных веществ; одновременный прием препаратов, являющихся донаторами оксида азота (амилитрит) или нитратов в любой форме; тяжелая печеночная недостаточность; 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; одновременный прием препаратов для лечения легочной артериальной гипертензии (бозентан, илопрост) и препаратов, содержащих силденафил или любой другой ингибитор ФДЭ-5; одновременный прием с другими пероральными или местными средствами для лечения эректильной дисфункции.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ, БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, А ТАКЖЕ В ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ: По зарегистрированному показанию препарат не предназначен для применения у детей и подростков в возрасте до 18 лет и у женщин. Надлежащих и строго контролируемых исследований применения Виагры® у беременных и кормящих грудью женщин не проводилось.

ОСНОВНЫЕ 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 Виатра® 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. Силденафил (в дозе 50 мг) не способствует усилению гипотензивного действия алкоголя у здоровых добровольцев при средних максимальных уровнях алкоголя в крови 80 мг/дл.
- 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/cGMP, силденафил способен к усилению гипотензивного эффекта нитратов, а именно к значительному снижению артериального давления. Поэтому его одновременное применение с донаторами оксида азота (амилитрит) 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 силденафилем.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА: По рецепту.

АДРЕС ОРГАНИЗАЦИИ, ПРИНИМАЮЩЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПРЕТЕНЗИИ ОТ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПО КАЧЕСТВУ ПРОДУКЦИИ (ТОВАРА):

Представительство компании «Пфайзер Эйч Си Пи Корпорэйшн» (США)
г. Алматы, ул. Фурманова, 100/4, тел. (727) 250-09-16, факс (727) 250-42-09

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ: РК-ЛС-5№012218 от 16.09.2013 до 16.09.2018

Разрешение №733 от 20.07.2016

KAZ-VIA-16.05.081 (R)

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ



НО-ШПА®

ОТ БОЛИ И СПАЗМА



Международное непатентованное название: Дротаверин.

Показания к применению:

- спазмы гладкой мускулатуры при заболеваниях желчевыводящих путей: холецистолитиаз, холангиолитиаз, холецистит, перихолецистит, холангит, папиллит;
- спазмы гладкой мускулатуры мочевыводящих путей: нефролитиаз, уретеролитиаз, пиелит, цистит, тенезмы мочевого пузыря.

В качестве вспомогательной терапии:

- при спазмах гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, спазмы кардии и привратника, энтерит, колит, спастический колит с запором и метеоризм при синдроме раздраженного кишечника;
- при головных болях напряжения;
- при гинекологических заболеваниях: дисменорея (болезненные менструации).

Способ применения и дозы:

- Взрослые: обычная доза составляет 120-240 мг в день (разделенная на 2-3 приема). Клинические исследования применения дротаверина у детей не проводились; если назначение дротаверина необходимо:
- детям в возрасте от 6 до 12 лет максимальная суточная доза составляет 80 мг в два приема,
 - детям старше 12 лет максимальная суточная доза составляет 160 мг в 2-4 приема.

Особые указания:

- При пониженном артериальном давлении применение препарата требует повышенной осторожности. Таблетка Но-шпы® 40 мг содержит 52 мг лактозы. Пациентам с редко встречающимися заболеваниями наследственной непереносимости галактозы, дефицитом лактазы Лаппа или нарушением всасывания глюкозы-галактозы принимать данный препарат не следует.

Беременность:

можно назначать только после тщательного взвешивания соотношения пользы и риска.

Лактация:

в период грудного вскармливания не рекомендуется.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к активному веществу или к любому из вспомогательных веществ препарата;
- тяжелая печеночная или почечная недостаточность;
- сердечная недостаточность (синдром низкого сердечного выброса);
- детский возраст до 6 лет.

Побочные действия

- Редко ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1000$)
- головная боль, головокружение, бессонница
 - тошнота, запор
 - учащенное сердцебиение, гипотензия
 - аллергические реакции (ангионевротический отек, крапивница, сыпь, зуд)

Условия отпуска из аптек: Без рецепта

Перед применением внимательно прочтите инструкцию по применению.

ТОО «Санofi-авентис Казахстан», 050013, г. Алматы, ул. Фурманова, 187 «Б»
Тел.: +7-727-244-50-96
Факс: +7-727-258-25-96

PK-ЛС-5 №000989 от 12.10.2013 г.
Действительно до 12.10.2018

www.sanofi.kz www.sanofi.com

SANOFI