



№ 1 (6)
березень 2015 р.
12 000 примірників
Передплатний індекс 86343

Клінічна фармація

ЛИРИКА
ПРЕГАБАЛИН
БЫСТРЫЙ ЭФФЕКТ. СТОЙКИЙ РЕЗУЛЬТАТ.



**ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2014⁵**

✓ **Нейропатическая
боль**

✓ **Генерализованное
тревожное
расстройство**

**Вываться из
замкнутого
круга боли
и тревоги**

- **Ощутимый эффект через 3 дня терапии¹**
- **Значительное снижение боли – минимум на 60%² – и сохранение эффекта при длительном применении (более 1 года)³**
- **Удобное дозирование⁴**

Литература:

1. M. Rowbotham, J. Young, U. Sharma et al. Pregabalin shows reduction in pain by day three of treatment: Analysis of daily pain scores. Poster presented at APS, 2003, March 20-23.
2. M. Brasser, R. Mallison, C. Tilke et al. Efficacy and Tolerability of Pregabalin in Patients with Peripheral Neuropathic Pain in real-life Settings. Poster presented at EFNS-2006, September 2-5.
3. D'Urso De Cruz E., Dworkin R.H., Stacey B. et al. Long-term treatment of painful DPN and PHN with pregabalin in treatment-refractory patients. Poster presented at: American Diabetes Association; 2005, June 10-14; San Diego, Calif.
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Лирика. PC №UA/3753/01/02, №UA/3753/01/04 от 25.05.2010
5. XVI ежегодный конкурс прима в фармацевтической отрасли Украины «Панацея 2014», доступно по ссылке <http://panaceja.ua/>

Лирика (прегабалин) капсулы, по 75 и 150 мг, по 14 и 56 капсул в упаковке. Короткая инструкция для медицинского применения препарата.

Показания для применения: Невропатическая боль у взрослых; эпилепсия (как способ дополнительной терапии парциальных (частичных) приступов со вторичной генерализацией и без нее); генерализованные тревожные расстройства у взрослых; фибромиалгия. **Способ применения и дозы:** Препарат Лирика принимается перорально независимо от приема пищи. Рекомендованная начальная доза препарата составляет 75 мг дважды в сутки. Лирика эффективна при применении в дозах от 150 до 600 мг/сутки. Для большинства пациентов оптимальная доза препарата составляет 150 мг дважды в сутки. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к активной субстанции или какому-либо другому компоненту препарата. **Побочное действие:** Наиболее частыми проявлениями побочного действия были головокружение и сонливость. Побочные явления чаще были легко и умеренно выраженными. Наблюдались также увеличение аппетита, эйфорическое настроение, спутанность сознания, уменьшение либидо, раздражительность, атаксия, нарушения внимания, координации, ухудшение памяти, тремор, дизартрия, парестезия, нечеткость зрения, диплопия, сухость во рту, запор, рвота, метеоризм, эректильная дисфункция, утомляемость, периферические отеки, ощущение опьянения, отек, нарушения походки. **Особенности применения:** Данные о применении препарата Лирика для лечения беременных женщин в достаточном объеме отсутствуют. Препарат может вызывать головокружение и сонливость, поэтому пациентам следует воздерживаться от управления автомобилем и работать с техникой до тех пор, пока не станет известно, как именно препарат влияет на способность к такой деятельности. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Поскольку Лирика в основном экскретируется в неизменном виде с мочой, поддается незначительному метаболизму в организме человека, не ингибирует *in vitro* метаболизм других препаратов и не связывается с белками крови, то маловероятно, что прегабалин может вызывать фармакокинетическое медикаментозное взаимодействие или быть объектом подобного взаимодействия. **Фармакологические свойства:** Прегабалин связывается с вспомогательной субъединицей (α2-δ-белок) потенциал-зависимых кальциевых каналов в центральной нервной системе, вытесняя [3H]-габапентин во время эксперимента. **Условия отпуска:** По рецепту. **Регистрационные свидетельства** № UA/3753/01/02, UA/3753/01/04 от 25.05.2010 г.

Перед применением препарата необходимо ознакомиться с инструкцией по применению

Информация для врачей и фармацевтов. Предназначена для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах на медицинскую тематику.



За дополнительной информацией обращаться в Представительство «Файзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» в Украине, 03680, г. Киев, ул. Амосова, 12. Бизнес-Центр «Horizon Park» 12 этаж. Тел. (044) 291-60-50

Де-Нол®

висмута коллоидный субцитрат



НА ЗАЩИТЕ КАЖДОЙ КЛЕТКИ

- Компонент схем эрадикации *H.pylori* первой и второй линии^{1,2}
- Качественное заживление пептических и НПВП – индуцированных язв и эрозий^{3,4}
- Лечение СРК с преобладанием диареи⁵

(1) Коллектив авторов, 2010 Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (Четвертое Московское соглашение). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2010;5:113-118.

(2) Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., et al. Gut 2012;61(5):646-664.

(3) Аруин Л.И. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2006;5:40-49.

(4) Каратеев А.Е., Успенский Ю.П., Пахомова И.Г., Насонов Е.Л. Терапевтический архив 2009;81(6):62-66.

(5) Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Осипов Г.А. Русский медицинский журнал 2006;8(2), приложение «Болезни органов пищеварения»:78-81.

Коротка інформація про лікарський засіб ДЕ-НОЛ®

діюча речовина: висмуту субцитрат колоїдний; 1 таблетка містить: висмуту субцитрату колоїдного еквівалентного 120 мг Bi2O3, який міститься у розчині сухого висмуту субцитрату; **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті оболонкою. **Назва і місцезнаходження виробника.** Астеллас Фарма Юроп Б.В./Astellas Pharma Europe B. V. Хогемат 2, 7942 Дж Меппел, Нідерланди/Hogemaat 2, 7942 JG Meppel, the Netherlands. **Фармакотерапевтична група.** Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Висмуту субцитрат. Код АТС А02В Х05. У кислому середовищі шлунка препарат утворює на поверхні виразок і ерозій захисну плівку, що сприяє їх рубцюванню і захищає від впливу шлункового соку; збільшує синтез простагландину Е2, стимулює утворення слизу і бікарбонатів, призводить до накопичення епідермального фактора росту в зоні дефекту, знижує активність пепсину і пепсиногену. Препарат практично не всмоктується зі шлунково-кишкового тракту; лише незначна кількість активної речовини надходить у кров та екскретується із сечею, при цьому концентрація висмуту у плазмі після закінчення лікування швидко знижується. Виводиться переважно з фекаліями. **Показання для застосування.** Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, гастрит, у тому числі спричинені *Helicobacter pylori* (у складі схем антихелікобактерної терапії); хронічний гастрит і гастродуоденіт у фазі загострення, в тому числі спричинений *Helicobacter pylori*. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної субстанції або до будь-якої допоміжної речовини. Тяжка ниркова недостатність. **Спосіб застосування та дози.** **Дорослим і дітям віком від 14 років** призначати по 1 таблетці 4 рази на добу за 30 хвилин до їди та на ніч або по 2 таблетки 2 рази на добу. **Дітям віком від 8 до 14 років** призначати по 1 таблетці 2 рази на добу за 30 хвилин до їди. **Дітям віком від 4 до 8 років** призначати у дозі 8 мг/кг/добу; добова дозування розподіляти на 2 прийоми, але не більше 2 таблеток на добу. Таблетки необхідно запивати невеликою кількістю води. Тривалість курсу лікування – 4-8 тижнів. Протягом наступних 8 тижнів не слід приймати препарати, які містять висмут. При наявності *Helicobacter pylori* використовувати у схемах лікування: При квадритерапії рекомендується поєднання прийому Де-Нолу® 120 мг 4 рази на добу з тетрацикліном 500 мг 4 рази на добу, метронідазолом 500 мг 3 рази на добу та інгібітором протонної помпи (омепразолом, ланзапрозолем, рабепразолом, пантопрозолем або езомепразолом) у стандартній терапевтичній дозі 2 рази на добу. Тривалість комбінованої терапії – 10-14 днів. Для поліпшення регенерації виразкового дефекту можливе подальше лікування Де-Нолом®: по 1 таблетці 4 рази на добу за 30 хвилин до сніданку, обіду і вечері, 4-й раз – перед сном. Загальна тривалість терапії Де-Нолом® – до 6 тижнів (максимум – 8 тижнів). **Побічні ефекти.** Дуже часто (> 10%) з боку травного тракту: випорожнення чорного кольору. Нечасто (> 0,1%, < 1%). З боку травного тракту: нудота, блювання, запор, діарея. З боку шкіри і підшкірної клітковини: висипання, свербіж. Частота невідома: з боку імунної системи: анафілактична реакція. Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України (UA/4355/01/01 від 28.10.2013) і міститься на <http://www.drz.kiev.ua/>.

P251-UA-DEN-1-12

UA/4355/01/01 ОТ 28.10.2013

С.Ю. Штрыголь, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фармакологии Национального фармацевтического университета, г. Харьков

Оригинальные препараты и генерики: муки выбора

Генерические препараты, наводнившие в последние десятилетия фармацевтические рынки большинства стран мира, подарили надежду человечеству на то, что медицинская помощь может стать более доступной. В то же время практика применения генериков в различных областях медицины показала, что их эффективность и безопасность далеко не всегда соответствуют таковым брендовых препаратов.

Сегодня фармацевтический рынок Украины предлагает потребителю широкий ассортимент лекарственных средств, имеющих одно и то же действующее вещество, но различные торговые названия. Подобное многообразие объясняется присутствием на рынке 2 классов лекарственных средств – инновационных (оригинальных) и генерических (препаратов-копий). Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, инновационный препарат – это референтный препарат, эффективность, безопасность и качество которого детально изучены в ходе доклинических и клинических исследований, а процесс производства регламентируется определенными технологическими стандартами (GMP – Надлежащая производственная практика) и проходит процедуру контроля качества. В свою очередь, генериком считается взаимозаменяемый с оригинальным продуктом лекарственный препарат, который может быть выведен на рынок после завершения срока действия патента последнего (до 25 лет) или других исключительных прав.

Взаимозаменяемость подразумевает, что в процессе лечения оригинальное лекарственное средство может быть замещено препаратом-копией без риска значимого уменьшения эффективности и безопасности терапии. Подобного эффекта можно достичь только при условии фармацевтической, фармакокинетической и терапевтической эквивалентности генерика брендовому препарату.

Фармацевтическая эквивалентность предусматривает наличие в составе инновационного продукта и воспроизведенного препарата одного и того же активного ингредиента в одинаковом количестве и подобной форме. При этом используемые вспомогательные вещества (наполнители, красители и др.) могут быть разными. Фармакокинетическая эквивалентность (биоэквивалентность) – это соответствие биодоступности и метаболизма генерического и оригинального препаратов при введении их в организм в одинаковой дозе. В свою очередь, терапевтическая эквивалентность подразумевает, что генерик и брендовый препарат обладают равной эффективностью и безопасностью, которые были подтверждены в ходе клинических исследований.

Для большинства потребителей основным отличием между оригинальным лекарственным средством и генерическим препаратом является стоимость. Инновационные препараты всегда дороже генериков, при этом в ряде случаев разница может достигать 10 и более раз. Это связано с тем, что в стоимость оригинального препарата заложены затраты компании-производителя не только на разработку активной молекулы и технологии ее воплощения в определенную лекарственную форму (около 20% инвестиций), но и на проведение экспериментальных, доклинических, клинических и постмаркетинговых исследований, соответствующих требованиям GCP (Надлежащей клинической практики). В среднем период от начала разработки оригинального лекарственного средства до получения заявителем первичного регистрационного досье составляет 20 лет. В результате на фармацевтический рынок выводится инновационный препарат, эффективность и безопасность которого статистически достоверно доказаны в ходе исследований, проведенных как на этапах регистрации препарата, так и в пострегистрационном периоде.

В свою очередь, производители генерических препаратов не обременены подобными обязательствами,

что позволяет им существенно снизить расходы на производство лекарственного препарата, а значит, и его конечную стоимость.

К сожалению, в последнее время все чаще встречается ситуация, в которой основное преимущество генерических средств – доступность – нивелируется недостаточным уровнем качества этих препаратов.

В основе подобного явления чаще всего лежит отсутствие биоэквивалентности генерика инновационному препарату вследствие использования производителем более дешевых активных фармацевтических ингредиентов, различий в физико-химических свойствах действующих веществ (степени дисперсности, полиморфизма и др.) и составе вспомогательных веществ, особенностей технологического процесса при производстве и др. Указанные факторы не только приводят к снижению эффективности препаратов, но и могут увеличивать риск развития побочных эффектов терапии. В частности, одно только изменение состава вспомогательных веществ может послужить причиной появления нежелательных реакций (J.A. Reiffel, P.R. Kowey, 2000; A. Johnston, P. Blitsky, U. Frei et al., 2004; A.A. Genazzani, F. Pattarino, 2008).

Одним из примеров, иллюстрирующих различия в эффективности брендовых и генерических лекарственных средств, является исследование Ю.М. Степанова и соавт. (2014). В проведенном наблюдении приняли участие 80 пациентов с хроническим гастродуоденитом и *H. pylori*-инфекцией (средний возраст участников – 47,5 ± 16,4 года), которые были рандомизированы на несколько групп в зависимости от того, какой из препаратов коллоидного субцитрата висмута был выбран в качестве дополнения к стандартной 10-дневной тройной схеме эрадикационной терапии (ингибитор протонной помпы в стандартной дозе, амоксициллин по 1000 мг и кларитромицин по 500 мг 2 р/сут). В первой группе была использована традиционная схема антихеликобактерной терапии, во второй она была дополнена оригинальным препаратом Де-Нол® (коллоидный субцитрат висмута производства компании «Астелас»). Участники третьей группы в качестве дополнения получили Вис-Нол® (генерический препарат висмута отечественной компании «Фармак»), четвертой – Гастро-Норм® («Артериум»). Препараты висмута назначались пациентам по 1 таблетке с частотой 4 р/сут. После завершения курса терапии была проведена оценка динамики жалоб и данных объективного осмотра, а также частоты возникновения побочных реакций. Контроль эрадикации осуществлялся путем выявления антигена *H. pylori* в кале (т. н. стул-тест) через 1 мес по окончании курса лечения.

На фоне терапии общее состояние больных во всех группах значительно улучшилось как по субъективному, так и по объективному критериям. Побочных реакций, которые бы потребовали прекращения лечения, ни в одной из групп зарегистрировано не было. Наиболее часто нежелательные явления наблюдались в первой группе (горечь во рту, аллергическая реакция в виде сыпи на коже и зуда, диарея, вздутие живота, тошнота) и значительно реже – во второй группе (горечь во рту, тошнота). Анализ результатов контрольных исследований (стул-тест на *H. pylori*) подтвердил целесообразность включения в состав трехкомпонентной схемы эрадикационной терапии препаратов висмута, а также продемонстрировал тот факт, что оригинальный препарат Де-Нол® в сравнении с генерическими средствами более значимо повышал антихеликобактерную

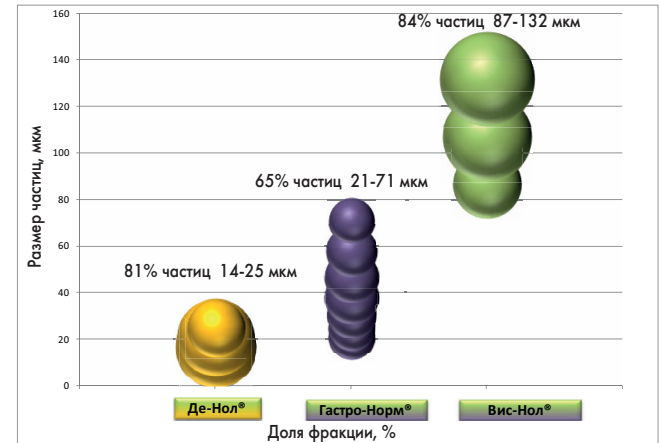


Рис. Дисперсность препаратов висмута

активность курса лечения. Эрадикация возбудителя была достигнута у 13 (65,0%) пациентов первой группы, 20 (100,0%) – второй, 18 (90,0%) – третьей и 17 (85,0%) участников четвертой группы.

Одной из причин различной эффективности оригинального препарата висмута и его генерических копий в данном исследовании могли быть физико-химические свойства входящих в их состав активных компонентов.

Как известно, в результате растворения коллоидный субцитрат висмута должен образовывать защитную пленку, предупреждающую контакт поврежденных участков слизистой оболочки с желудочным соком. Процесс формирования данной пленки и, соответственно, эффективность того или иного препарата на основе висмута напрямую зависят от характера дисперсности (степени и полиморфизма) коллоидного раствора. Результаты наблюдения Ю.М. Степанова подтолкнули нас к изучению особенностей фракционного состава и полиморфизма дисперсности оригинального лекарственного средства (Де-Нол®) и генерических препаратов (Вис-Нол®, Гастро-Норм®) на основе коллоидного субцитрата висмута, которые могли быть одной из причин их неодинаковой клинической эффективности.

Методика приготовления суспензии в нашем исследовании предусматривала растворение дозированного количества препарата в 50 мл 0,01 моль/л соляной кислоты с последующим перемешиванием раствора в течение 30 мин и его оценкой на лазерном анализаторе размеров частиц. Согласно полученным результатам наибольшая полидисперсность наблюдалась при растворении препарата Гастро-Норм® (размер частиц 0,097-97 мкм), а наименьшая – препарата Вис-Нол® (47-131 мкм). В то же время оригинальный препарат Де-Нол® занимал среднее положение между исследуемыми лекарственными средствами по показателю полиморфизма дисперсности (частицы 6-47 мкм), но превосходил их по степени дисперсности. В частности, количество частиц с размерами 14-25 мкм в растворе препарата Де-Нол® достигало 81%, тогда как в других образцах величина частиц была большей – 87-132 мкм и 21-71 мкм для Вис-Нола и Гастро-Норма соответственно (рис.).

Таким образом, основным преимуществом генерических препаратов перед оригинальными лекарственными средствами является более низкая стоимость, что крайне актуально для жителей не только Украины, но и стран с высоким уровнем социально-экономического развития. Тем не менее несоответствие профиля эффективности и безопасности генерических препаратов таковому брендовым по вине различных факторов (физико-химических свойств, различий в технологии производства, составе вспомогательных веществ и др.), нередко встречающееся на практике, может лежать в основе низкой результативности терапии и увеличения риска возникновения побочных явлений в связи с применением генериков.

ФАРМНОВОСТИ

ФАРМНОВОСТИ

ФАРМНОВОСТИ

ФАРМНОВОСТИ

ФАРМНОВОСТИ



Питання процедур та передумов укладання між Україною та ЄС Угоди про оцінку відповідності та прийнятності промислових товарів у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я

В Україні створена європейська система контролю обігу лікарських засобів, ефективність та відповідність якої підтверджена міжнародною фармацевтичною спільнотою, а саме експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Європейського директорату з якості лікарських засобів, міжнародної Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S). Законодавство України щодо обігу лікарських засобів, у тому числі з питань запровадження Належної виробничої практики (Good Manufacturing Practice – GMP) для фармацевтичної продукції, гармонізовано відповідно до вимог законодавства Європейського Союзу (ЄС). У 2011 р. центральний орган виконавчої влади Державна служба України з лікарських засобів (далі – Держлікслужба України) стала членом PIC/S, що об'єднує країни з жорсткою регуляторною політикою у сфері контролю обігу лікарських засобів.

Завдяки роботі щодо імплементації європейських вимог у нашій країні функціонують конкурентоспроможні українські фармацевтичні заводи, рівень матеріального оснащення яких іноді перевищує рівень європейських заводів, а номенклатура лікарських засобів постійно розширюється. Вітчизняними підприємствами виробляються майже всі генеричні препарати, які необхідні пацієнтам України. Лікарські засоби на українських фармацевтичних підприємствах виготовляються згідно з європейськими вимогами та є конкурентоспроможними, у тому числі за своєю нижчою ціною.

Позиція української сторони – це налагодження взаємовигідного і конструктивного діалогу на рівні ЄС, зокрема підписання між Україною та ЄС Угоди про оцінку відповідності та прийнятності промислових товарів (Agreement on conformity assessment and acceptance of industrial products – ACAA) у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я.

Угода АСАА є спеціальною формою Угоди про взаємне визнання, що спрямована на врегулювання законодавчої системи та інфраструктури країни з інтересами Європейського співтовариства. Укладання двосторонніх угод АСАА за окремими секторами сприяє взаємному допуску промислової продукції між країною-партнером та ЄС. Запровадження домовленостей такого типу передбачає фактично повну адаптацію національного законодавства до законодавства ЄС щодо продукції в пріоритетних сферах, охоплених цими угодами. Угода АСАА передбачає, що торгівля товарами між ЄС та Україною у секторах, які охоплюються Угодою АСАА, буде проводитися на тих самих умовах, що застосовуються в торгівлі між країнами-членами ЄС. Такі угоди укладалися ЄС з країнами, які були кандидатами на членство в ЄС, та країнами Середземномор'я і дали змогу продукції, що охоплювалася цими угодами, вільно просуватися на внутрішньому ринку ЄС. Перша Угода АСАА з Ізраїлем з GMP для фармацевтичної продукції набула чинності 19 січня 2013 р.

Після прийняття України до PIC/S Держлікслужбою України був ініційований розгляд питання щодо початку переговорів стосовно укладання Угоди між Україною та ЄС у сфері взаємного визнання результатів інспектування виробництва лікарських засобів на відповідність вимогам GMP.

Під час восьмого спільного засідання підкомітету № 3 «Політика в сфері підприємств, конкуренція, співробітництво в регуляторній сфері» Комітету з питань співробітництва між Україною та ЄС, проведеного 16 травня 2013 р., було обговорене питання щодо укладання Угоди між Україною та ЄС у сфері взаємного визнання результатів інспектування виробництва лікарських засобів на відповідність вимогам GMP.

Після участі представників Держлікслужби України у вищезазначеному восьмому спільному засіданні підкомітету № 3 та враховуючи пропозиції європейської сторони, які були висловлені представниками ЄС, щодо можливості проведення консультацій з метою налагодження переговорного процесу щодо укладання Угоди АСАА між ЄС та Україною в фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я, Держлікслужбою України була активізована робота з Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, Міністерством закордонних справ України, Представництвом України при Європейському Союзі, Представництвом Європейського Союзу в Україні, представниками Генеральних директоратів Європейської комісії «Торгівля» та «Підприємництво і промисловість» стосовно можливості започаткування переговорного процесу щодо підписання між Україною та ЄС Угоди АСАА у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я та надання з боку європейської сторони плану заходів (дорожню карту). Водночас інформація щодо підтримки пропозицій України з боку європейської сторони була відсутня.

Україна зацікавлена у постачанні вітчизняним пацієнтам лікарських засобів європейської якості. Підписання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС гарантує подальшу відповідність та адаптацію законодавства України до законодавства ЄС, у тому числі у фармацевтичній сфері. Відповідність законодавства створює комфортні умови для ведення бізнесу європейських фармацевтичних компаній на території України і є черговим кроком на шляху до партнерського співробітництва між Україною та ЄС.

З метою поновлення роботи щодо започаткування переговорного процесу стосовно укладання Угоди АСАА Держлікслужбою України та МОЗ України було підготовлено відповідний лист від 12.12.2014 р. № 18.01-05/7191/36324 на адресу комісара ЄС Ельжбети Беньковської, який було направлено дипломатичними шляхами через Представництво України при ЄС.

Відповідно до отриманої відповіді від комісара ЄС Е. Беньковської надано перелік нормативно-правових актів ЄС, імплементація яких розглядається Європейською комісією як передумова для укладання Угоди АСАА. Слід зазначити, що розгляд питання щодо імплементації цих нормативно-правових актів охоплює сферу компетенції не лише МОЗ України, Держлікслужби України, а також Державної фітосанітарної та ветеринарної служби України.

Окрім цього, європейською стороною у зв'язку з інтенсифікацією співпраці з Європейською комісією в контексті роботи над укладанням Угоди АСАА повідомлено про доцільність підготовки з боку України плану заходів (з відповідними часовими рамками), спрямованих на імплементацію в національне законодавство переліку нормативно-правових актів ЄС та включення цього плану до Плану заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС.

За інформацією прес-служби Державної служби України з лікарських засобів <http://www.diklz.gov.ua>

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»[®] Тематичний номер «Клінічна фармація»

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, і.о. ректора НМУ ім. А.А. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетическої і регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної і хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- С.М. Дрогвоз**, д.м.н., професор кафедри фармакології Національного фармацевтичного університету
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Інституту отоларингології ім. А.І. Коломийченко НАМН України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології і нирково-заместительной терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний дитячий нефролог МЗ України
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний ендокринолог МЗ України
- Н.В. Марута**, д.м.н., професор, заступник директора ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України»
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, вице-президент НАМН України
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх болезней Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії і трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, научний керівник відділу реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, директор Інституту очних болезней і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інституту медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, директор Інституту ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- Ю.І. Феценко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Національного інституту фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України
- Н.В. Хайтович**, д.м.н., професор, завідувач кафедри клінічної фармакології і клінічної фармації Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, вице-президент НАМН України, заступник директора Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України
- І.С. Чекман**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАН України, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри фармакології Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

«Медична газета «Здоров'я України» Тематичний номер «Клінічна фармація»

Учредитель – Іванченко Ігорь Дмитрієвич

Издатель ООО «Тематичний проєкт «Здоров'я України 21 сторіччя»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Ігорь Іванченко	Свидетельство КВ № 20666-10466Р от 12.03.2014 г. Подписной индекс: 86343
ДИРЕКТОР ПО РАЗВИТИЮ	Людмила Жданова	Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов.
ГЛАВНИЙ РЕДАКТОР	Ельвира Сабадаш	За достоверность фактов, цитат, имен, географических названий и иных сведений отвечают авторы.
ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	Лариса Стороженко	Перепечатка материалов допускается только с разрешения редакции.
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР	Алексей Терещенко	Рукописи не возвращаются и не рецензируются.
МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич	Адрес для писем: 03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2. E-mail: zu@health-ua.com ; www.health-ua.com
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ	Галина Теркун	Контактные телефоны: Редакция 521-86-86 Отдел маркетинга 521-86-91 Отдел подписки и распространения 521-86-98
ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	Светлана Кабанова Лина Арсеник Наталья Дехтарь Олег Смага Татьяна Зайчук	Газета отпечатана в ООО «Видавничий дім «Аванпост-Прим», г. Киев-35, ул. Сурикова, 3/3.
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	Наталья Семенова	Подписана в печать 27.03.2015 г. Заказ 27032015 Тираж 12 000 экз.
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	Инна Головка Юлия Башкирова Зоя Маймескул Андрей Присяжнюк Мирослава Табачук	Тираж с 15.08.2014 г. и 8700 электронных адресов (дата госрегистрации с 02.01.2012 г.).
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	Ивалин Крайчев	
ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР	Сергей Бадеха	

ФАРМНОВОСТИ

Фармновости. Україна • Мир 4-5, 8

ПОПУЛЯРНАЯ ВИРУСОЛОГИЯ

Вірус реформ 6-7

Як відомо, віруси практично не піддаються екзогенному медикаментозному впливу, тому з ними важко боротися

КОНФЕРЕНЦІЯ

Фармакотерапія грипу та ГРВІ 16

А.П. Міроненко 16
По итогам V Международного медицинского форума «Инновации в медицине – здоровье нации», г. Киев

ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Ненаркотические анальгетики: фармакоэкономика контроля боли 20-21

Н.В. Хайтович 20-21
В реализации процесса боли задействовано множество нейротрансмиттеров и рецепторов как периферической, так и центральной нервной системы

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

От клинической фармакологии к фармакотерапии 13

В фокусе внимания – спазмолитики

Лечение кардиальных проявлений вегетативной дисфункции (синдрома солдата сердца) 26-27

Н.В. Хайтович 26-27
Вегетативная дисфункция отмечается у пациентов на фоне существенных перемен в жизни, связанных с эмоциональным и физическим напряжением

ЛЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНО

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки: клініко-фармакологічний аспект 10-12

І.С. Чекман, А.С. Свінцицький, М.І. Загородній 10-12
Якщо виразкову хворобу шлунка виявити вчасно і правильно її лікувати, є реальна можливість уникнути загострень і виклікувати хворого від цієї недуги

Анальгетики: фармакологическое «лицо» 18-19

Что важно помнить врачу и провизору?

Такой простой укол 27

Как правильно выбрать шприц для инъекции?

Аллергические заболевания: что нужно знать? 28-29

Каждый из нас ежедневно сталкивается с некоторыми из наиболее распространенных аллергенов

ФАРМПРЕПАРАТ

Оригинальные препараты и генерики: муки выбора 3

С.Ю. Штрыголь 3
Как не потеряться потребителю в широком ассортименте лекарственных средств и сделать правильный выбор?

Прегабалин: новейшие доказательства безопасности и клинической значимости в ведении нейропатической боли 9

К. Тот 9
В большинстве современных клинических руководств габапентиноиды, в том числе прегабалин, рассматриваются как первая линия терапии нейропатической боли

Укращення строптивих, или Как бороться с раздражительностью и последствиями стресса? 25

Сохранять сердце горячим, а рассудок холодным – одно из общеизвестных правил успеха

ФИТОПРЕПАРАТ

Симптоматическое лечение ринита и риносинусита в рамках фармацевтической опеки 14-15

І.А. Зупанец, Т.С. Сахарова, Н.П. Безуглая 14-15
Современный фармацевт оказывает помощь пациенту, взяв его под свою профессиональную опеку

ФИТОАЗБУКА

Активные вещества растительных экстрактов 17

В статье рассматриваются свойства известных компонентов, входящих в состав экстрактов лекарственных трав, наиболее востребованных в медицинской практике

ФАРМБЕЗОПАСНОСТЬ

«Не навреди» – основной принцип лечения от Гиппократа до современной доказательной медицины 30-31

Н.А. Горчакова 30-31
Из всех способов терапии прием ЛС используется чаще других, вместе с тем известно, что не существует препаратов, лишенных нежелательных эффектов

ХРОНОФАРМАКОЛОГИЯ

Биоритмы и нервная система 22-23

В статье поднимаются вопросы использования хронобиологических и хронопатологических закономерностей в фармакотерапии

ФАРММАРКЕТИНГ

Провизор – клиент. Формула успеха 24

Специфика работы провизоров заключается в общении с большим количеством разных людей

Зачем контент-маркетинг фармацевтической отрасли? 32-33

А. Юрчак 32-33
Фармацевтическая отрасль – последняя в рейтингах в сфере контент-маркетинга

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Профессор Григорий Батрак: вертикаль прозрений 34-35

К 110-летию со дня рождения выдающегося украинского нейрофармаколога**До уваги представників фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України представлено лист Голови міжнародної Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S) Джой Гоуз, направлений на адресу уповноважених органів та агентств з лікарських засобів – членів PIC/S****Досягнення PIC/S у 2014 р. та пріоритети на 2015 р.**

Від імені Системи співробітництва фармацевтичних інспекцій (PIC/S) передаю мої найтепліші привітання та дякую вам та вашим інспекціям за підтримку діяльності PIC/S. Ваша підтримка є необхідною для функціонування PIC/S, спрямованого на міжнародний розвиток, упровадження та підтримку гармонізованих стандартів GMP, а також систем якості інспекторатів щодо лікарських засобів та активних фармацевтичних інгредієнтів. Як Голова PIC/S маю честь представити звіт щодо ключових досягнень організації у 2014 р. та пріоритетних напрямів діяльності на 2015 р.

Збільшення членів PIC/S

У 2014 р. до PIC/S успішно приєдналися 3 нові учасники, а саме: «VMD Великобританії», «PMDA, MHLW & Prefectures Японії» та «MFDS Кореї». Наразі PIC/S об'єднує 46 учасників з усього світу та 11 заявників та агентств, які знаходяться на етапі подання заявки. PIC/S має партнерські угоди з Європейським агентством з лікарських засобів (European Medicines Agency – EMA), Європейським директором з якості лікарських засобів та охорони здоров'я (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare – EDQM), ЮНІСЕФ (United Nations Children's Fund – UNICEF) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (World Health Organization – WHO). Це робить PIC/S одним із найбільших світових об'єднань Національних медичних регуляторних агентств. Із приєднанням Японії всі 3 регіони Міжнародної конференції з гармонізації (International Conference on Harmonization – ICH) відтепер мають свої представництва у PIC/S. Збільшення кількості учасників посилює роль PIC/S у глобалізованому світі та допомагає у підтримці зростаючої важливості GMP та потреби активізації міжнародного співробітництва.

Нова організаційна структура

У 2014 р. було успішно запроваджено нову структуру підкомітетів PIC/S. Сім підкомітетів займаються конкретними питаннями: гармонізація GM(D)P, відповідність, навчання, експертні кола, стратегічний розвиток, комунікація та бюджет. Така структура сприяє більшій участі та ефективності внутрішньої співпраці. У рамках цих підкомітетів уже було прийнято низку нових ініціатив щодо GM(D)P. На сьогодні 57% членів підкомітетів є представниками регуляторних органів членів PIC/S, які не є членами ЄС, що свідчить про те, що PIC/S стала глобальнішою організацією.

Навчальна академія для інспекторів

У 2014 р. було засновано Академію інспекторів PIC/S (PIA). PIA є online навчальним центром у структурі PIC/S, який направлений на гармонізацію та стандартизацію GMP навчання на міжнародному рівні через використання акредитованої кваліфікаційної системи. PIA не тільки забезпечує загальне або спеціалізоване навчання, а також є платформою для обговорення та обміну кращими практиками серед регуляторів, що, у свою чергу, сприяє глобальній гармонізації та кращому розумінню GMP. Можна впевнено сказати, що цей проєкт є одним із найважливіших для майбутнього PIC/S. Він пропонує прагматичний підхід до гармонізації навчання GMP інспекторів та підтримки послідовності у інтерпретації GMP, класифікації GMP зауважень, методології інспектування, інспекційних навичок та кваліфікації. Перша стадія запровадження PIA запланована на третій квартал 2015 р.

Експертні кола та робочі групи

Додатково до існуючих 5 експертних кіл (активні фармацевтичні інгредієнти; управління ризиками якості; GDP; комп'ютеризовані системи; кров, тканини та клітини) цього року було запропоновано створити 2 нових експертних кола. Перше – з ветеринарних препаратів, друге – спеціалізоване технічне оснащення. Друге експертне коло є результатом проведеного у 2014 р. семінару PIC/S у м. Парижі, в якому взяли участь понад 150 інспекторів із 56 країн світу. Веб-сайт PIC/S (<http://www.picscheme.org/activities.php>) містить перелік усіх зібраних експертних кіл PIC/S та інших відповідних навчальних заходів на 2015 р.

Кілька робочих груп PIC/S (WG) досягли суттєвого прогресу. Зокрема, прийнято мандат робочих груп щодо гармонізації класифікації зауважень, який направлений на надання об'єктивної оцінки та класифікації GMP-зауважень, які виявляються під час GMP-інспекцій. Завдання, покладені на цю робочу групу, будуть критичними для досягнення гармонізованого звітування, реагування та керування зауваженнями в рамках PIC/S. Ця ініціатива також покращить узгодженість між агентствами та сприятиме порівнянню інформації щодо зауважень.

Міжнародна співпраця

За останні 43 роки PIC/S суттєво вплинула на гармонізацію інспекційних процедур в усьому світі шляхом розробки спільних стандартів у сфері GMP та надаючи навчальні можливості для інспекторів та інспекторатів. PIC/S пишається створенням такого унікального середовища для регуляторів самими регуляторами з метою підтримки міжнародної співпраці та взаємної підтримки між компетентними органами та міжнародними організаціями.

Ці досягнення PIC/S безперервно покращують взаємну довіру і сприяють прийняттю результатів інспекцій. Обмін інформацією щодо GMP-інспекцій буде надалі заохочуватися й у 2015 р. з метою максимізації використання ресурсів та уникнення ризиків дублікації. Кілька механізмів, запроваджених у PIC/S на зразок обміну річними планами закордонних інспекцій, дає можливість інспекторам PIC/S об'єднуватися та проводити спільні інспекції. Обмін інспекційними звітами серед членів PIC/S (ураховуючи конфіденційність) сприятиме взаємній довірі до звітів серед членів PIC/S та буде надалі розвиватися та покращуватися.

Ця взаємна довіра також консолідується через принципи еквівалентності, які досягаються у PIC/S завдяки експертним оцінкам на базі Програм оцінювання та повторного оцінювання, яке гарантує, що всі інспекторати членів PIC/S є еквівалентними у термінах використання вимог GMP та управління системою якості. Наступного року планується посилити співпрацю з Групою відповідності ЕМА, підтриманою мережею Європейських голів лікарських агентств та партнерами Угод про взаємне визнання (Mutual Recognition Agreements – MRA, зокрема Health Canada) з огляду на можливий синергізм у плануванні оцінювання та визнання аудитів.

PIC/S також має на меті подальше посилення міжнародної співпраці шляхом покращення (де це необхідно) підтримки відповідних професіоналів та організацій у їхніх місцях. Уперше цього року PIC/S отримала грант від Європейської комісії на підтримку Міжнародної навчальної програми з активних фармацевтичних інгредієнтів. PIC/S також цього року співпрацювала з Міжнародною коаліцією регуляторних агентств лікарських засобів (International Capital Market Association – ICMRA) та висловила свої наміри обговорити пропозиції та співпрацю з ICMRA з метою уникнення будь-якого потенційного дублювання діяльності в рамках цієї нової міжнародної коаліції.

Уся діяльність та її результати, а також майбутні перспективи були б неможливими без залучення всіх членів PIC/S, за що особливо вдячна PIC/S. Під час мого головування я намагатимусь надалі покращувати діяльність та результати PIC/S та допомагатиму у досягненні пріоритетів лікарських агентств у всьому світі.

Повторюючи слова вдячності від імені PIC/S, я сподіваюся, що ви оціните ці досягнення і ваші інспектори зможуть використати переваги майбутніх навчальних заходів, запланованих на 2015 р.

З повагою,
Джой Гоуз, голова PIC/S

За інформацією прес-служби Державної служби України з лікарських засобів
<http://www.diklz.gov.ua>

ПОПУЛЯРНА ВИРУСОЛОГІЯ

Вірус реформ

Більшовизм – це не політика, це захворювання, це не кредо, це чума. Як і усіяка чума, більшовизм виникає раптово, поширюється з неймовірною швидкістю. Він жахливо заразний, хвороба перебігає болісно й закінчується смертельно. Коли ж більшовизм, як і всіяка хвороба, нарешті відступає, люди ще тривалий час не можуть прийти до тями. Пройде немало часу, перш ніж їхні очі засвіяться розумом.
Уїнстон Черчілль

Українське суспільство від початку здобуття ним незалежності знаходилося у стані невизначеності та перманентної трансформації. Цей стан став середовищем, яке перетворило категорію «реформа» у своєрідний персистуючий соціальний вірус. У медичній сфері вірус реформ виявляє тропність до всіх соціальних груп. Проникаючи в клітини головного мозку потенційних пацієнтів, він продукує білки патерналізму, а дістаючись геному сірої речовини лікарів, активує гени безвідповідальної комерційної активності. Депо вірусу реформ – кабінети медичних чиновників. Там вірус безперервно еволюціонує під впливом соціально-політичної кон'юнктури й вивільняється в соціум з потрібним набором популістських генів. Схоже, цього разу на зміну соціальному популізму приходить ліберальний.

Не меншу активність вірус реформ проявляє й в урядових структурах. Проникаючи в ядро фінансової системи, він примушує обслуговувати свої ресурсні потреби, які не мають нічого спільного з реальними проблемами медичної сфери та реальним сегментом життя, – реформи заради реформ.

Драматичні події лютого 2014 року в центрі Києва та вимоги міжнародних фінансових інститутів спричинили чергову реформаторську активність вищої політичної влади та різноманітних неурядових структур. Не розібравшись із суттю реформ, країна ризикує пройти черговий виток безрезультатної реформаторської активності, що для держави може закінчитися трагічно.

Політика реформ

За визначенням з Вікіпедії, процес реформування суспільства або окремої його сфери здійснюється владою за умови неможливості мати позитивний розвиток країни або сфери суспільної діяльності при наявному стані соціуму. Метою реформування є досягнення нового стану суспільства, в якому перепони позитивному розвитку, що мали місце за попереднього, існувати не можуть.

Однак важливо розуміти, що реформа – це не просто вимушена дія влади, що відбувається під тиском внутрішніх або зовнішніх обставин з метою вижити чи досягти якихось звершень. Реформа – це розплата за помилки, які необхідно визнати і виправити. В українському ж розумінні реформа – це дія, спрямована на приховування попередніх прорахунків і створення умов для організації нових, дотепер не відомих, хибних практик. Якщо ми хочемо вірно оцінити політику реформ і спрогнозувати їх наслідки, треба завжди звертати увагу на те, яка соціальна група їх ініціює та провадить у життя, оскільки саме ці люди реалізуватимуть своє розуміння справедливості.

Амбівалентне ставлення до реформ

Людська амбівалентність є природним станом психіки особи і вже давно не вважається ознакою шизофренії, як це було у Європі за часів Ейгена Блейлерза (XIX ст.), автора терміну «амбівалентність». Нині це поняття вийшло за рамки традиційного розуміння й часто використовується в різних сферах і напрямках, аби відобразити подвійну природу ставлення до кого-/чого-небудь.

Амбівалентність у ставленні до реформ з боку громадян обґрунтовується не лише природою людської психіки – вона виходить зі ставлення до самих перетворень і змін, оскільки просто перетворення, зміна стану суспільства або певної його сфери не означає акт добра чи відновлення справедливості. Тобто, з формальної точки зору, під реформою розуміють нововведення будь-якого змісту. Саме тому таке поняття, як реформа, не ототожнюється з поняттями «вдосконалення» чи «модернізація», що, власне, і є причиною суперечливого ставлення до змін. Реформа в такому випадку виступає як механізм корінного перелому сталих процесів, традицій тощо – і не більше.

Філософія реформ

Людство в процесі свого розвитку, на жаль, не позбулося здатності періодично втрачати зв'язок з вічними цінностями й переводити абсолютні категорії у відносні (моральний релятивізм). Усе це призводить до гострих соціальних конфліктів і криз.

Кризи дають можливість усвідомити міру речей, які стали відносними. Відносність завжди нівелює межу між добром і злом. Сьогодні наша країна платить дорогу ціну за повернення розуміння цієї грані. Саме в такі історичні відрізки біле стає білим, а чорне – чорним.

Реформи – це інституційне відображення процесів оздоровлення суспільства. Неспроможність проведення реформ – пряме свідчення відсутності прозоріння і морального одужання. Чисельні провальні спроби реформувати медичну сферу є прямим свідченням того, що такі категорії як справедливість, жертвність, воля, свобода, гідність, для українця є малозмістовними. Однак треба визнати, що медичну сферу реформувати найскладніше. Для її оздоровлення мало бути лікарем. Цим, власне, можна й пояснити, що медицина – єдина галузь, котрої



за 23 роки української незалежності не торкнулися зміни. Менеджери, прагматики, кардіохірурги, юристи, економісти ніколи не зможуть досягнути головної мети реформи медичної сфери – забезпечення справедливості. Для цього потрібно знатися на філософії, прикладній політології, соціальній психології і т. ін.

Проведення реформ завжди таїть у собі небезпеку ревізії цінностей, скасування правил і практик, які пройшли випробування часом. Доречно нагадати, що «батьком» консерватизму був ліберал Едмунд Берк – видатний англійський політичний діяч і мислитель, який заклав підвалини консерватизму – політико-філософської течії, спрямованої на збереження найкращого, здобутого попередніми поколіннями. Перебуваючи в середовищі лібералів-реформаторів, Е. Берк чітко усвідомив ризики вульгарного заперечення минулого.

Свого часу російський філософ Ніколай Бердяєв писав про те, що свобода та лібералізм потрібні для того, щоб рухатися вперед і доверху, а стриманість, обережність та консерватизм – для того, щоб не впасти донизу та не відкотитися назад. Ця думка має стати корисною порадою для українських медичних реформаторів, які намагаються викреслити з життя правила та цінності, що пройшли випробування часом, впроваджуючи натомість непотріб власного або запозиченого походження.

Справедливість – головна ціннісна категорія медичної реформи

Справедливість є головною метою й водночас основною рушійною силою реформ. Реформи не проводяться заради підвищення середньої тривалості життя чи зниження малюкової смертності.

У зв'язку з тим, що кожна соціальна верства має власну уяву про справедливість, моральне право на проведення перетворень повинна отримати вузька соціальна група, яка користується довірою й авторитетом і здатна відобразити загальний суспільний інтерес. При цьому забезпечення останнього зовсім не означає компромісу зі злом – швидше йдеться про консенсус у таборі добра.

Головною проблемою реформ є відсутність чіткого розуміння справедливості з боку медичних реформаторів. Справедливість перебуває у невизначеності, джерело її не відоме. Наприклад, у СРСР джерелом справедливості були лінь та її рідна сестра заздрість. У США джерелом справедливості є свобода, – все, що обмежує свободу, не справедливе.

У розвинених демократіях у процесі тривалих і драматичних революційно-еволюційних перетворень виплекані спеціальні інститути, які дозволяють провести в державні структури осіб, спроможних обчислити інтегральну величину з розмаїття правильних поглядів. У таких країнах держава як інститут, наділений правом на насилля, не є абсолютним злом і може забезпечувати загальний суспільний інтерес.

В Україні після Революції Гідності відбулася часткова міграція моральних авторитетів в урядові структури, але їхня кількість поки є явно недостатньою для проведення реформи, у нашому випадку медичної.

Політична воля

Головною причиною неуспіху реформ в Україні часто називають брак політичної волі. Однак важливо розуміти, що воля – це не просто зусилля або впевненість (ці якості були й у попереднього президента України). Воля – це переконаність у потрібності власних дій в ім'я якоїсь ідеї. Ця переконаність походить з внутрішнього світу людини, образу вічного, уяви про справедливість або добро і зло тощо. Важливо розуміти, що така воля позитивно сприймається соціумом і надихає його, оскільки завжди є жертвовною.

Західноєвропейське суспільство упродовж минулих століть продемонструвало безпрецедентний рівень волі до вдосконалення та розвитку. Останнім яскравим прикладом благородної волі була прем'єр-міністр Великої Британії Маргарет Тетчер. Нині мало хто замислюється над природою її цілеспрямованості. Залізна леді виховувалася в традиціях методистської церкви, її батько, Альфред Робертс, був пастором. (Методистська церква, відокремлена у XVIII ст. від англіканської, отримала свою назву через те, що її адепти обстоювали послідовне і методичне дотримання приписів Євангелія.)

Треба сказати, що західноєвропейське суспільство було наскрізь просякнуте різного роду релігійно-філософськими течіями, послідовники яких шукали вічне і творили нові смисли. Їхні вчинки в політиці або побуті – проекція волі на ситуацію, структурне відображення складного внутрішнього світу в діяльності.

Внутрішній світ Олівера Кромвеля, ватажка англійської буржуазної революції, перевернув життя частини континенту. Стративши короля, лідер пуритан, генерал Кромвель підніс свободу та людську гідність вище влади. Цей небачений за своєю зухвалістю вчинок у часи, коли вся влада була від Бога, дав початок реформам і розквіту англійської держави.

У міру того, як у Європі зменшувалася кількість ідеалістів і, відповідно, збільшувалося число людей матеріального світу, рівень волі знизився, а сама воля стала яловою і мало кого надихала.

Таким чином, успіх реформ у медичній сфері безперечно залежить від волі, але волі ідеаліста.

Реформи і свобода

Уперше за багаторічну українську реформаторську історію спроба реформування системи охорони здоров'я проводиться в рамках ліберальної парадигми, про що оголошено публічно. Після підписання 27 червня 2014 р. угоди про асоціацію з ЄС ліберальна концепція виглядає абсолютно органічно, оскільки свобода є базовою цінністю західної цивілізації. Слід зауважити, що Захід перебуває у безперервному процесі емансипації – звільнення від будь-якої залежності, скасування будь-яких обмежень, зрівняння у правах тощо.

Політико-філософська концепція лібералізму – політичної та ідеологічної течії, що об'єднує прихильників парламентського ладу, демократичних свобод і вільного підприємництва, – бере свій початок з філософії свободи. Проте важливо розуміти, що за час еволюції лібералізму відбулися не лише інверсія системоутворювальних елементів його ідеології (економікс* витіснив філософію) та зміна розуміння справедливості під впливом соціалізму (в класичному лібералізмі свобода розглядається як право на соціальну нерівність). Відбулося спотворення самого поняття ідеології як системи поглядів, ідей, переконань, цінностей та установок, у якій усвідомлюються і оцінюються відносини людей до дійсності та один до одного, соціальні проблеми і конфлікти, а також містяться цілі (програми) соціальної діяльності, спрямованої на закріплення або зміну існуючих суспільних відносин.

Ідеологія фактично перетворилася на теоретичну технологію, спрямовану на досягнення особливих політичних і соціальних цілей, про які буде сказано далі. Сучасна ліберальна ідеологія, як і всі інші технології, не є саморефлексивною, тому не може розробити теоретичне саморозуміння, вкрай необхідне для того, щоб усвідомити, оцінити, зрозуміти.

У такій ідеологічній парадигмі неможливо зрозуміти, у якому напрямку – добра чи зла – змінилося розуміння соціумом категорії свободи; більше того, відсутність саморозуміння не дозволяє самій людині осягнути, що таке для неї свобода. Кілька промовистих прикладів нерозуміння.

Концепція реформ медичної сфери передбачає надання свободи як лікарю, так і пацієнту. Для цього пропонується створити ринок медичних послуг і надати економічну та юридичну суб'єктність не лікарю, а медичній установі (!). Це планується зробити шляхом запровадження так званих некомерційних комунальних підприємств (НКП), що де-факто означає надання свободи одній особі – головному лікарю. Лікарі ж будуть просто підпорядковуватися йому на підставі укладених з ним контрактів. Тобто не головний лікар укладає контракт з лікарями, а навпаки, лікарі присягають на вірність чиновнику.

І навіть більше – з якогось дива головний лікар отримує статус працевдавця, ніби це він якимось чином доклав зусиль до створення робочих



місць ескулапам. Інакше кажучи, МОЗ має намір дозволити медичному чиновнику ведення бізнесу в НКП з повноваженнями оптимізації штатів, розподілу прибутку і т. ін., надаючи головному лікарю в експлуатацію рабів у білих халатах. Такі собі медичні латифундії. Необхідно розуміти, що згодом ці медичні чиновники мають в організованому порядку завести своїх підданих у професійні асоціації «новітнього» типу, про що буде голосно й урочисто відзвітовано.

Якщо це свобода, то що тоді рабство?

Подібна ситуація зі свободою, яку надають пацієнту. Оминемо той момент, що свобода – це не те, що людині дали, а те, що у неї неможливо забрати. Відповідно до стратегії реформування пацієнту намагаються дати свободу, нехай і раз на рік, вільно обирати собі сімейного лікаря. Однак ніхто не хоче сказати, що інститут сімейного лікаря в Україні на відміну від Заходу, де він є продуктом ринку (свободи), створений у рабській адміністративний спосіб (мабуть, переплутали із земським лікарем). У такій самій адміністративний спосіб сімейного лікаря намагаються забезпечити пацієнтами. Взагалі складається враження, що коштом платників податків пацієнту намагаються перешкодити напряму звернутися до лікаря первинної допомоги (те, що в Україні створено під назвою «первинна медико-санітарна допомога», насправді є парамедициною). І це при тому, що лікування відбувається за кошти пацієнта.

Приховані цілі реформ

Родзинкою реформ є приховані наміри. Вони є похідними сучасної парадигми ідеології як технології, покликаної досягнути особливих політичних і соціальних цілей. В Україні мова йде про пошук механізмів, які дозволили б знайти спосіб звільнитися від соціальних зобов'язань, успадкованих від СРСР. Проблема полягає в тому, що медицина є малопривабливою з економічно-комерційної точки зору (тому питання приватизації її оминули) і водночас дуже небезпечною в соціально-політичному аспекті. Тут треба не просто скласти із себе відповідальність, але при цьому якщо й не отримати політичних дивідендів, то хоча б не знищити своє політичне майбутнє. Саме тому жодна політична сила не хотіла братися за цю невдячну справу – спрацьовував інстинкт самозбереження. Війна, яка триває на сході країни, є дуже зручним фоном для того, щоб нарешті реалізувати давні «благородні» наміри в системі надання медичної допомоги без будь-яких серйозних політичних наслідків. Нам вкотре пропонують вслухатися у суму консолідованого бюджету охорони здоров'я, яка становить близько 60 млрд грн. Чимось подібним займалася представник минулої мультидисциплінарної команди реформаторів Ірина Акімова, дорікаючи громадянам 40 млрд грн (консолідований бюджет галузі тих часів). Безперечно, це велика сума, якщо її розділити між членами команди реформаторів. Але якщо ці гроші розділити між всіма пацієнтами, то вийде 20-30 грн на одного стаціонарного хворого на добу.

«Противірусна» стратегія

Як відомо, віруси практично не піддаються екзогенному медикаментозному впливу, тому з ними важко боротися. Єдиним надійним противірусним засобом є власний імунітет людини. Єдиним джерелом здорового імунітету є виключно сама людина. Позбавитися вірусу реформ нам допоможуть саморозуміння та здатність бути чесними перед собою і перед іншими.

Підготував
Анатолій Якименко

* Економікс (англ. есоpotіс – економічна теорія, економіка) – галузь економічної науки, що вивчає теоретичні основи економічних процесів. Термін уведений британським ученим-економістом Альфредом Маршаллом і у відомому сенсі замінив поняття «політична економія», додавши йому практичної спрямованості.

**Киевлян, больных сахарным диабетом, обеспечат льготными лекарствами**

По сообщениям пресс-службы КГГА, в городском бюджете на 2015 год предусмотрены необходимые средства на обеспечение льготными медикаментами и расходными материалами киевлян с сахарным диабетом, почечной недостаточностью, гемофилией, фенилкетонурией. Также предусмотрено финансирование скрининга новорожденных.

По словам и. о. директора департамента здравоохранения КГГА Аллы Арешкович, в прошлом году обеспечить жителей столицы инсулином, препаратами для проведения процедур гемодиализа, средствами иммуносупрессивной терапии удалось исключительно благодаря жестким управленческим решениям. «В этом году в городской бюджет заложено 100% потребности на защищенные статьи, что на 76% больше, чем в 2014 г. Однако из-за курьезной нестабильности поставщики увеличивают цены. Надеюсь, в ближайшее время стоимость медикаментов, жизненно необходимых тяжелобольным киевлянам, расти не будет. В противном случае департамент будет вынужден вновь искать ресурсы, чтобы обеспечить этих пациентов лекарствами», – подчеркнула А. Арешкович.

Депутат Киевсовета, член Постоянной комиссии по вопросам здравоохранения и социальной политики Виктория Муха отмечает: «В Киеве стандартная ситуация: несмотря на ежегодное увеличение объемов финансирования закупок лекарственных средств за счет бюджета, многие пациенты сталкиваются с проблемой отсутствия медикаментов в лечебно-профилактических учреждениях. Составляющими данной проблемы являются различные факторы – от коррупционных до организационных. В сложившейся ситуации выходом может стать введение обеспечения пациентов лекарственными средствами с применением системы возмещения (реимбурсации), на которую нужно было переходить еще несколько лет назад. Реимбурсация означает, что пациент обращается с рецептом в аптеку, аптека отпускает препарат инсулина, затем стоимость отпущенного препарата аптечному заведению компенсируется. В настоящее время для внедрения именно такой системы есть все основания: реестр больных сахарным диабетом I и II типа, достаточный ассортимент инсулинов, сеть аптек. Такая система позволит обеспечить непрерывное лечение, контроль отпусков лекарственных средств определенному пациенту и надлежащие условия хранения инсулинов».

В плане менеджмента здравоохранения это позволит не замораживать государственные средства на финансирование закупок препаратов для хранения на складе, а тратить по необходимости, обеспечить соответствие закупок инсулинов текущей потребности больных, а также минимизировать коррупционные риски, поскольку принятие решения о закупке, оплата и распределение препаратов будут прерогативой разных центров влияния.

Парламент изменил порядок субвенций в сфере медицины

Верховная Рада Украины приняла за основу и в целом законопроект Кабинета Министров Украины «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Украины» (№ 2209). Проект закона поддержали 277 народных депутатов. Согласно документу, КМУ сможет в ручном режиме распределять и перераспределять между местными бюджетами общие объемы субвенций, предусмотренных на медицину. В законопроекте указано, что если из бюджета района передается соответствующая субвенция на финансирование сел, поселков и городов районного значения, то такая субвенция должна быть не меньше, чем в предыдущем году.

Проект закона был разработан в Министерстве финансов Украины. В ведомстве считают, что принятие закона обеспечит рациональное и эффективное использование имеющихся финансовых ресурсов.

Всемирный банк одобрил кредит Украине для реализации проекта по улучшению здравоохранения

Совет директоров Всемирного банка одобрил предоставление Украине кредита на сумму 214,73 млн долларов на внедрение проекта «Улучшение охраны здоровья на службе у людей». Кредит Международного банка реконструкции и развития (МБРР), входящего в структуру Всемирного банка, будет привлечен на 18 лет с 5-летним льготным периодом по переменной процентной ставке (на сегодня – менее 1% годовых). Всемирный банк предоставил Украине возможность в рамках кредита осуществлять конверсию процентных ставок и валюты займа, что позволит минимизировать затраты на обслуживание займа.

Проект будет реализовываться в течение 5 лет на центральном и местном уровнях (в избранных областях). Деньги будут направлены на совершенствование качества медицинских услуг с особым акцентом на первичную и вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологии, а также на повышение эффективности системы здравоохранения.

«Дарница» внедрила новую ERP-платформу SAP

ЧАО «Фармацевтическая фирма «Дарница» внедрила систему управления ресурсами предприятия SAP, которая включает в себя направления финансового и управленческого учета, менеджмент оперативной деятельности, а также позволяет решить задачи, связанные с централизованным управлением данными.

«Выбрав путь развития компании в соответствии с наиболее высокими европейскими стандартами, мы не только непрерывно совершенствуем наше производство и модернизируем технологические мощности, но и обеспечиваем стандартизацию всех бизнес-процессов. Система SAP позволит нам управлять решениями по комплектации объемов производства, что является неотъемлемым аспектом эффективного планирования и распределения ресурсов», – отмечает операционный директор компании Дмитрий Шевчук.

Именно на платформе SAP «Дарница» первой среди украинских фармацевтических компаний реализовала пилотный проект по внедрению системы двухмерного матричного штрих-кода (DataMatrix), что является важным шагом на пути к гармонизации нормативно-правовых актов Украины по вопросам качества, безопасности и эффективности лекарственных средств с Директивой 2011/62/ЕС. Внедрение системы SAP свидетельствует о высоком уровне корпоративной зрелости компании, а также о том, что архитектура ее бизнес-процессов является прозрачной и прогнозируемой.

Sanofi, Novartis и Shire присматриваются к портфелю Genfit

Французская фармацевтическая компания Genfit рассматривает потенциальную возможность продажи бизнеса. Компания ведет предварительные переговоры с заинтересованными сторонами, среди которых французская корпорация Sanofi, швейцарская Novartis и британская Shire, однако окончательное решение пока не принято. Рыночная капитализация Genfit составляет около 1,5 млрд евро (1,6 млрд долларов), представители компаний ситуацию не комментируют.

Для потенциальных покупателей интерес может представлять экспериментальный препарат GFT505 для лечения заболеваний печени, в частности неалкогольного стеатогепатита. В конце марта компания планирует опубликовать результаты клинических испытаний этого лекарственного средства.

Бизнес французского производителя Sanofi долго находился в состоянии неопределенности в связи с тем, что в компании не могли согласовать кандидатуру на пост генерального директора. Недавно консенсус был достигнут и в эту должность вступил Оливье Брандикурт, прежде работавший в компании Bayer; в связи с этим

возможны препятствия в иницируемом им развитии портфеля компании. Novartis только завершила важную для компании сделку по обмену активами с GlaxoSmithKline. Британская Shire успела обзавестись новыми активами в связи с покупкой Meritage Pharma и NPS Pharmaceuticals. Недавно Shire заинтересовалась портфелем Salix, но канадской Valeant удалось успешно завершить сделку, несмотря на то что компания не планировала приобретений в ближайшее время.

Valeant приобретает портфель Salix за 10 млрд долларов

Valeant Pharmaceuticals и Salix Pharmaceuticals объявили о заключении окончательного соглашения, согласно которому Valeant приобретает портфель активов Salix за 10 млрд долларов (по 158 долларов за акцию). С учетом долговых обязательств стоимость компании составляет около 14,5 млрд долларов. Менеджмент Valeant предполагает, что синергия активов двух фармкомпаний обеспечит 500 млн долларов ежегодной экономии за счет сокращения корпоративных расходов и рационализации деятельности R&D-центра. Сделку планируют завершить в следующем квартале.

По словам генерального директора Майкла Пирсона, франшиза для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта Salix стратегически подходит для диверсифицированного портфеля специализированных продуктов Valeant. М. Пирсон также подчеркивает, что этот рынок терапии имеет хорошие перспективы, а портфель Salix состоит из интересных продуктов. Valeant получит доступ к 22 лекарственным средствам, в том числе Xifaxan, Uceris, Relistor и Apriso. В ноябре 2014 г. Salix сообщила, что уровень запасов четырех основных лекарственных средств был выше, чем ожидали. Фармкомпания подчеркнула, что сократит запасы до конца этого года, то есть на год раньше, чем предполагалось ранее.

Valeant согласилась приобрести Salix после неудачной сделки с Allergan, которая заключила соглашение с Actavis. Кроме того, на прошлой неделе Valeant получила разрешение на покупку активов обанкротившейся компании Dendreon за 495 млн долларов.

Ранее канадская Valeant заработала 400 млн долларов на несостоявшейся сделке по приобретению американской Allergan. Пресс-секретарь компании Лори Литтл не исключает возможности того, что компания проведет какую-либо сделку в случае крайней необходимости именно в этот период, но все-таки Valeant больше заинтересована в погашении существующего долга и выкупе собственных акций.

Express Scripts сообщает об увеличении расходов на рецептурные препараты в США

По данным компании по управлению фармацевтическими пособиями Express Scripts (США), в 2014 г. расходы на рецептурные препараты выросли на 13,1% за счет специализированных продуктов, в том числе дорогостоящей инновационной терапии гепатита С. Представители Express Scripts отметили, что затраты продолжат расти. В докладе компании указано, что расходы на лечение с использованием специализированных лекарственных средств в прошлом году выросли на 30,9% и, несмотря на то что эти препараты составляют только 1% от общего объема рецептурных медикаментов в США, достигли отметки в 31,8% в рамках общего объема расходов. Express Scripts заявила, что терапия гепатита С составляет 45% от общего объема расходов на лечение с использованием специализированных лекарственных средств. Старший вице-президент Express Scripts Глен Штеттин назвал ситуацию с ростом цен на лекарства неприемлемой. Однако, подчеркнул он, цифры, указанные выше, не учитывают скидки, полученные от производителей препаратов.

По информации сайта <http://pharma.net.ua>

К. Тот, Университет Калгари, Канада

Прегабалин: новейшие доказательства безопасности и клиническая значимость в ведении нейропатической боли

Прегабалин – представитель нового поколения габапентиноидов, противоэпилептический препарат, структурно схожий с габапентином. Тем не менее основная сфера применения прегабалина – состояния, сопровождающиеся нейропатической болью (Oteri et al., 2010), на которую препарат по сравнению с габапентином действует более направленно. Кроме того, прегабалин используется в лечении генерализованного тревожного расстройства (Feltner et al., 2003; Pande et al., 2003; Pohl et al., 2005).

В большинстве современных клинических руководств габапентиноиды, в том числе прегабалин, рассматриваются как первая линия терапии нейропатической боли (O'Connor, Dworkin, 2009). В разных странах прегабалин применяется для ведения нейропатической боли, ассоциированной с диабетической периферической нейропатией (Arezzo et al., 2008; Bansal et al., 2009; Lesser et al. 2004 и др.), постгерпетической невралгии (ПГН) (Achar et al., 2010; Barbarisi et al., 2010; Baron et al., 2009 и др.), фибромиалгии (Arnold et al., 2008; Crofford et al., 2008; Mease et al., 2008 и др.), в качестве вспомогательной терапии при парциальных эпилептических припадках у взрослых. В Европе прегабалин является единственным препаратом, одобренным для ведения пациентов с центральной нейропатической болью.

Нейропатическая боль – боль, причиной которой является патологический очаг или заболевание, поражающее соматосенсорные пути периферической или центральной нервной системы (Treede et al., 2008). Этот вид боли наблюдается у 4-16% населения (Bouhassira et al., 2008; Torrance et al., 2006; Toth et al., 2009). Прегабалин, применяющийся в фармакотерапии нейропатической боли, не только обеспечивает контроль боли, но и помогает в ведении сопутствующих болевого синдрому расстройств.

Клинические исследования с прегабалином

Как средство терапии болевой формы диабетической периферической нейропатии и постгерпетической невралгии прегабалин изучен в 7 рандомизированных двойных слепых исследованиях и 3 метаанализах (Freeman et al., 2008; Hurley et al., 2008; Quilici et al., 2009). Прегабалин в дозах 150, 300 и 600 мг/сут эффективно купировал нейропатическую боль и достоверно превосходил плацебо в этом отношении. Количество пациентов, которым необходимо назначить прегабалин для получения эффекта у одного больного (показатель number needed to treat, NNT), составило 4 для дозы 300 мг/сут и 6 для дозы 600 мг/сут (Freeman et al., 2008). В этом же метаанализе показано, что после назначения прегабалина для достижения существенного снижения интенсивности боли и улучшения состояния пациентов требуется в среднем 4-5 дней. Проводились сравнительные исследования эффективности прегабалина и других популярных адьювантных анальгетиков. В режиме гибкого дозирования от 150 до 600 мг/сут прегабалин по сравнению с трициклическим антидепрессантом amitриптилином в дозе 10-50 мг/сут обеспечивал более высокую частоту терапевтического ответа у пациентов с нейропатической болью (48 против 34%), лучше переносился и реже отменялся по причине развития побочных эффектов (Bansal et al., 2009). В ходе метаанализа 6 исследований прегабалина и 3 исследований дулоксетина была обнаружена сопоставимая клиническая эффективность в отношении купирования боли при тенденции к более выраженному улучшению самооценки общего самочувствия на фоне приема прегабалина (Quilici et al., 2009).

В 4 рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях изучалась эффективность прегабалина в фиксированных дозах (150, 300 и 600 мг/сут) у пациентов с постгерпетической невралгией (Dworkin et al., 2003; Sabatowski et al., 2004; Stacey et al., 2008; van Seventer et al., 2006). Все дозы были эффективными с дозозависимой частотой ответа на терапию: 26% на фоне приема дозы 150 мг/сут, 26-39% – 300 мг/сут и 47-50% – 600 мг/сут. Эти результаты впоследствии подтвердились метаанализом Мооге и соавт. (2009).

В большом ретроспективном анализе 9 плацебо контролируемых исследований со смешанными группами пациентов (с диабетической периферической нейропатией или постгерпетической невралгией) было показано, что купирование постгерпетической боли на фоне терапии прегабалином достигается всего за 2 дня (Sharma et al., 2010).

Боль в нижней части спины является одним из самых распространенных болевых синдромов: ее периодически или регулярно испытывает от 15 до 45% лиц в общей популяции (Elliott et al., 1999; Lawrence et al., 1998). Хотя первично эта боль механически-ноцицептивная по происхождению, в 20-35% случаев присоединяется нейропатический компонент вследствие вторичных поражений нервных корешков (Freynhagen, Baron, 2009). В 2 рандомизированных клинических исследованиях продемонстрированы эффективность и безопасность прегабалина в режиме монотерапии и в комбинации с селективным ингибитором циклооксигеназы-2 цекоксибом у пациентов с дорсалгией (Baron et al., 2010; Romano et al., 2009).

Центральная нейропатическая боль часто возникает при сосудистых, дегенеративных или травматических поражениях центральной нервной системы: в постинсультном периоде, у пациентов с рассеянным склерозом и травмами спинного мозга. По данным 2 рандомизированных исследований (Siddall et al., 2006; Vranken et al., 2008), прегабалин в режиме гибкого дозирования достоверно превосходил плацебо в уменьшении центральной нейропатической боли. Исследование у пациентов с постинсультной болью не выявило различий в эффективности прегабалина

и плацебо, однако прегабалин достоверно улучшал вторичные показатели: уменьшал проявления сопутствующей тревоги, улучшал характеристики сна и тем самым повышал общую удовлетворенность пациентов терапией (Kim et al., 2011).

Посттравматическая нейропатическая боль, возможно, является наиболее рефрактерной к терапии. Согласно данным рандомизированного клинического исследования Jenkins и соавт. (2012), прегабалин эффективно купировал периферическую посттравматическую боль. Еще 2 исследования продемонстрировали эффективность прегабалина у пациентов с болевым синдромом, связанным с травмой спинного мозга (Cardenas et al., 2013; Siddall et al., 2006).

Дозировка и начало лечения прегабалином

Выбор дозы прегабалина можно осуществлять индивидуально с учетом других препаратов, которые принимает пациент, клиренса креатинина и анамнеза переносимости лекарственных средств. Стартовая доза составляет 75 мг перорально вечером или на ночь либо 75 мг перорально 2 р/день. При хорошей переносимости дозу постепенно повышают до 150 мг 2 р/день на протяжении 1-2 нед, основываясь на данных относительной эффективности. У большинства пациентов прегабалин проявляет максимальную эффективность при использовании в дозах 300 или 600 мг/сут, хотя у некоторых пациентов достаточный эффект могут обеспечивать и более низкие дозы. Если после 2-4 нед лечения препаратом в дозах 300-600 мг/сут не достигается адекватный обезболивающий эффект или развивается переносимость в диапазоне дозировок 75-600 мг/сут, прегабалин следует отменить.

Безопасность

Практически во всех исследованиях, в том числе в постмаркетинговых, прегабалин хорошо переносился. Большинство побочных эффектов были легкими или средневыраженными и, как правило, имели транзиторный характер: наблюдались только в начале лечения, а затем разрешались, т. е. были самолимитирующимися. В целом побочные эффекты прегабалина, такие как сонливость и головокружение, обычно хорошо переносятся пациентами (Hindmarch et al., 2005) и являются дозозависимыми. Их частота одинакова во всех популяциях пациентов и не зависит от пола или возраста.

Лекарственные взаимодействия

Взаимодействия между габапентиноидами и другими препаратами регистрируются очень редко. В значительной степени это обусловлено тем, что габапентиноиды не проявляют значимой связи с белками плазмы. Кроме того, прегабалин не обладает индуцирующим или ингибирующим влиянием на основные изоферменты цитохрома P450 in vitro, и фармакокинетика препарата не зависит от генетического полиморфизма изоферментов P450 (Blockbrader et al., 2010). Прегабалин in vivo не изменял фармакокинетику габапентина, оксикодона, лоразепема, оральных контрацептивов и этанола. С другой стороны, лекарственные препараты, которые бы клинически значимо влияли на фармакокинетику/фармакодинамику прегабалина, также не установлены (Cada et al., 2006).

Заключение

Прегабалин в настоящее время считается препаратом выбора для фармакотерапии нейропатической боли при диабетической нейропатии, периферической невралгии и др. Помимо этих состояний, прегабалин обладает доказанной эффективностью в снижении боли в нижней части спины (в т. ч. при радикулопатии), посттравматической нейропатической боли, фибромиалгии и нейропатической боли центрального происхождения (например, при травмах спинного мозга) при благоприятном профиле безопасности. Таким образом, прегабалин следует рассматривать как препарат первой линии терапии у большинства пациентов с нейропатической болью. Лечение прегабалином необходимо начинать с низкой дозы с последующим ее постепенным повышением. Для поддержания высокого комплайенса пациентов рекомендуется прием препарата 2 р/сут. У больных с нарушенной почечной функцией выбор дозировки должен осуществляться с учетом клиренса креатинина. Эффективная доза прегабалина у разных пациентов может отличаться, но в целом наибольшую результативность обеспечивают дозы 300-600 мг/сут. Прегабалин лишен лекарственных взаимодействий, благодаря чему легко могут назначать врачи общей практики. Отмену препарата (если возникает такая потребность) рекомендуется проводить в течение нескольких дней, постепенно снижая дозу. При необходимости прегабалин можно комбинировать с препаратами, имеющими иной механизм действия, в частности с трициклическими антидепрессантами, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, другими антиконвульсантами, опиоидами или каннабиноидами. В целом прегабалин является ценным и в высокой степени безопасным препаратом для лечения нейропатической боли. Появляются все новые данные относительно эффективности прегабалина в различных клинических ситуациях, поэтому в ближайшем будущем можно ожидать расширения сферы применения этого препарата.

Статья печатается в сокращении.

Список литературы находится в редакции.

Cory T. Pregabalin: latest safety evidence and clinical implications for the management of neuropathic pain. Ther Adv Drug Saf. 2014 Feb; 5 (1): 38-56.

Перевел с англ. **Алексей Терещенко**

ЛЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНО

І.С. Чекман, член-кореспондент НАН України, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, **А.С. Свінцицький**, д.м.н., професор, **М.І. Загородний**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки: клініко-фармакологічний аспект



І.С. Чекман

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки – хронічне рецидивуюче (схильне до повторення після одужання) захворювання, що характеризується утворенням виразки на слизовій оболонці шлунка або дванадцятипалої кишки. Виразка (тобто ушкодження слизової оболонки) небезпечна тим, що може мати тяжкі ускладнення – прободіння. У шлунку або дванадцятипалій кишці утворюється «дірка», через яку вміст шлунка чи дванадцятипалої кишки потрапляє у черевну порожнину і спричинює запалення її органів. У цьому випадку для збереження життя хворого можливе лише оперативне втручання. Якщо ж виразкову хворобу шлунка виявити вчасно і правильно її лікувати, то є реальна можливість уникнути загострень і вилікувати хворого від цієї недуги. На сьогодні можливості фармакотерапії дозволяють забезпечити повне одужання [1, 3].

Результати досліджень, проведених австралійськими лікарями В. Marshall та R. Worren, свідчать про те, що у виникненні хвороби велике значення має мікроорганізм *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), який потрапляє в організм із навколишнього середовища з їжею, паразитує в шлунку і кишечнику, виділяє отруту, що призводить до виникнення виразки. *H. pylori* порушує морфологічну структуру оболонки, зменшуючи її стійкість до впливу соляної кислоти. У 2005 р. вчені були удостоєні Нобелівської премії в області фізіології та медицини.

Причинами виникнення виразки також є: неправильне харчування (недостатньо ретельно пережована їжа, поспішне вживання їжі, дуже холодні й гарячі страви), тривале нервово-емоційне перенапруження (стреси), постійні негаразди у сім'ї, проблеми на роботі. За цих умов нервова система людини посиляє імпульси, які передаються в шлунок і викликають звуження судин (унаслідок цього поживні речовини вже не можуть нормально потрапляти у шлунок, виникає своєрідне голодування) і тим самим провокують утворення виразки.

Часто виразка шлунка або дванадцятипалої кишки виникає також при прийомі деяких препаратів: ацетилсаліцилової кислоти (аспірину), бутадіону, індометацину, диклофенаку натрію, резерпіну тощо). На кафедрі внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця встановлено, що поєднане застосування звертеїну з диклофенаком натрію значно зменшує негативний вплив останнього на слизову оболонку шлунка і кишечнику [4].

Наявність хронічного гастриту (запалення шлунка), його ще називають «передвиразковим станом», часто призводить до розвитку цієї хвороби.

Певне значення має генетична схильність. Якщо хтось із батьків мав виразку, хвороба може з часом з'явитись у дітей, хоча це трапляється рідко (а якщо дотримуватись здорового способу життя, таких спадкових хвороб можна взагалі уникнути).

Доцільно висвітлити роль тютюнопаління як однієї з основних причин виникнення виразкової хвороби шлунка. Нікотин – це протоплазматична отрута, має унікальну і небезпечну для здоров'я властивість – добре всмоктуватись із ротової порожнини, органів дихання, навіть зі шкіри. Коли людина курить, у крові підвищується рівень катехоламінів (адреналіну і норадреналіну) внаслідок збудження нікотином симпатичної нервової системи. Катехоламіни також звужують судини, чим заважають поживним речовинам у належній кількості потрапляти в організм. Також у разі тютюнопаління виділяється багато слини внаслідок підвищення активності парасимпатичної нервової системи. Вона за своїм призначенням має допомагати їжі проходити перший етап – добре переробляється у ротовій порожнині і сигналізувати шлунку, що час готуватися до засвоєння їжі. Та оскільки їжі немає, шлунок, отримавши неправильний сигнал, усе-таки виділяє сік і кислоту і відпрацьовує «у холосту». Відомий мудрий вислів: «Крапля камінь точить». Так відбувається із тютюнопалінням: кожна сигарета, яку викурила людина, «точить» слизову оболонку шлунка до тих пір, доки там не утворюється виразка.

Небезпечним для шлунка є й надмірне вживання алкоголю, особливо концентрації більше 30% (етилловий спирт «обпалює» слизову оболонку). Міцні спиртні напої (горілка тощо) діють більш негативно, слабкі (пиво, вино) менш токсично, але теж завдають великої шкоди. Інколи хвороба виникає без видимих на те причин.

Основні симптоми хвороби

Основними клінічними проявами виразкової хвороби є больовий і диспепсичний синдроми. Причинами болю є спазм непосмугованих м'язів антрального відділу шлунка, а також підвищення кислотності шлункового соку. При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки біль характеризується періодичністю (чергуванням періодів загострення та ремісії), ритмічністю, пов'язаною зі вживанням їжі, сезонністю (весняні та осінні загострення). Біль виникає натще (часто вночі) і зменшується чи повністю

зникає після вживання їжі і прийому антацидних препаратів. Диспепсичний синдром для таких пацієнтів менш властивий, ніж больовий [2, 3, 7].

У хворого виникають печія і кисла відрижка (тому що кислий вміст шлунка закидається у стравохід). Біль може супроводжуватися нудотою, яка іноді закінчується блюванням, після блювання біль минає. Болить із правого боку під грудиною (у народі кажуть «під ложечкою»).

На сьогодні виразка діагностується у 100% випадків. Для цього лікар призначає гастроскопію (у шлунок вводиться спеціальний зонд, який дозволяє побачити і «сфотографувати» виразку) або рентгеноскопію (хворий приймає барію сульфат – білий порошок, який розчиняється у воді, він заповнює заглиблення (тобто виразку) у шлунку і це добре видно на рентгенограмі). Захворювання перебігає циклічно з періодами загострення восени та навесні.

Основні фармакотерапевтичні принципи лікування хвороби:

- пригнічення активності та повна ерадикація *H. pylori* шлунково-кишкового тракту (ШКТ);
- зменшення кислотопродукції залоз шлунка та кислотності шлункового соку;
- покращення регенерації слизової оболонки ШКТ;
- раціональне харчування як важливий фактор нормалізації функції шлунка і кишечнику.

Усі лікарські засоби, що застосовують для лікування пацієнтів із виразковою хворобою, розділяють на базисні (антихелікобактерні, антисекреторні, антацидні, гастроципротекторні) та допоміжні (репаранти, гастрокінетики, спазмолітики, засоби центральної дії).

1. Пригнічення активності та повна ерадикація *H. pylori* ШКТ [3, 7, 9]. У зв'язку з провідною роллю *H. pylori* у розвитку і перебігу виразкової хвороби визначено комбінації лікарських засобів і режими ерадикаційної терапії. Мета ерадикаційної терапії полягає в ліквідації *H. pylori*, загоєнні ерозій і виразок, регресії активності та вираженості гастродуоденіту, профілактиці загострень, ускладнень і рецидивів.

Антибактеріальну дію мають препарати вісмуту, зокрема вісмуту субнітрат, який лікарі давно застосовують для лікування виразки шлунка або дванадцятипалої кишки. Однак цей засіб подразнює слизову оболонку шлунка, тому розроблена його нова лікарська форма – колоїдний розчин солей вісмуту, що випускається під назвою Де-Нол, Трибімол та ін.

Російський учений-фізіолог, лауреат Нобелівської премії І.П. Павлов стверджував: «Діючи на мікроорганізми, не слід забувати, що вони також мають свої інтереси». Продовжуючи його думку, український учений, академік НАН України та академік НАМН України, завідувач кафедри мікробіології, вірусології та імунології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор В.П. Ширококов підкреслює: «З мікроорганізмами необхідно розмовляти на Ви».

Рекомендації видатних учених мають пряме відношення до *H. pylori*. Виявляється, що препарати вісмуту не завжди діють на цей мікроорганізм і не викликають пригнічення його активності. Тому почали застосовувати метронідазол (Трихопол). Дія цих двох протимікробних препаратів не завжди сприяє повній ерадикації *H. pylori*, тому слід додавати антибіотики, зокрема кларитроміцин, амоксицилін, кларитроміцин. В останні роки встановлено, що комбінація антибіотиків амоксициліну, кларитроміцину та пантопрозолу або цих антибіотиків з омепразолом викликає виражену пригнічувальну дію на *H. pylori*.

Застосування цих груп лікарських засобів протягом 7-14 днів сприяє повній ерадикації цього мікроорганізму.

Для антихелікобактерної терапії розроблено й апробовано спеціальні схеми лікування (Маастрихтські консенсуси II, 2000; III, 2005; IV, 2011) [3, 7]. Схему лікування виразкової хвороби вважають прийнятною, якщо ерадикація досягається не менше ніж у 80% пацієнтів,

частота побічних ефектів становить <5%, прийом лікарських засобів є зручним, а курс лікування – низьковартісним.

У хворих із пептичними виразками в якості лікування першої лінії рекомендовано застосовувати 2 схеми потрібної терапії, які добре себе зарекомендували в Україні:

- інгібітор протонної помпи – ІПП (омепразол 20 мг або лансопразол 30 мг, або пантопрозол 40 мг, або рабепразол 20 мг, або езомепразол 20 мг) 2 р/добу + кларитроміцин 500 мг 2 р/добу + амоксицилін 1000 мг 2 р/добу;
- ІПП у стандартній дозі (схема 1) 2 р/добу + кларитроміцин 500 мг 2 р/добу + метронідазол 500 мг (тинідазол 500 мг) 2 р/добу.

Залежно від клінічної ситуації тривалість лікування за потрібною схемою становить 7-14 днів; при цьому з урахуванням кислотопродукувальної функції шлунка замість ІПП можна використовувати фамотидин 20 мг 2 р/добу, ранітидин, вісмуту цитрат.

Відповідно до рекомендацій Маастрихтського консенсусу IV:

- слід відмовитися від потрібної терапії з ІПП та кларитроміцином без попереднього дослідження чутливості до кларитроміцину у разі рівня резистентності до кларитроміцину в регіоні >15-20%;
- у регіонах із низьким рівнем резистентності до кларитроміцину схеми з цим препаратом слід застосовувати як першу лінію емпіричної терапії, альтернативою є призначення квадротерапії з препаратом вісмуту;
- призначення високої дози ІПП (2 р/добу) підвищує ефективність потрібної терапії;
- збільшення тривалості потрібної терапії з ІПП та кларитроміцином з 7 до 10-14 днів підвищує рівень успішної ерадикації на 5%;
- ефективність схем ІПП + кларитроміцин + метронідазол та ІПП + кларитроміцин + амоксицилін однакова;
- деякі про- та пребіотики забезпечують обнадійливі результати як додаткова терапія, здатна зменшити побічні ефекти;
- у пацієнтів з алергією на пеніцилін у регіонах з низькою резистентністю до кларитроміцину як терапію першої лінії використовують комбінацію ІПП + кларитроміцин + метронідазол.

У разі відсутності ерадикації через 4 тиж антихелікобактерної терапії рекомендують другу, резервну лінію лікування – четверту (квадротерапію) протягом 7 днів: ІПП у стандартній дозі 2 р/добу + препарат колоїдного вісмуту 120 мг 4 р/добу + метронідазол 500 мг 3 р/добу + тетрациклін 500 мг 4 р/добу.

Згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу IV, у разі неефективності схеми, яка включає ІПП + кларитроміцин, рекомендують застосування квадротерапії з препаратом вісмуту або потрібної терапії з додаванням левофлоксацину.

У регіонах із високим рівнем резистентності до кларитроміцину квадротерапію з препаратом вісмуту рекомендують як першу лінію емпіричної терапії. Якщо цю схему неможливо застосувати, призначають послідовну або квадротерапію без препарату вісмуту.

За необхідності проводять терапію третьою лінією (Маастрихтський консенсус IV, 2011):

- у разі неефективності терапії другою лінією лікування за можливості має базуватися на тестах чутливості до антибіотиків;
- у регіонах із високою резистентністю до кларитроміцину у разі неефективності квадротерапії з препаратом вісмуту рекомендують призначення потрібної терапії з левофлоксацином з урахуванням підвищення рівня резистентності до левофлоксацину.

Після завершення комбінованої ерадикаційної терапії залежно від рівня кислотопродукування в шлунку можна продовжити лікування антисекреторними (ІПП, блокатори H₂-гістамінових рецепторів), а також цитопротекторними препаратами (Де-Нол).

Якщо повторні курси антихелікобактерного лікування не забезпечують ерадикації *H. pylori*, показана тривала (протягом кількох місяців і навіть років) підтримувальна терапія антисекреторним препаратом у половинній дозі (20 мг фамотидину, 20–40 мг омепразолу, 30–60 мг лансопрозолу, 20–40 мг пантопрозолу, 20–40 мг рабепразолу, 20–40 мг езомепразолу).

Контроль проведення антихелікобактерної терапії (Маастрихтський консенсус IV, 2011):

- уреазний дихальний і лабораторний валідований моноклональний тести на наявність антигенів *H. pylori* у калі рекомендовані як неінвазивні тести для оцінювання ефективності ерадикаційної терапії; серологічні методи не використовують;

- для визначення ефективності ерадикації *H. pylori* інтервал між завершенням терапії та дослідженням має становити мінімум 4 тиж;

- при неускладненій виразковій хворобі дванадцятипалої кишки після ерадикації *H. pylori* продовжувати лікування ІПП не рекомендується;

- при виразковій хворобі шлунка та ускладненій виразковій хворобі дванадцятипалої кишки рекомендується продовжити застосування ІПП;

- ерадикаційну терапію при виразкових кровотечах слід починати з моменту відновлення харчування через рот.

За останні роки встановлено, що виражений лікувальний ефект при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки має прополіс. Це зумовлено кількома факторами, а саме:

- складом фізіологічно активних речовин. У прополісі містяться флавоноїди, ефірні масла, смоли, дубильні речовини, віск, білкові речовини, вітаміни, біометали, спирти, амінокислоти та ін.;

- наявністю широкого спектра фармакологічної активності: протимікробної, противірусної, імунотропної, антиоксидантної, гіпотензивної, протипухлинної, а також властивості стимулювати регенерацію тканин у разі незначної токсичності;

- можливість застосування в натуральному вигляді або спиртового розчину;

- клінічна ефективність прополісу не зменшується при тривалому застосуванні. Це особливо важливо при лікуванні захворювань, що викликаються мікроорганізмами та вірусами, у т. ч. виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

Для лікування цього захворювання рекомендують жувати натуральний прополіс: 3–6 г (1 чайна ложка) сирцю прополісу зранку за 1–2 год до їди 1 раз на день. Тривалість жування – 30–40 хв. Курс лікування – 20–30 днів. Можна застосовувати 10% спиртовий розчин по 20 крапель зранку за 1 год до їди.

2. Зменшення кислотопродукції залоз шлунка та кислотності шлункового соку [1, 3, 7, 9]. Основні препарати, які пригнічують секрецію хлористоводневої кислоти шлунка, представлені нижче.

2.1. Антацидні лікарські засоби

Антацидні препарати були першими лікарськими засобами, які використовували для зниження кислотності шлункового соку. Наукові дослідження антацидних засобів почалися після з'ясування французьким фізіологом Клодом Бернаром у XIX ст. ролі хлористоводневої кислоти шлункового соку в травленні і на початку XX ст. – у виникненні пептичних виразок. Основний механізм антацидних засобів полягає у хімічній реакції з хлористоводневою кислотою, її нейтралізації, таким чином сприяючи загоєнню виразок.

До антацидних засобів належать **натрію гідрокарбонат, магнію оксид, магнію трисилікат, кальцію карбонат, алюмінію гідроксид**, які розрізняються за фармакотерапевтичними властивостями: швидкістю розвитку дії, ефективною, здатністю всмоктуватися у кишечнику, резорбтивною дією, утворенням у шлунку CO_2 .

До швидкодіючих антацидних засобів, що всмоктуються, належить натрію гідрокарбонат (NaHCO_3). Його негативною властивістю є утворення у шлунку CO_2 .



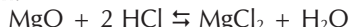
CO_2 призводить до розтягнення шлунка, стимулює його слизову оболонку, що може бути причиною вторинного підвищення виділення хлористоводневої кислоти. Препарат діє короткочасно, добре розчиняється у воді, легко всмоктується і може бути причиною системного алкалозу. У цьому випадку у хворих погіршується апетит, виникають нудота, блювання, біль у животі, головний біль. Тому натрію гідрокарбонат в останні роки застосовують рідко.

Антацидна активність кальцію карбонату осадженого (CaCO_3 , крейда осаджена) зумовлена хімічною реакцією з хлористоводневою кислотою шлунка з утворенням вуглекислоти.



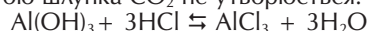
Ефект розвивається швидко. З травного тракту всмоктується незначною мірою, не чинячи системної дії. Тільки у великих дозах може спричинити розвиток гіперкальціємії та системного алкалозу. Кальцію карбонат викликає запор.

До препаратів магнію належить **магнію оксид** (MgO) і **магнію трисилікат** [$2\text{MgO} \cdot 3\text{SiO}_2 \cdot (\text{H}_2\text{O})_n$]. Дія цих препаратів розвивається повільніше, ніж натрію гідрокарбонату. Магнію оксид у 3–4 рази активніший, ніж натрію гідрокарбонат. CO_2 при застосуванні препаратів магнію не утворюється.



Магнію трисилікат має адсорбуючі властивості. У шлунку препарат набуває желеподібного стану. 1 г магнію трисилікату нейтралізує 155 мл 0,1 М розчину хлористоводневої кислоти.

Алюмінію гідроксид [$\text{Al}(\text{OH})_3$] – антацидний, адсорбуючий і обволікаючий засіб. При взаємодії з хлористоводневою кислотою шлунка CO_2 не утворюється.



Алюмінію гідроксид не спричиняє розвитку системного алкалозу. Можливий запор. Магнію та алюмінію гідроксид доцільно використовувати в комбінації, антацидний ефект збільшується, а побічна дія з боку кишечника зменшується. Такі властивості має комбінований антацидний засіб Альмагель, до складу якого входить гель алюмінію гідроксид, магнію оксид і D-сорбіт. За рахунок перших двох речовин реалізується антацидний, адсорбуючий та обволікаючий ефекти. D-сорбіт сприяє посиленню виділенню жовчі і послаблювальній дії. До складу препарату Альмагель-А входить також анестезин, який чинить місцеву знеболювальну дію.

Показання: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, гіперацидний гастрит, езофагіт та інші захворювання ШКТ з гіперацидним ефектом. Альмагель-А застосовують у тому випадку, коли ці захворювання супроводжуються болем, нудотою та блюванням.

Інший комбінований препарат Маалокс містить магнію та алюмінію гідроксид. **Показання до призначення:** ті самі. Слід урахувати, що адсорбуючий та обволікаючий ефекти антацидних засобів знижують абсорбцію (всмоктування) в ШКТ багатьох лікарських засобів – тетрациклінів, фосфорвісних препаратів, ацетилсаліцилової кислоти, індометацину, блокаторів гістамінових H_2 -рецепторів, β -адренблокаторів, аміназину, ізоніазиду, дифеніну тощо.

Останнім поколінням магній- та алюмінієвмісних антацидів є колоїдні препарати, до складу яких входять фосфат алюмінію, гідроксид алюмінію, бінарний магнієво-алюмінієвий гідроксид або трисилікат магнію.

Механізм дії антацидних засобів досить широкий. Крім нейтралізації хлористоводневої кислоти шлункового соку, вони зменшують активність пепсину шляхом прямого зв'язування ферменту, а не тільки за рахунок підвищення рівня рН, зв'язують жовчні кислоти і лізолецитин, зменшують тим самим рефлюксий антралийний гастрит і забезпечують загоєння виразок, анастомозів після резекції шлунка за наявності рефлюксу жовчі. Сприяють виділенню епідермального чинника росту (стимулятора регенерації епітелію), який прискорює загоєння виразок. Антацидні засоби, особливо алюмінієвмісні, пригнічують *H. pylori* і зв'язують токсичні продукти життєдіяльності збудника, підвищують гастропротекторні властивості слизової оболонки шлунка, стимулюють біосинтез простагландинів, секрецію слизу в шлунку і біосинтез нітратів, які покращують мікроциркуляцію слизової оболонки шлунка.

Тому в гастроентерологічній практиці показання до призначення антацидних засобів досить широкі: скарги хворих на печію чи голодний біль; клінічно підтверджений рефлюкс-езофагіт і грижа стравохідного отвору діафрагми; диспепсія шлункового походження; рефлюксий антралийний гастрит; виразкова хвороба шлунка (для лікування і профілактики рецидивів); виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (для лікування і профілактики); тривале лікування нестероїдними протизапальними препаратами – НПЗП (для профілактики уражень слизової оболонки шлунка); стресорні виразки (для профілактики).

Антацидні засоби протипоказані при тяжких порушеннях функції нирок і у період вагітності.

2.2. Засоби, які блокують M-холінорецептори, поділяють на 2 підгрупи:

- 1-ша підгрупа – M-холіноблокатори невибіркової дії (атропіну сульфат). На сьогодні цей препарат не застосовують для зменшення секреції хлористоводневої кислоти через виражений вплив на інші органи (порушення акомодатції) та системи організму (тахікардія, збудження функції центральної нервової системи (ЦНС), зменшення секреції слинних залоз тощо);

- 2-га підгрупа – засоби, які блокують переважно M₁-холінорецептори слизової оболонки шлунка, пригнічуючи секрецію хлористоводневої кислоти, нормалізуючи рН шлункового соку. До цієї підгрупи належить пірензепін (Гастроцепін). Позитивною клініко-фармакологічною властивістю пірензепіну є здатність пригнічувати тільки M₁-холінорецептори залоз шлунка, після прийому всередину практично не всмоктується і виводиться з калом, а при парентеральному введенні – однаково з сечею і калом. При парентеральному введенні погано проникає через гематоенцефалічний та плацентарний бар'єр.

Показання до застосування: гостра та хронічна форми виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. Розчин для ін'єкцій застосовують у перші 2–3 дні лікування, а потім переходять на пероральний прийом препарату.

Препарат добре переноситься, інколи відмічаються сухість у роті, порушення акомодатції, запор, висипання на шкірі. Пірензепін протипоказаний при глаукомі, гіпертрофії передміхурової залози, у період вагітності та годування груддю, дітям.

2.3. ІПП (H^+ , K^+ -АТФази): омепразол, пантопрозол, лантопрозол, рабепразол, езомепразол. Значним досягненням

при створенні сучасних лікарських засобів, що знижують кислотність шлункового соку, є синтез похідного заміщеного бензімідазолу – омепразолу, який пригнічує функцію протонної помпи (H^+ , K^+ -АТФази) парієтальних клітин шлунка. Як слабка основа омепразолу за умов нейтрального рН неефективний. У кислому середовищі канальців парієтальних клітин препарат перетворюється на активний метаболіт сульфенамід, який незворотно пригнічує активність H^+ , K^+ -АТФази, зменшуючи виділення шлункового соку і зумовлюючи зниження кислотності останнього. Дозозалежно знижує рівень базальної та стимульованої секреції соляної кислоти, загальний об'єм. Перетворення омепразолу на сульфенамід відбувається швидко (через 2–4 хв). Сульфенамід абсорбції не піддається, діє місцево. Таким чином, омепразол відносять до проліків.

Позитивною клініко-фармакологічною властивістю омепразолу є його бактерицидний вплив на *H. pylori*. Ерадикація цього мікроорганізму при поєднаному застосуванні з антибіотиками сприяє швидкому усуненню симптомів хвороби й загоєнню виразки, тривалій ремісії захворювання, попереджає виникнення кровотеч.

Показання до застосування: виразка шлунка й дванадцятипалої кишки, у т. ч. викликана НПЗП, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, синдром Золлінгера-Елісона, з метою ерадикації *H. pylori* поєднано з антибіотиками. Ефективно попереджає рецидиви виразкової хвороби. Призначають усередину по 0,02–0,06 г 1 р/добу ввечері, а для профілактики – 3 р/тиж у такій самій дозі.

Побічна дія. Препарат добре переноситься. Можливе виникнення діареї, нудоти, кишкових кольок, слабкості, головного болю та інших побічних ефектів, проте вони виражені незначною мірою і спостерігаються лише у деяких пацієнтів.

Подібні клініко-фармакологічні властивості мають й інші ІПП (H^+ , K^+ -АТФази): **пантопрозол, лансопрозол, рабепразол.**

2.3. Засоби, які блокують гістамінові H_2 -рецептори: ранітидин, фамотидин. Серед блокаторів гістамінових H_2 -рецепторів на сьогодні використовують **ранітидин і фамотидин**. Вони мають високу активність при достатньо високій безпеці. Гістамінові H_2 -рецептори пов'язані з аденілатциклоазою. Тому при збудженні гістаміном H_2 -рецепторів відбувається підвищення вмісту внутрішньоклітинного цАМФ. Це призводить до збільшення секреторної активності клітин слизової оболонки шлунка. Крім цього, збільшується вміст цАМФ у мастоцитах, базофілах, Т-лімфоцитах, клітинах міокарда, жировій тканині, гладеньких м'язах артеріальних судин, деяких відділах ЦНС, де також знаходяться гістамінові H_2 -рецептори.

Блокатори гістамінових H_2 -рецепторів є конкурентними антагоністами гістаміну. Найбільш виражений їх ефект пов'язаний із пригніченням секреції слизової оболонки шлунка. Впливаючи на H_2 -рецептори парієтальних клітин, препарати значно зменшують індукцію хлористоводневої кислоти, також знижується її базальна секреція. Меншою мірою пригнічується індукована секреція пепсиногену та внутрішнього фактора Касла. Об'єм шлункового соку зменшується.

Оскільки більшість блокаторів гістамінових H_2 -рецепторів низьколіпофільні, вони погано проникають до ЦНС. Виділяються переважно в незміненому вигляді, в основному нирками. Невелика частина виводиться через кишечник, куди вони потрапляють з жовчю.

Серед лікарських препаратів цієї групи широко застосовується ранітидин, який відрізняється високою блокувальною активністю і вибірковою дією відносно гістамінових H_2 -рецепторів у поєднанні з низькою токсичністю. Ранітидин добре всмоктується в ШКТ (біодоступність – 50%), практично не має антиандрогенної дії (на відміну від блокатора гістамінових H_2 -рецепторів циметидину, який на сьогодні не застосовується), незначно впливає на активність мікросомальних ферментів печінки, виділяється нирками (близько 55%) і виводиться через кишечник (близько 45%), проникає через плацентарний бар'єр.

Показання: виразка дванадцятипалої кишки і шлунка, гіпергастринемія, пептичний езофагіт (рефлюкс), ерозійний гастрит, дуоденіт.

Побічна дія. Ранітидин добре переноситься хворими і не викликає тяжких побічних ефектів. У частини хворих відзначають головний біль, стомлюваність, шкірний висип, діарею або запор.

Фамотидин (Гастросидин, Квамател, Фамопсин) більш активний, ніж ранітидин, і має більш тривалу дію (на 30%). Антиандрогенна дія відсутня. На мікросомальні ферменти печінки не впливає.

3. Покращення регенерації слизової оболонки ШКТ [1, 3, 7, 9].

3.1. Гастропротектори. У комплексній терапії виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки велике значення мають гастропротектори – лікарські засоби, що посилюють цитопротекторні механізми слизової оболонки ШКТ. Гастропротектори діють безпосередньо на слизову оболонку і перешкоджають негативній дії на неї хімічних або фізичних чинників (кислот, лугів, ферментів та ін.). Засоби, які зменшують продукцію хлористоводневої

Продовження на стор. 12.

ЛЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНО

І.С. Чекман, член-кореспондент НАН України, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, **А.С. Свінцицький**, д.м.н., професор, **М.І. Загородний**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки: клініко-фармакологічний аспект

Продовження. Початок на стор. 10.

кислоти та пепсин у розглянутих в попередніх розділах, до гастропротекторів не належать. Основне призначення гастропротекторів – зберегти структуру та основні функції слизової оболонки.

Гастропротектори представлені двома основними групами:

1. Препарати, що створюють механічний захист слизової оболонки або виразкової поверхні: сукральфат, вісмуту трикалію дицитрат.

2. Препарати, що підвищують захисну функцію слизового бар'єра і стійкість слизової оболонки до дії ушкоджувальних чинників: карбенексолон, мізопростол.

Сукральфат (Асукрал, Сукрат, Гельфос) – в'язкий жовто-білий гель, до складу якого входять сахарид сукрози, що сульфатується, та поліалюмінієвий оксид. При рН <4,0, тобто в кислому середовищі, відбувається полімеризація сукральфату. У результаті утворюється клейка речовина, що вкриває виразкову поверхню. Препарат зберігає в'язкість та клейкість і в дванадцятипалій кишці. З нормальною слизовою оболонкою сукральфат взаємодіє меншою мірою. Виразкову поверхню в шлунку і дванадцятипалій кишці гель міцно вкриває протягом 6 год. Механізм дії сукральфату зумовлений також простагландінами та SH-вмісними речовинами.

Препарат приймають до їди та перед сном. Ураховуючи, що кисле середовище є активатором полімеризації сукральфату, не можна комбінувати препарат з антацидними засобами і блокаторами гістамінових H₂-рецепторів. Сукральфат не всмоктується і не чинить системної дії. Побічні ефекти: запор, сухість у роті.

До цієї групи належить **вісмуту трикалію дицитрат (Де-Нол, вісмуту субцитрат)** – [Bi(OH)₃(C₆H₅O₇)₂]₃. Препарат являє собою колоїдну суспензію, яка під впливом хлористоводневої кислоти шлунка утворює білий осад, що має високу спорідненість до глікопротеїнів слизової оболонки, особливо некротичних тканин виразкової поверхні. Виразка вкривається захисним шаром. За ефективністю еквівалентний блокаторам гістамінових H₂-рецепторів. Вісмуту трикалію дицитрат має протимікробну активність, тому його вважають базисним препаратом у лікуванні виразкової хвороби, що асоціюється з H. pylori, і використовують у комбінації із засобами хіміотерапії для лікування виразок шлунка і дванадцятипалої кишки бактеріальної етіології.

Побічних ефектів ці лікарські засоби практично не викликають. Іноді можуть спостерігатися нудота, блювання, випорожнення чорного кольору. Не рекомендується застосування препарату при тяжких захворюваннях нирок.

3.2. До препаратів, що посилюють бар'єрну функцію слизової оболонки шлунка, належить карбенексолон натрію (Біогастрон, Дуогастрон). Карбенексолон натрію – циклічний триртерпен, який отримують із кореня солодки. Під впливом препарату секреція в'язкого слизу посилюється, останній вкриває слизову оболонку. Карбенексолон інгібує фермент, що бере участь в інактивації простагландинів, пригнічує перехід пепсиногену в пепсин.

Препарат усмоктується зі шлунка, близько 90% зв'язується з білками плазми крові; виділяється з жовчю в кишечник, піддається кишково-печінковій рециркуляції.

Карбенексолон натрію досить ефективний при виразковій хворобі шлунка, менше – при виразках дванадцятипалої кишки.

Побічні ефекти карбенексолону пов'язані з його стероїдоподібною структурою. Препарат має мінералокортикоїдні властивості – викликає затримку іонів натрію і води, гіпокаліємію, набряки і гіпертензію. Застосування сечогінних лікарських засобів запобігає розвитку побічних ефектів, а у разі їх виникнення – усуває їх. При цьому тіазидні діуретики не впливають на гастропротекторний ефект, а спіронолактон зменшує його.

3.3. Гастропротекторні властивості мають простагландини E₂ і J₂, які синтезуються в слизовій оболонці шлунка. Вони підвищують стійкість її клітин до ушкоджувальної дії зовнішніх факторів, покращують мікроциркуляцію, пригнічують секрецію хлористоводневої кислоти, підвищують секрецію слизу та бікарбонату, стимулюють регенерацію клітин слизової оболонки.

Із групи простагландинів як противиразковий препарат застосовують **мізопростол (Сайтотек, Цитотек)** – метильований аналог простагландину E₁. Препарат ефективний при ентеральному введенні. Мізопростол показаний для профілактики виразкового ураження слизової оболонки шлунка внаслідок застосування НПЗП. Препарат також використовують для лікування виразок шлунка

у разі неефективності блокаторів гістамінових H₂-рецепторів. Побічна дія: часто – діарея.

Гастропротектори створюють умови для якнайшвидшого загоєння виразок шлунка і дванадцятипалої кишки, захищаючи їх від дії ушкоджувальних чинників.

3.4. Препарати, які безпосередньо стимулюють регенерацію виразок. Епітелізацію слизової оболонки покращують вітамінні препарати, серед яких – ретинол (вітамін А), токоферол (вітамін Е), метилметіонінсульфонію хлорид (вітамін U), а також метилурацил та анаболічні стероїди. Вони мають регенеративну і протизапальну дію. Також стимулюють слизоутворення рослини з пльвоподібними властивостями: корінь живокосту лікарського, відвар вівса, льону. Настій насіння льону: 100 г насіння льону необхідно залити 300 г окропу, настояти протягом 12 год, після цього довести до кипіння; як тільки вода закипить, одразу зняти з вогню і процідити; приймати по 0,5 склянки перед кожним прийомом їжі протягом 2-3 тиж.

4. Раціональне харчування як важливий фактор нормалізації функції шлунка і кишечника [5, 6, 10].

У лікуванні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки важливе значення має також раціональне харчування, що виключає вживання під час загострення гострих страв, які збуджують функцію залоз шлунка (смажені страви, м'ясні і рибні бульйони, гриби і капуста відвари, копченості, консерви, спеції, груба рослинна їжа). Не дозволяється приймати ульцерогенні лікарські препарати. Категорично забороняється курити, вживати спиртні напої, каву. Виключають продукти, які подразнюють слизову оболонку шлунка, надто гарячі і надто холодні страви, не допускається вживання великої кількості їжі (переповнення шлунка призводить до збільшення секреції шлункового соку). Слід обмежити кількість харчової солі в раціоні.

Дозволяється вживати кефір та інші кисломолочні продукти, незбиране молоко, вершкове масло, свіжий жир, круп'яні супи, каші (гречану, вівсяну, рисову, кукурудзяну), відварене м'ясо або рибу, парові котлети, білий хліб, варені яйця, киселі, настій шипшини, некислі соки, ягоди та фрукти.

Основною метою лікування виразки шлунка та дванадцятипалої кишки має бути швидке призупинення загострення хвороби та запобігання рецидивам.

Препарати рослин виявляють різнобічну дію, впливають на всі причини, що викликають захворювання, тому займають важливе місце в терапії виразкової хвороби.

Для лікування цього захворювання у народній медицині є багато методів і фітозасобів. Доцільно призначати настій трави вероніки лікарської, плоди гібіску істівного (народні назви: бамія, гомбо, окра), який культивується на півдні України як харчова культура. У молодих зав'язях міститься значна кількість слизу, білків, вітамінів (аскорбінова кислота, каротин, тіамін, рибофлавін, піридоксин). Плоди гібіску істівного необхідно вживати вареними або смаженими, а також використовувати для приготування супів та соусів. Відвар кореневищ гірчака зміїного: 50 г подрібненої сировини залити 500 мл окропу, прокип'ятити 3 хв, настояти 8 хв, вживати по 50 мл 3 рази на день. Краще готувати цей відвар разом із насінням льону. Свіжий сік капусти городньої вживати по 100 мл 3 рази на день до їди протягом 20-30 днів.

Якщо виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки поєднується з холециститом, доцільно застосовувати Фебіхол, а також препарати копитняку європейського. Копитняк європейський (народні назви: варагуша, волоняк, копито кінське, підлистник, скопитне) – багаторічна рослина, росте по всій території України. Українська назва зумовлена тим, що листя рослини нагадує кінське копито. Копитняк європейський має повзуче кореневище і розгалужене повзуче стебло, що нижньою частиною укорінюється додатковими коренями до землі, створюючи своєрідне мозаїчне покриття в тих місцях, де росте рослина.

Коріння містить ефірну олію (до 1%), до складу якої входить азорон (30-50%), метилевгенол (15-20%), 1-борнілацетат (12-13%), трициклічний сесквітерпен (10-12%), азароновий альдегід (2-3%), азаронова кислота, пінен, евангол. У листках копитняку європейського міститься значна кількість флавоноїдів, наявні алкалоїди, стероїд ситостерин, фенолкарбонові кислоти (кавова, п-кумарова, ферулова). Фізіологічно активні речовини рослини мають відхаркувальний, жовчо-, сечогінний, протизапальний та седативний ефекти, а також підвищують тонус венозних судин, кров'яний тиск, сприяють регенерації шкіри, регулюють функцію шлунка. Азаронова кислота має подразнюючі властивості, при внутрішньому застосуванні у великих дозах може викликати нудоту, блювання, біль у животі.

Настій листя копитняку європейського: 1 г сировини залити 200 мл окропу, настоювати 30 хв, вживати по

1 столовій ложці 4 рази на добу перед їдою. Відвар коріння копитняку європейського: 2 г сировини залити 200 мл окропу, кип'ятити 10 хв, настоювати 15 хв, процідити, вживати по 1 чайній ложці 4 рази на добу до їди. Рослина отруйна, не слід перевищувати рекомендовані дози.

Якщо хвороба проявляється вираженим больовим синдромом, рекомендовано застосовувати настоянку листя беладонни, препарати синюхи голубої.

Обліпіха крушиноподібна росте у диких умовах практично по всій Україні, як плододу рослину розводять на присадибних ділянках. Тибетська, китайська, корейська і монгольська медицини з глибокої давнини використовували плоди цієї рослини з лікувальною метою. І сьогодні рослина не втратила свої терапевтичні властивості. Унікальні ефекти зумовлені не менш унікальним складом фізіологічно активних речовин. У м'якуші плодів обліпіхи крушиноподібної міститься до 10% жирної олії, в якій знаходяться практично всі ненасичені жирні кислоти: олеїнова, лінолева, ліноленова, стеаринова, пальмітинова; такі корисні речовини, як каротиноїди, токоферолі, флавоноїди, фосфоліпіди, бетаїн, аскорбінова, нікотинова та фолієва кислоти, а також вітаміни групи В. Але основна дія обліпіхи зумовлена наявністю ненасичених жирних кислот, каротиноїдів, токоферолу. Це природні антиоксиданти, які покращують епітелізацію шкіри, грануляцію ран, мають протизапальні, бактерицидні і знеболювальні властивості. Обліпіхову олію приймають по 1 чайній ложці 3 рази на день за 30 хв до їди.

Завдяки дії фізіологічно активних речовин обліпіха зменшує кількість загальних ліпідів, холестерину, α-ліпопротеїнів, гальмуючи розвиток атеросклеротичного ураження судин.

Доцільно застосовувати відвар коріння солодки голої. Більш ефективним є препарат Ліквіритон (комбінація флавоноїдів солодки голої) в таблетках по 0,1 г, призначається по 1 таблетці 4 рази на день за 30 хв до їди.

Також у фітотерапії виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки широко використовують збори рослин.

Листя підбілу звичайного 30 г

Листя подорожника великого 20 г

Листя шавлії лікарської 20 г

2 столові ложки суміші необхідно настоювати 30 хв на 500 мл окропу, вживати по 100 мл 4 рази на день до їди в перші 10 днів, потім – по 50 мл 4 рази на день протягом 1-2 міс.

Квіти липи серцелистої 40 г

Плоди фенхеля звичайного 20 г

Квіти ромашки лікарської 20 г

Листя меліси лікарської 10 г

2 столові ложки збору необхідно залити 500 мл окропу, настоювати 2 год, вживати по 200 мл 4 рази на день за 20 хв до їди.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки зі зниженою секрецією залоз [8, 10]. Якщо виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки проявляється зниженням функції секреторних залоз, доцільно застосовувати препарати різних видів дерев'яної, кропиви дводомної, кореневищ та коріння оману високого. Крім цього, фармацевтична промисловість випускає в таблетках по 0,1 г препарат оману високого – Алантон, який призначають по 1 таблетці 4 рази на день після їди. Курс лікування становить 6 тиж. Рекомендовано застосовувати відвар кореневищ перстачу гусячого, відвар або сік із листя подорожника великого, настій листя шавлії лікарської, відвар ягід шипшини коричної.

Якщо при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки спостерігаються запори, то рекомендовано застосовувати слиз насіння льону звичайного, олію із плодів маслини європейської (прованська олія) по 1 столовій ложці 4 рази на день за 30 хв до їди.

При захворюваннях нервової системи як заспокійливий засіб використовують настій валеріани лікарської: 4 чайні ложки подрібненої сировини необхідно залити 400 мл холодної кип'яченої води, настояти 6-8 год, вживати по 2 столові ложки 3 рази на день перед їдою протягом 14 днів.

У статті узагальнені дані літератури та результати досліджень авторів щодо фармакотерапії виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Проаналізовані клініко-фармакологічні властивості препаратів, які сприяють ерадикації H. pylori, покращують регенерацію слизової оболонки, знижують кислотність шлункового соку. Розглянуто роль раціонального харчування як важливого фактора нормалізації функції шлунка і кишечника.

Список літератури знаходиться в редакції.

От клинической фармакологии к фармакотерапии

В фокусе внимания – спазмолитики

Препараты, которые относятся к группе спазмолитиков, считаются одними из самых востребованных и назначаемых врачами различных специальностей, ведь часто в основе различных заболеваний органов пищеварения, мочевыводящей системы, органов малого таза, а также хронического и острого болевого синдрома лежит дисфункция гладкой мускулатуры внутренних органов. Отсюда необходимость постоянно напоминать фармацевтам и врачам о клинической фармакологии, в первую очередь свойствах и переносимости, препаратов данной группы с тем, чтобы избежать двух крайностей: недооценивать терапевтические возможности спазмолитиков, как и переоценивать их, нежелательно.

С какой целью чаще всего используются спазмолитики?

Это:

- симптоматическое лечение (в случае если спазм является характерным симптомом заболевания, но не играет роли в его патогенезе);
- подготовка пациентов к различным диагностическим процедурам;
- этиотропная терапия (в случае если в основе патологического состояния лежит спазм).

Механизмы развития гладкомышечного спазма желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представлены на рисунке.

В свою очередь, механизмы регуляции концентрации кальция внутри мышечной клетки, которые в патологических условиях нарушаются и приводят к спазму гладкой мускулатуры внутренних органов, подразумевают наличие нескольких мишеней фармакологического воздействия, а именно:

- торможение активности фосфодиэстеразы (ФДЭ) IV (дротаверин);
- блокада поступления ионов кальция (блокаторы кальциевых каналов);
- блокада выхода кальция из внутриклеточных депо (мебеверин);
- подавление нейротропного воздействия, то есть влияния ацетилхолина на М-холинорецептор (атропин, гиосцина бутилбромид).

М-холинолитики

М-холинолитики являются одной из старейших групп лекарственных средств, которые применяются в медицине для воздействия на верхние отделы ЖКТ. Они в большей степени воздействуют на моторику желудка, чем на моторику толстого кишечника, что связано с неодинаковой плотностью М-холинорецепторов в различных отделах ЖКТ. (К сведению, наибольшее количество рецепторов находится в желудке, в кишечнике их число значительно меньше.) Холинолитики успешно применяются при боли в животе, обусловленной спазмом в верхних отделах пищеварительного тракта.

Использование классического холинолитика атропина ограничивается большим количеством побочных эффектов. Чтобы повысить безопасность терапии М-холинолитиками, был создан гиосцина бутилбромид, который считается селективным М-холиноблокатором. В отличие от атропина препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер и имеет низкую (8-10%) системную биодоступность, что накладывает отпечаток на вариabельность эффекта.

Несмотря на то что гиосцина бутилбромид не проникает в центральную нервную систему, он может вызывать типичные для М-холинолитиков побочные эффекты, что делает его применение, как и использование других препаратов этой группы, противопоказанным при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, органических стенозах ЖКТ, глаукоме, тахикардии. Кроме того, гиосцина бутилбромид, равно как и другие М-холинолитики, способен ухудшать состояние больных с рефлюкс-эзофагитом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. У больных пожилого возраста с хроническими запорами существует риск развития непроходимости кишечника.

Все это говорит о том, что статус гиосцина бутилбромид как безрецептурного средства не отменяет необходимости врачебного контроля терапевтического процесса.

Представителем группы М-холиноблокаторов является и прифиния бромид. Он избирательно блокирует М-холинорецепторы пищеварительного тракта, желчных, мочевыводящих путей и матки,

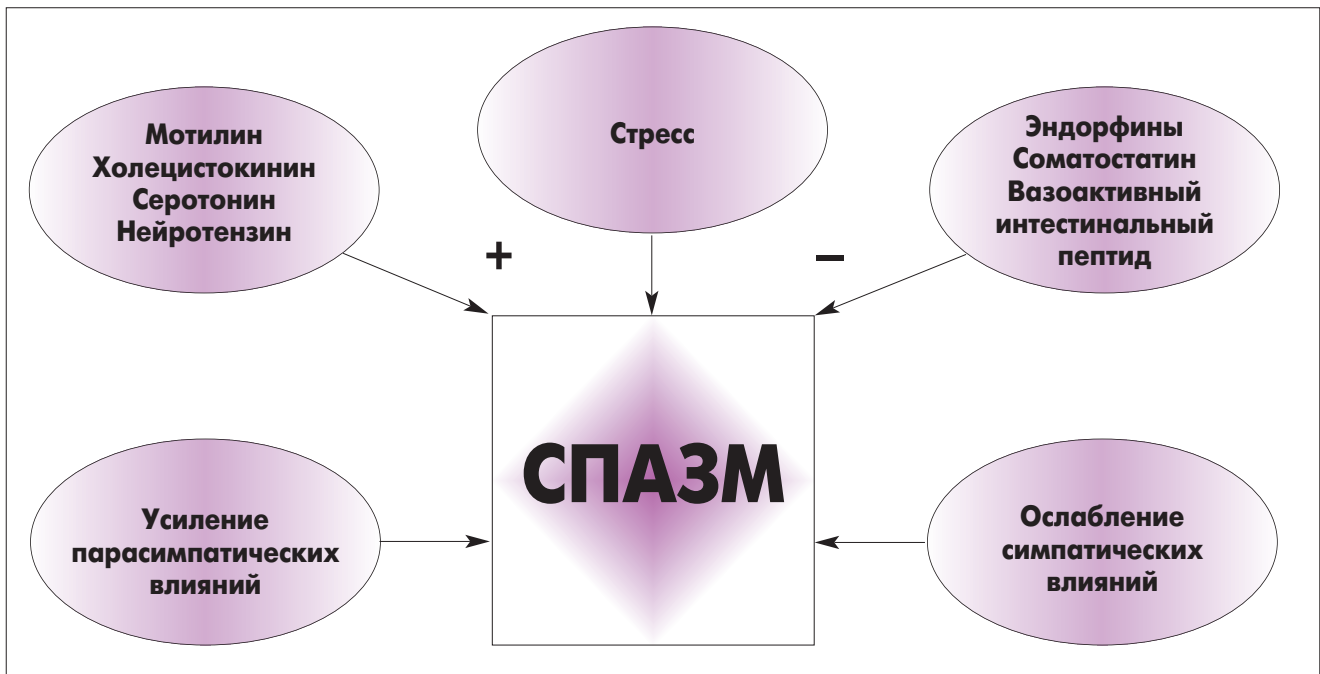


Рис. Механизмы развития гладкомышечного спазма ЖКТ

снижает тонус гладкой мускулатуры, устраняет спазм, ослабляет перистальтику, уменьшает продукцию пепсина и соляной кислоты, снижает внешнесекреторную активность поджелудочной железы. При продолжительном применении не оказывает негативного влияния на функцию печени, почек и кровеносной ткани. Важно, что данный препарат не вызывает паралича аккомодации, учащения сердечных сокращений, сонливости. В виде сиропа его можно использовать у детей раннего возраста. Противопоказаниями к применению являются индивидуальная непереносимость, глаукома, выраженная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочеиспускания.

Ингибиторы ФДЭ

Эффект традиционных спазмолитиков, таких как дротаверин, широко применяемых в клинической практике, основан на подавлении активности ФДЭ IV, что обеспечивает универсальное и стабильное спазмолитическое действие. Предположительно дротаверин обладает также противовоспалительными и противовоспалительными эффектами. Препарат быстро адсорбируется из ЖКТ; максимальная концентрация в плазме крови достигается через 2 ч.

Дротаверин эффективен при лечении различных заболеваний ЖКТ, которые характеризуются спазмом гладкой мускулатуры, используется при мочекаменной болезни, нарушениях регионального кровотока, повышении артериального давления. Препарат активно применяется для самолечения: благодаря отсутствию антихолинергической активности он считается безопасным.

Возможность парентерального введения дротаверина дает возможность в экстренных случаях (в частности, при развитии острых интенсивных спастических болей) в короткие сроки обеспечить выраженный спазмолитический эффект.

Еще один представитель ингибиторов ФДЭ, папаверин, вызывает релаксацию мышц кишечника, желчевыводящих и мочевыводящих путей, не действуя при этом на ЦНС. Препарат быстро и полностью всасывается при любых путях введения, хорошо связывается с белками плазмы, метаболизируется в печени. Период полувыведения составляет 0,5-2 ч. Папаверин экскретируется почками.

Блокаторы натриевых каналов

Действие блокаторов натриевых каналов основано на изменении тока ионов натрия в клетку.

Наиболее известным препаратом этой группы является производное вератровой кислоты мебеверин. Препарат связывается с молекулярными структурами натриевых каналов, уменьшает отток калия из клетки, устраняя спазм и не вызывая при этом гипотонии толстого кишечника. Метаболизируется при прохождении через стенку кишечника и печень, метаболиты препарата выводятся с мочой.

Чаще всего мебеверин назначают при функциональных заболеваниях ЖКТ, вторичных спазмах, обусловленных органическим заболеванием кишечника и желчевыводящих путей. Препарат используется только в качестве курсового лечения.

Блокаторы кальциевых каналов

Блокаторы кальциевых каналов – пинаверия бромид, отилония бромид – влияют на поступление ионов кальция в клетку.

Пинаверия бромид оказывает воздействие на уровне толстого кишечника, также усиливая эвакуацию желудочного содержимого в кишечник, вызывая релаксацию сфинктера Одди, уменьшая содержание соляной кислоты в желудочном секрете.

Начало использования отилония бромида в клинической практике приходится на 1980-е годы. В дальнейшем его эффективность и безопасность у пациентов с синдромом раздраженного кишечника были доказаны в целом ряде многоцентровых рандомизированных клинических исследований. Благодаря локальному действию отилония бромида характеризуется хорошей переносимостью, высоким уровнем безопасности и минимальным риском побочных эффектов. Он может применяться в период беременности и лактации, при наличии тяжелой кардиальной патологии.

Боль можно назвать универсальным симптомом, сопровождающим разнообразные поражения внутренних органов. Поскольку в основе возникновения боли нередко лежит спазм гладкой мускулатуры, фундаментальное знание клинической фармакологии, в частности особенностей группы спазмолитиков, позволяет осуществить наиболее правильный выбор лекарственного средства в каждом конкретном случае, эффективно, безопасно и рационально комбинировать препараты между собой.

Подготовила
Елена Николаева

И.А. Зупанец, д.м.н., профессор, Т.С. Сахарова, д.фарм.н., профессор, Н.П. Безуглая, к.м.н., доцент, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Симптоматическое лечение ринита и риносинусита в рамках фармацевтической опеки



И.А. Зупанец

В системе здравоохранения большинства экономически развитых стран на протяжении последних четырех десятилетий наметилась отчетливая тенденция к смещению фокуса деятельности специалиста практической фармации. Роль провизора/фармацевта эволюционировала – из изготовителя и продавца лекарств он становится поставщиком услуг и информации по вопросам рационального применения лекарственных препаратов (ЛП).

Изменения в профессиональной деятельности провизора тесно связаны с развитием концепции самолечения. Согласно документам ВОЗ, именно деятельность, связанная с ответственным самолечением, является основным элементом Надлежащей фармацевтической практики (Good Pharmaceutical Practice, GPP). Современный фармацевт оказывает помощь пациенту, взяв его под свою профессиональную опеку, более того, задача фармацевта – гарантировать, что лечение выбрано правильно, является наиболее эффективным среди всех доступных вариантов, максимально безопасным и оптимальным для данного конкретного случая.

Один из постулатов концепции ответственного самолечения гласит, что люди, отдающие ему предпочтение, должны быть информированы о том, в каких случаях можно заниматься самолечением, а в каких следует обязательно обратиться к врачу. Даже специалисту не всегда удается легко провести грань между серьезным заболеванием и незначительным нарушением здоровья, тем более что под маской некоторых симптомов могут скрываться опасные патологические состояния. Самолечение ни в коей мере нельзя рассматривать как альтернативу терапии, назначаемой врачом! Более того, самолечение должно иметь свои пределы там, где картина болезни и ее причины непонятны непрофессионалу, а применение лекарств на свой страх и риск может причинить вред.

Провизор ни в коей мере не является конкурентом врача, наоборот, при подозрении на существенное нарушение здоровья он дает рекомендации об обязательной медицинской консультации. Контрольная функция провизора находит свое выражение в общении, когда в ходе беседы он получает от пациента информацию, необходимую для проведения ответственного самолечения и выбора оптимального безрецептурного препарата.

В качестве примера осуществления фармацевтической опеки можно рассмотреть содержательный алгоритм действий провизора при обращении в аптеку посетителя с жалобами на ринит (насморк, заложенность носа, затруднение носового дыхания).

Шаг 1. Правильно оценить проблему пациента (установить, для лечения какого именно симптома приобретается лекарственный препарат)

Если пациент обращается с жалобой на ринит (насморк, заложенность носа, затруднение носового дыхания) или просит продать ему препарат без назначения врача, обязательно следует выяснить, у кого возникла проблема (у самого посетителя, взрослого члена семьи или ребенка), есть ли какие-то другие симптомы, как давно продолжается ринит, принимались ли какие-либо меры (немедикаментозные методы лечения или терапия другими лекарственными препаратами).

Среди общего числа клиентов аптеки с жалобами на ринит большую часть составляют посетители с ринитом инфекционного (в 80% случаев это симптом острой вирусной респираторной инфекции, ОРВИ) и/или аллергического генеза. При остром инфекционном рините поражаются обе половины носа, причем характер жалоб изменяется в зависимости от стадии развития воспалительных локальных изменений в слизистой оболочке полости носа:

- стадия раздражения проявляется сухостью и заложенностью носа, отеком и гиперемией слизистой оболочки, особенно в области носовых раковин;
 - серозная стадия манифестирует резким нарушением носового дыхания, обильными слизистыми выделениями из носа, чиханием, слезотечением, конъюнктивитом;
 - стадия слизисто-гнойных выделений характеризуется улучшением носового дыхания; количество слизисто-гнойных выделений постепенно уменьшается, выздоровление наступает через 7-8 дней.
- Следует отметить, что ринит как симптом ОРВИ, как правило, сопровождается общим ухудшением состояния, повышением температуры тела, головной болью и другими характерными проявлениями простуды.

Шаг 2. На основании опроса пациента определить, не является ли данный симптом проявлением заболевания, требующего обязательного вмешательства врача

Провизору необходимо решить, не связаны ли симптомы с серьезным нарушением здоровья, т. е. нет ли так называемых угрожающих симптомов. Нередко появление ринита является сигналом о наличии в организме более серьезной проблемы, требующей комплексной диагностики и лечения. Острый ринит может быть симптомом различных инфекционных заболеваний (менингококковой инфекции, кори, скарлатины, дифтерии и др.). Особенно остро стоит вопрос при появлении ринита у детей от 1 года до 10 лет, поскольку в этом возрасте идет активное формирование иммунной системы и сопротивляемость вирусам и бактериям весьма низкая. У детей младшего возраста не менее часты случаи возникновения острого ринита, обусловленного наличием инородного тела в одном из носовых ходов.

К категории угрожающих относятся и проявления бактериальных синуситов, зачастую развивающиеся как осложнение острого ринита вирусной этиологии. На фоне ОРВИ, как правило, в воспалительный процесс вовлекается не только слизистая оболочка носа, но и слизистая носовых пазух, т. е. речь идет о развитии острого риносинусита (ОРС). Исследования с использованием компьютерной и магнитно-резонансной томографии выявили признаки синусита в 95% случаев ОРВИ.

При ОРВИ отек слизистой оболочки полости носа приводит к нарушению

дренажа придаточных пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для активизации условно-патогенной флоры и способствует развитию бактериальных осложнений. Об этом свидетельствуют сохранение симптомов ОРВИ в течение 10-14 дней и ухудшение состояния пациента через 5-7 дней от начала заболевания: повышение температуры тела до субфебрильных и фебрильных значений, гнойные выделения из носа, головная боль, нарастание общей слабости, утомляемости.

При подозрении на любой из угрожающих симптомов фармацевт должен настоятельно рекомендовать больному обратиться за консультацией к врачу. И лишь при менее серьезном нарушении здоровья можно посоветовать использование лекарственных средств исходя из реальной потребности.

Шаг 3. Выбрать фармакологическую (фармакотерапевтическую) группу препаратов для лечения данного симптома

Лечение ОРС предусматривает следующие виды терапии:

- этиотропная – направлена на эрадикацию основных возбудителей инфекции;
- патогенетическая, симптоматическая – имеет целью уменьшение отека, воспаления, нормализацию реологии секрета и эффективную элиминацию патологического отделяемого (антигистаминные, мукоактивные препараты, деконгестанты, солевые растворы (раствор NaCl) для промывания полости носа, ЛП природного происхождения – фитопрепараты и гомеопатические средства и др.);
- профилактическая – способствует повышению местной и системной иммунорезистентности (иммуномодуляторы, в т. ч. лизаты бактерий).

Антибиотики являются препаратами рецептурного отпуска и должны отпускаться только по назначению врача! Пренебрежение этим принципом рациональной антибактериальной терапии со стороны провизора и посетителя аптеки приводит к усугублению проблемы антибиотикорезистентности, увеличению сенсибилизации организма, развитию дисбиоза кишечной микрофлоры и др. Кроме того, только 5-7% ОРС осложняются присоединением бактериальной микрофлоры, что, соответственно, делает целесообразным в большинстве случаев назначение антибиотиков. Противомикробные препараты местного действия также могут назначаться только врачом и, как правило, в комплексе с системным применением антибиотиков. Лишь в некоторых случаях они назначаются как альтернативный метод лечения ОРС.

Сосудосуживающие средства для местного применения (деконгестанты, α_1 -адреномиметики) – фенилэфрин, оксиметазолин, ксилометазолин, тетризолин, нафазолин – способствуют снижению отека и гиперемии слизистой полости носа, уменьшают количество отделяемого секрета, облегчают носовое дыхание. Нужно помнить, что частое использование деконгестантов даже в местных лекарственных формах (капли, спреи, мази и др.) может привести к развитию тахикардии и повышению артериального давления. При длительном местном применении сосудосуживающие препараты вызывают развитие так называемого медикаментозного ринита, поэтому длительность применения таких препаратов должна быть ограничена 5-7 днями. Деконгестанты системного действия – фенилпропаноламин,

псевдоэфедрин, фенилэфрин – вызывают сужение кровеносных сосудов и стимулируют центральную нервную систему (ЦНС). В связи с этим возможно появление нервозности, раздражительности, беспокойства и бессонницы. Не исключены повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, нарушение сердечного ритма. Именно наличие побочных эффектов и высокая частота их проявления ограничивают сегодня применение деконгестантов в качестве препаратов первого ряда при лечении ОРС. Являясь психостимуляторами, эти препараты считаются допингом у спортсменов, они с большой осторожностью должны использоваться у детей и подростков.

Большинство ЛОР-врачей придерживаются мнения, что использование деконгестантов является обоснованным только при наличии выраженного отека слизистой и связанного с этим затруднения дыхания.

Мукоактивные препараты (амброксол, карбоцистеин) являются важными составляющими компонентами комплексной терапии ОРС, так как облегчают эвакуацию секрета из околоносовых пазух. Несмотря на то что эти препараты относятся к категории безрецептурных, они должны назначаться только врачом.

Препараты, содержащие лизаты бактерий, назначаются в виде пероральной или интраназальной вакцины. Они способствуют активизации местного иммунитета и профилактике обострений хронических бактериальных синуситов.

Назначение антигистаминных препаратов оправдано только при лечении ОРС, развивающихся на фоне аллергического ринита. При инфекционном синусите назначение этих препаратов также имеет смысл, но только в начальной стадии вирусного поражения. Благодаря блокаде H_1 -рецепторов антигистаминные препараты нивелируют действие гистамина, выделяемого базофилами под воздействием некоторых вирусов. В большинстве же случаев при синуситах нет показаний для применения H_1 -блокаторов, к тому же доказательства эффективности антигистаминных препаратов при ОРС имеют уровень С. Механизм их действия обуславливает крайне нежелательные при ОРС эффекты – сгущение патологического секрета околоносовых пазух и нарушение его элиминации. Такое свойство присуще не только антигистаминным препаратам, но и другим деконгестантам, о чем важно помнить, рекомендуя посетителям аптеки эти группы препаратов.

Следует отметить, что солевые растворы (раствор NaCl) для промывания полости носа являются обязательными при симптоматическом лечении ринита любого генеза. Их применение наиболее физиологично и безопасно. При постоянном физиологическом увлажнении слизистой полости носа создаются условия для восстановления местного иммунитета. Кроме того, эти препараты являются наиболее безопасными, что делает их средством выбора у беременных, маленьких детей (исключаются системные побочные эффекты, свойственные сосудосуживающим препаратам).

Отдельная группа средств для лечения ОРС – препараты растительного происхождения. Благодаря наличию комплекса биологически активных веществ растительные препараты оказывают широкий спектр фармакологических

эффектов, воздействуя на основные звенья патологического процесса. Анализ международного опыта лечения ОРВИ и их осложнений с применением растительных лекарственных средств позволяет оценить широкие возможности современной фитотерапии, расширяет представление об особенностях воздействия комплексных препаратов растительного происхождения.

Примером действенной и безопасной фитотерапии ринита и ОРС можно считать применение препарата Синупрет®, представленного на фармацевтических рынках более чем 50 стран мира. Этот растительный препарат изготовлен по уникальной технологии фитониринга, суть которой заключается в тщательном контроле качества сырья и всех этапов производства, отборе растений, которые смело можно назвать лучшими из лучших.

Высокая эффективность Синупрета подтверждена многочисленными клиническими исследованиями и многолетним опытом применения. Установлено, что при ОРС всегда нарушаются реологические свойства отделяемого из носа и работа мукоцилиарного транспорта. За счет муколитического эффекта препарат Синупрет® обеспечивает нормализацию указанных параметров, что выгодно отличает его от других средств патогенетической и симптоматической терапии ОРС (антигистаминные препараты, деконгестанты и др.). В свою очередь, изменение физико-химических свойств патологического отделяемого из полости носа не только снижает адгезию инфекционных агентов, но и повышает их элиминацию. Доказано, что секретолитическое действие фитокомплекса сопоставимо с таковым известных муколитических препаратов N-ацетилцистеина, бромгексина, амброксола.

В перечень показаний к применению Синупрета входят профилактика и лечение острых и хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа, профилактика осложнений ОРВИ. Кроме того, добавление препарата к антибиотикотерапии повышает эффективность лечения. Доказана способность Синупрета повышать защитные силы организма и его сопротивляемость вирусным инфекциям, что предопределяет рациональность использования растительного комплекса у пациентов со сниженной функцией иммунной системы, а также у часто болеющих детей. Таким образом, препарат Синупрет® сочетает в себе основные эффекты различных видов терапии – этиотропной, патогенетической, симптоматической и профилактической.

Шаг 4. Выбрать среди лекарственных препаратов определенной группы оптимальное для данного больного средство

Заданием этого шага является индивидуализация выбора, причем речь идет о поиске не только оптимального лекарственного препарата, но и оптимальной лекарственной формы. Например, фитопрепарат Синупрет® представлен на фармацевтическом рынке в 3 лекарственных формах (таблетки и капли для перорального приема, сироп). Детям грудного возраста рекомендуется сироп (он не содержит алкоголя и обладает приятным вкусом), пациентам начиная с 6 лет – капли для перорального приема или таблетки (в зависимости от того, что удобнее дозировать родителям и/или принимать ребенку). Таблетки Синупрета выпускаются в двух формах – Синупрет® и Синупрет® форте. Последний содержит удвоенное количество действующих компонентов, что обуславливает сокращение количества приемов препарата в сутки. В период беременности следует отдать предпочтение таблеткам Синупрета, однако в случае необходимости не исключается его применение в виде капель.

Шаг 5. Предоставить больному надлежащую информацию о выбранном препарате

Провизор должен предоставить посетителю аптеки полную информацию о действии препарата, способе его

применения (как, когда, в каких дозах), продолжительности лечения, возможных побочных эффектах, сочетаемости с другими лекарствами и пищей. Основная информация по применению препарата Синупрет® может быть представлена потребителю следующим образом:

- обычно рекомендуемый курс лечения Синупретом составляет от 7 до 14 дней;
- прием препарата Синупрет® не зависит от употребления пищи;
- капли применяют обычно в неразведенном виде, а детям их можно давать, добавляя в сок или чай, драже принимают внутрь, не раскусывая, с небольшим количеством жидкости;
- препарат в каплях для внутреннего применения в нос не закапывают;

– противопоказанием к назначению Синупрета (в любой лекарственной форме) является аллергия на любой из компонентов, входящих в его состав;

– использование препарата в каплях не рекомендовано детям до 6 лет; лицам, прошедшим/проходящим курс лечения от хронического алкоголизма, имеющим в анамнезе патологию печени;

– в период беременности и кормления грудью применение Синупрета следует проводить по рекомендации врача и под его наблюдением;

– выпадение осадка в виде хлопьев или помутнение лекарственного раствора не снижает активность препарата и не свидетельствует о его непригодности;

– поскольку в состав препарата входят растительные компоненты, которые подвергаются окислению и микробной

контаминации, после вскрытия флакон можно хранить не дольше 6 мес.

Свидетельством эффективности действия лекарственного препарата является существенное уменьшение или исчезновение проявлений ОРС не позже чем на 7-14-й день лечения. Если этого не произошло, а также в случае возвращения симптомов заболевания после отмены препарата следует проконсультироваться с врачом.

Таким образом, следуя основным принципам фармацевтической опеки, провизор должен максимально использовать свои профессиональные знания и опыт при выборе безрецептурных лекарственных средств с учетом их эффективности, безопасности, качества и экономической целесообразности.



Нежить? Синусит? Синупрет®



усуває нежить¹



полегшує носове дихання²



запобігає ускладненням³



ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Розкриваючи силу рослин

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. **Противопоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 01.09.10. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 01.09.10. **Синупрет® краплі:** Р.П. №UA/4373/02/01 від 18.05.11. **Синупрет® таблетки:** Р.П. №UA/4373/01/01 від 20.04.11.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапія грипу та ГРВІ

Які підходи до лікування можна вважати ефективними?



А.П. Міроненко

Грип – це не просто патологічний стан, це висококонтагіозне вірусне захворювання з можливістю виникнення тяжких ускладнень та летальних наслідків. Грип характеризується симптомами, подібними до таких інших гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), але є значно небезпечнішим. Найбільшу загрозу для організму несуть такі ускладнення грипу, як пневмонія та серцева недостатність.

Підходи до фармакотерапії грипу та ГРВІ розглядалися під час науково-практичної конференції «Актуальні питання діяльності аптечних закладів у сучасних умовах», яка відбулася 15 жовтня в рамках III Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України», у доповіді **директора Національного центру грипу ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Грошівського НАМН України» (м. Київ), доктора медичних наук, професора Алли Петрівни Міроненко.**

Грип є висококонтагіозною інфекційною хворобою, яка спричиняється вірусом. Хвора людина (навіть із легкою формою грипу) становить небезпеку для оточуючих протягом усього періоду наявності симптомів – у середньому 7 днів. Передається вірус повітряно-крапельним шляхом; у зоні ймовірного зараження перебувають люди, які знаходяться в радіусі 2 м навколо хворого. Щороку в Україні реєструється епідемія, під час яких на грип та ГРВІ хворіє від 8 до 16 млн осіб на рік.

Слід зазначити, що в світі існує потужна програма епідеміологічного нагляду щодо грипу, за якою щотижня досліджується велика кількість зразків для визначення вірусів. Протягом тижневого періоду під час піку епідемії 2013 р. у світі вивчалось приблизно 18 тис. зразків. Координує програму глобальних спостережень Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). У 1948 р. було створено перший світовий центр з грипу в м. Лондоні (Велика Британія). На сьогодні такі центри діють у м. Атланти (США), Токіо (Японія) і Мельбурні (Австралія). Крім того, у 136 країнах світу створені Національні центри грипу. За даними ВООЗ, щороку вказаний перелік поповнюється 1-2 закладами.

В Україні досить розвинені мережа вірусологічних лабораторій, які здійснюють нагляд за циркуляцією вірусів грипу, та санітарно-епідеміологічна служба, яка, на жаль, знаходиться під загрозою закриття. Також існує система епідеміологічного нагляду щодо грипу у різних регіонах країни – м. Києві, Дніпропетровську, Одесі, Хмельницькому. З цією метою було обрано 10 стаціонарів і 8 поліклінік, співробітники яких пройшли спеціальне навчання. За наявності відповідної симптоматики вони відбирають зразки на грип у хворих, зберігаючи їх у рідкому азоті, направляють у лабораторію для дослідження (із частотою 1 раз на тиждень). Вірус грипу є мінливим збудником, за рахунок мутацій його штам здатен швидко модифікуватися. З урахуванням цього повинен змінюватися і склад вакцин проти грипу: необхідно забезпечувати його відповідність тим штамам, які викликають епідемічний підйом захворюваності в той чи інший час.

У 1931 р., коли був відкритий збудник грипу, вчені почали працювати над створенням противірусних препаратів. Зважаючи на масовий характер захворювань та частий розвиток ускладнень при грипі, у світі інтенсивно та цілеспрямовано проводилися дослідження щодо розробки специфічних препаратів, які безпосередньо діяли б на вірус.

У 1963 р. вперше було виявлено противірусну активність амантадину. **Препарати адамантанового ряду** використовували до недавнього часу (в Україні найчастіше застосовували римантадин). Ці лікарські засоби блокували іонні канали вірусу (M₂-канали), але діяли лише на вірус грипу А. У результаті багаторічного застосування препаратів адамантанового ряду деякі віруси втратили до них чутливість. Згодом ці мутації почали передаватися спадково (від одного покоління вірусів до іншого), через певний час усі вони набули стійкості до дії препаратів адамантанового ряду. На сьогодні у світі відмовилися від використання цих противірусних засобів унаслідок їх неефективності.

Коли в 1997 р. в м. Гонконзі (Китай) був уперше зареєстрований пташиний грип у людей, вірусологи занепокоїлися з приводу можливості нової пандемії.

Для розробки інноваційних противірусних препаратів, які б діяли як на вірус грипу А, так і на вірус грипу В, були виділені значні кошти. Спільними зусиллями вчених було створено **інгібітори нейрамінідази**. До цієї групи лікарських засобів, які зареєстровані в Україні, належать озелтамівір (Таміфлю), занамівір, перамівір і ланінамівір. Механізм їх дії полягає в інгібуванні ферменту вірусу грипу – нейрамінідази, яка забезпечує вихід вірусу з інфікованої клітини, завдяки чому блокується прогресування процесу.

Чим раніше від початку захворювання будуть призначені інгібітори нейрамінідази, тим більше клітин дихальних шляхів залишаться неушкодженими. Застосування цієї групи препаратів рекомендоване в перші 2 доби від початку хвороби, використання у більш пізні терміни характеризується дещо нижчою ефективністю.



Під час пандемії 2009 р., яка була викликана принципово новим реасортантним (мутованим) вірусом грипу А (H1N1), озелтамівір допоміг врятувати багато життів. Однак ВООЗ не підтримує широке використання противірусних препаратів цього ряду, зважаючи їх препаратами резерву для лікування тяжких форм грипу, особливо у пацієнтів, які перебувають у тяжкому стані та мають високий ризик розвитку ускладнень та/або супутню патологію.

Щодо ймовірності появи резистентних до дії інгібіторів нейрамінідаз вірусів, цей відсоток є незначним. На жаль, наш Центр поки що не має обладнання для самостійного здійснення подібного моніторингу, але щороку ми відправляємо зразки вірусів у Світовий центр грипу в м. Лондоні та Центр, який знаходиться в м. Атланти. Починаючи з 2006 р., коли розпочалася діяльність у цій сфері, в Україні не було зафіксовано випадків резистентності вірусів до препаратів цього ряду (за виключенням 2008 р., коли в усьому світі дуже велика кількість (від 30 до 70%) вірусів грипу H1N1, який циркулював ще до пандемічного, були резистентними до озелтамівіру). У цьому випадку стійкість збереглася на генетичному рівні. Найчастіше резистентні форми вірусів виявляються в осіб, які мають імуносупресію (вроджену або набуту на фоні специфічного лікування).

Для лікування грипу застосовуються **імуноглобуліни** – концентровані білки, які виготовляються з донорської крові людини і є специфічними антитілами, що здатні при введенні в організм нейтралізувати віруси грипу.

Уведення імуноглобулінів 1-2 р/добу з інтервалом через добу дозволено і є дуже ефективним навіть у таких уразливих категорій пацієнтів, як діти та вагітні. Імуноглобуліни широко використовувались і раніше, але 20-30 років тому їх одержували з плацентарної крові, очистка препаратів була недостатньою. На сучасному етапі технологічний процес виготовлення імуноглобулінів дає змогу максимально очистити їх і звести до мінімуму ризик інфікування вірусом імунодефіциту чи гепатиту.

Інтерферони. Це неспецифічні захисні білки, які утворюються в організмі в результаті потрапляння вірусів, зокрема вірусу грипу. Інтерферони перешкоджають синтезу вірусних білків у клітині. Лейкоцитарний інтерферон не є високоефективним, до того ж за інструкцією препарат потрібно застосовувати до 8 разів на день. Також створені генно-інженерні інтерферони (α-2a і α-2b), які використовують не для профілактики і лікування грипу, а для попередження утворення метастазів після операції та ін.

Щодо **стимуляторів ендogenous інтерферону**, то в країнах Західної Європи ці препарати для профілактики грипу чи інших респіраторних вірусних інфекцій не застосовуються. Справа в тому, що у дитячому віці стимуляція імунної системи може зумовити непередбачувані наслідки.

Механізм дії препаратів, виготовлених на основі **біологічної сировини** (Альтабор, Протекфлазид, Інгавірін) і зареєстрованих в Україні, досі остаточно не вивчений, хоча їх інструкції містять показання до застосування з метою профілактики та лікування грипу. Можна припустити, що ці препарати діють опосередковано через імунну систему, не впливаючи безпосередньо на вірус.

Гомеопатичні засоби. Ці комплексні препарати з натуральної сировини також не мають прямої противірусної дії, але опосередковано здатні полегшувати симптоми хвороби: зменшувати запалення слизових оболонок, катаральні явища, помірно знижувати температуру тіла.

До **симптоматичних лікарських засобів** належать жарознижувальні, знеболювальні (або їх комбінації), протизапальні, бронхолітичні, відхаркувальні препарати. Тобто до цього спектру відносяться засоби, які зазвичай людина купує в аптеці з проханням дати «щось від грипу». Ці препарати не діють на вірус, але зменшують вираженість симптомів грипу і допомагають хворому дочекатися, коли імунна система впорається з інфекцією.

Хочеться наголосити на правильності застосування жарознижувальних препаратів у дітей і дорослих. На тілі температури під дією вірусу організму людини продукує власні інтерферони. Температуру тіла при грипі слід знижувати лише при показниках >38 °C для дітей і >38,5 °C для дорослих.

Вітаміни задіяні у більшості біохімічних процесів, що відбуваються в організмі, та призначаються в комплексі для симптоматичного лікування грипу з метою підвищення стійкості організму до застуди. Вітамін С у цій ланці стоїть окремо: його застосування у високих дозах на ранніх стадіях хвороби сприяє перериванню її перебігу.

Щодо застосування **антибіотиків**, то ці препарати не мають противірусної дії, але широко застосовуються для лікування бактеріальних ускладнень грипу, таких як пневмонія, синусит, бронхіт та ін. Призначати антибіотики може лише лікар з урахуванням даних щодо тяжкості перебігу захворювання, віку хворого, наявності чи відсутності хронічної патології та інших особливостей у кожному конкретному випадку.

Вірогідність розвитку ускладнень грипу багато вища за відсутності терапії, ніж у разі її призначення. При тяжких формах грипу слід застосовувати противірусні препарати із доведеною ефективністю.

Підготувала
Олена Ніколаєва

Активные вещества растительных экстрактов

Развитие фармацевтики, появление новых синтетических молекул для производства лекарственных средств позволили современной медицине достичь небывалых высот. Но не менее актуальным является использование биологически активных веществ, предложенных самой природой. Растительный экстракт – это всегда смесь многих действующих веществ, которые усиливают эффекты друг друга. В новой рубрике мы рассмотрим свойства основных известных компонентов, входящих в состав экстрактов лекарственных трав, наиболее востребованных в современной медицинской практике.



Облепиха (*Hippophae rhamnoides*)

Активные компоненты

В качестве лекарственного сырья используют свежие плоды и листья растения. В плодах облепихи содержится значительное количество пигментов и каротина (до 60 мг/%), до 6% сахаров (в основном глюкоза и фруктоза). Кроме того, из плодов облепихи выделены аскорбиновая кислота, витамины E (токоферол), B₁, B₆, B₉, F, P, а также органические кислоты (до 2,5% яблочной, винной и др.), дубильные вещества, кумарины, флавоноиды, эфирные масла, микроэлементы.

В плодах содержатся: зола – 3,68%; микро- и макроэлементы (мг/г): K – 20,20, Ca – 0,90, Mn – 0,40, Fe – 0,04, Mg – 0,05, Cu – 0,26, Zn – 1,67, Cr – 0,09, Al – 0,01, Se – 0,50, Ni – 0,25, Pb – 0,01, I – 0,06; B – 2,00 мкг/г. Облепиха концентрирует цинк, также может накапливать магний и медь. Плоды растения содержат желтый красящий пигмент кверцетин.

Содержание масла в мякоти плодов облепихи достигает 8%, в семенах – 12%. В коре выявлены алкалоиды, дубильные вещества, до 3% жирного масла иного состава, чем в мякоти и косточках плодов; в листьях – аскорбиновая кислота, флавоноиды, фитонциды, микроэлементы. В листьях и коре обнаружены алкалоид гиппофаин (до 0,4%), аскорбиновая кислота и приблизительно 10 различных дубильных веществ.

Масло из мякоти плодов содержит смесь каротина и каротиноидов (до 0,350%), тиамин и рибофлавин, в довольно большом количестве (0,165%) токоферол и значительное количество незаменимых жирных кислот (глицеридов олеиновой, линолевой, пальмитиновой и стеариновой кислот), а также сахара, органические кислоты и фитонциды. Масла, полученные из семян и мякоти облепихи, несколько различаются по составу.

Показания

Масло облепихи обладает ранозаживляющими и болеутоляющими свойствами, а также питательным, противовоспалительным, регенерирующим и биостимулирующим эффектами. Широко применяется в различных областях медицины. Часто назначается как наружное средство при лечении ожогов, обморожений, экземы, пролежней, плохо заживающих ран, кожных трещин. Масло облепихи используют у пациентов онкологического профиля при лечении лучевых поражений, перорально – в качестве профилактического средства для уменьшения дегенеративных изменений слизистой оболочки пищевода и желудка вследствие лучевой терапии опухолей, для профилактики новообразований. В гастроэнтерологии применяется при гастритах и язвенной болезни желудка, в гинекологии – при кольпитах, эндоцервицитах и эрозии шейки матки.

Масло облепихи также используют в кардиологии как средство, влияющее на липидный обмен, снижающее уровень холестерина, липопротеидов и общих липидов в сыворотке крови, при ишемической болезни сердца, для нормализации артериального давления. Наружно, внутрь и внутримышечно масло облепихи применяется в дерматологии при флегмонозных акне, экземе, псориазе, язвенной волчанке, хронических дерматозах, язве голени, при лечении чешуйчатого лишая, болезни Дарье; в стоматологии – при лучевых поражениях слизистой оболочки полости рта, длительно незаживающих язвах, пародонтозе; в офтальмологии – для лечения розацеа-кератита, скрофулезного кератита, трахомы, ожогов и травм век, конъюнктивы и роговицы (ожоги известью, кислотами, термические ожоги).

Облепиховое масло, сок, экстракт и водная вытяжка представляют собой ценные поливитаминные средства, используемые при гипо- и авитаминозах (особенно витамина A), для профилактики и лечения преждевременного старения и дистрофии мышц. Сок облепихи применяется как гемостатическое и ранозаживляющее средство, он также оказывает сосудодукрепляющее действие, рекомендован как дополнительное средство при лечении токсических поражений печени и гипосекреторных гастритов.

Дубильные вещества листьев облепихи обладают противовирусной активностью. Получаемый из листьев облепихи препарат, содержащий дубильные вещества, в форме таблеток для рассасывания применяется как лечебно-профилактическое средство при гриппе (A и B), а также в терапии других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Семена облепихи характеризуются легким слабительным эффектом.

Противопоказания

Не рекомендуется принимать лекарственные формы облепихи при повышенной чувствительности и индивидуальной непереносимости растения, острых заболеваниях поджелудочной железы, желчного пузыря, печени, а также при склонности к диарее.



Щавель обыкновенный, или щавель кислый (*Rumex acetosa*)

Активные компоненты

В лечебных целях используют листья и корни растения. Листья в большом количестве содержат аскорбиновую кислоту, бета-каротин, рутин, тиамин, щавелевую кислоту и ее соли. Зеленые части щавеля также содержат пирогалловую кислоту и некоторые другие органические кислоты. Листья и стебель щавеля богаты белками,

в них содержится около 2% липидов, флавоноиды (гиперозид, рутин), дубильные вещества, витамины группы B, соли железа, а также минеральные соли, хризофановая кислота. В корнях обнаружены производные антрахинона.

Корневище и корень содержат дубильные вещества, кофейную кислоту, смолы, щавелевокислый кальций, витамин K и эфирное масло.

Интересно, что в составе щавеля учеными были выявлены вещества, обладающие мощным антиоксидантным эффектом, которые захватывают свободные радикалы, а также способствуют нейтрализации веществ, оказывающих канцерогенное действие.

Показания

Применяется как антисептическое, противогрибковое, потогонное и мочегонное средство, при диарее, геморрое, туберкулезе легких, заболеваниях мочевыводящих путей. Обладает кровоостанавливающими свойствами, способствует быстрому заживлению ран, улучшает работу кишечника. Используется в гомеопатии. Препараты на основе щавеля применяются при раздражающем кашле, катарах гортани и бронхов, желудочно-кишечных расстройствах, сопровождающихся диареей. В народной медицине настои из листьев щавеля применяют при лихорадке, головной боли и заболеваниях печени. Кроме того, щавель используют как лекарственное растение, облегчающее состояние женщины во время менопаузы.

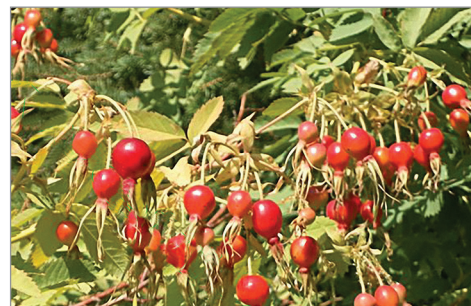
Как ценный пищевой продукт используется в кулинарии.

Противопоказания

Щавель и его производные противопоказаны при тяжелых заболеваниях печени, почек, язве желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, при колите и остром гастрите. Из-за высокого содержания щавелевой кислоты щавель как пищевой продукт и препараты щавеля противопоказаны больным с нарушениями солевого обмена. Строго противопоказан при подагре и во время беременности. Длительное применение и высокие дозы щавеля не рекомендуются в связи с высокой концентрацией щавелевой кислоты.

При передозировке возможны рвота, диарея, бронхоспазм, затруднения при мочеиспускании, вызванные щавелевой кислотой и ее солями.

Следует помнить и о том, что щавель может затруднять усвоение кальция, способствуя развитию остеопороза.



Шиповник коричный, или шиповник майский (*Rosa cinnamomea*)

Активные компоненты

В фитотерапии применяются плоды, цветы, листья и корни растения, но наибольшую ценность представляют собой именно плоды. Их биологическая и фармакологическая активность определяется преимущественно высоким содержанием витамина C (1,2-1,5%). Кроме того, мякоть плодов шиповника содержит большое количество полезных веществ, среди которых особо следует выделить сахара (до 24%), клетчатку (12,5%), пектин (до 14%), витамины B₁, B₂, K, P, PP, провитамин A (каротин), витамин E (токоферол), органические кислоты (яблочную, лимонную, олеиновую, линолевою, линоленовую), флавоноиды (кверцетин, изокверцетин, кемпферол, ликопин, рубиксантин и пр.), катехины, дубильные вещества, антоцианы.

Плоды шиповника также включают минеральные элементы (калий, кальций, натрий, магний, железо, медь, марганец, фосфор). В семенах растения содержится жирное масло, а в листьях и корнях отмечены высокие концентрации дубильных веществ.

Показания

Главную роль в применении шиповника в лечебных целях играют отвары и другие экстракты из его плодов. За счет высокого содержания витамина C плоды шиповника и экстракты из них оказывают мощное противогрибковое и антиоксидантное действие. Шиповник также обладает бактерицидным, противовоспалительным и противовирусным эффектами. Кроме того, препараты из плодов шиповника стабилизируют содержание адреналина и других катехоламинов в организме человека, стимулируют иммунитет и сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам внешней среды.

Употребление плодов шиповника и экстрактов из них показано при наличии таких заболеваний, как цинга, геморрагический диатез, атеросклероз, гемофилия, маточные, легочные и носовые кровотечения, лучевая болезнь, сопровождающаяся кровоизлияниями, болезнь Аддисона, передозировка антикоагулянтов, интоксикации.

Шиповник широко используют для профилактики и лечения респираторных заболеваний (гриппа, ОРВИ, пневмонии, бронхита и т. п.). Применяется как общеукрепляющее средство при различных инфекционных заболеваниях, длительно незаживающих ранах и язвах, переломах и др.

Плоды шиповника также используются как желчегонное средство, поэтому они показаны при гепатитах, холецистите, заболеваниях органов пищеварения, в особенности связанных с пониженным желчеотделением. В результате их употребления снижается содержание холестерина в крови, что имеет большое значение для профилактики и лечения атеросклероза. Мякоть плодов обладает легким слабительным эффектом.

Вещества, содержащиеся в плодах растения, стимулируют функцию половых желез, ускоряют процессы регенерации костных и мягких тканей.

Отвар корней за счет высокой концентрации дубильных веществ оказывает вяжущее и антисептическое действие.

Водный настой листьев обладает болеутоляющим и противовоспалительным эффектами и используется преимущественно при лечении заболеваний органов пищеварения.

Противопоказания

Индивидуальная непереносимость, а также все случаи, когда существуют противопоказания к применению аскорбиновой кислоты в высоких дозах. При передозировке аскорбиновая кислота снижает иммунитет за счет подавления фагоцитарной активности лейкоцитов, вызывает явления анемии. Препараты шиповника противопоказаны при предрасположенности к образованию тромбов, диагностированном тромбозе, сердечной недостаточности. Спиртовой настой шиповника и отвар из его корней следует принимать с особой осторожностью лицам с артериальной гипертензией, поскольку его применение может спровоцировать повышение артериального давления. Длительное использование препаратов на основе шиповника, особенно в больших дозах, может привести к угнетению продукции инсулина поджелудочной железой и вызвать синдром отмены.

Подготовила
Катерина Копенко

ЛЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНО

Аналгетики: фармакологическое «лицо»

Аналгетики (от греч. *an* – отрицание и *algos* – боль) – препараты, избирательно подавляющие болевую чувствительность. В зависимости от химического строения, механизма действия, особенностей фармакодинамики их разделяют на наркотические (большие) и ненаркотические (малые) аналгетики.

Наркотические аналгетики

Боль и аналгезия обеспечиваются функционированием двух систем – ноцицептивной (от лат. *posse* – повреждаю), которая воспринимает боль и принимает участие в ее передаче, и антиноцицептивной, которая подавляет боль. Начальными ноцицептивными структурами являются ноцицепторы – рецепторы, которые воспринимают болевое раздражение. Они локализируются в коже, мышцах, слизистых оболочках, артериях, капсулах суставов и внутренних органах. Болевой импульс передается к центральным нейронам по афферентным нервам с помощью медиаторов боли. В восприятии боли и аналгезии принимают участие также опиатные рецепторы (ОР) и их эндогенные лиганды (от лат. *ligo* – связываю). ОР находятся в пресинаптических мембранах нейронов, участвующих в проведении ноцицептивных импульсов как в центральной нервной системе (ЦНС), так и в тканях. Они представляют собой участки мембран с высокой чувствительностью к своим лигандам (экзо- и эндогенным) и выполняют тормозную (антиноцицептивную) функцию. Эндогенными лигандами ОР являются аналгетические нейропептиды: энкефалины и эндорфины. Они связываются с ОР, в результате чего задерживается выброс в синаптическую щель медиаторов боли (АХ, субстанции Р, простагландинов (ПГ), катехоламинов, серотонина, гистамина), принимающих участие в передаче ноцицептивных импульсов. Выделяют 5 типов ОР: μ (мю), κ (каппа), σ (сигма), δ (дельта), ϵ (эпсилон). Особенно важна роль μ -рецепторов, которые обеспечивают аналгезию, седативный эффект, угнетение дыхательного центра, брадикардию, миоз, снижение моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), эйфорию и лекарственную зависимость. Экзогенными лигандами ОР являются наркотические аналгетики.

Опиоидные (наркотические) аналгетики устраняют или уменьшают боль, в больших дозах вызывают сон, а при повторных введениях к ним развивается физическая и психическая зависимость – наркомания.

Классификация препаратов

Природные и полусинтетические*	Синтетические	
Агонисты ОР	Агонисты-антагонисты и антагонисты* ОР	
Морфин	Тримеперидин	Пентазоцин
Кодеин	Суфентанил	Бупренорфанол
Оmnopон	Фентанил	Налоксон*
Этилморфина г/х*	Пиритрамид	
	Бупренорфин	
Фентанил	Трамадол	

Механизм действия

Механизм болеутоляющего действия наркотических аналгетиков обусловлен их влиянием на ОР и активацией эндогенной антиноцицептивной системы. В результате возбуждения пресинаптических ОР уменьшается выделение альгогенов (медиаторов боли), что приводит к нарушению передачи болевых импульсов.

Фармакодинамика (эффекты) → Показания к применению	
Аналгезирующий	Сильная и сверхсильная боль, обусловленная травмами (за исключением черепно-мозговой травмы, геморрагического инсульта), инфарктом миокарда, массивными ожогами, шоком, злокачественными новообразованиями, острыми воспалительными процессами (перитонит, холецистит), коликами; бессонница из-за сильной боли; профилактика травматического шока, премедикация
Противокашлевой	Кашель при пневмотораксе, легочном кровотечении; операции на органах грудной клетки; упорный сильный сухой кашель
Противорвотный	Сильная неукротимая рвота центрального генеза, не устраняющаяся другими лекарствами
Угнетение дыхательного центра	Острый отек легких (малые дозы морфина вызывают урежение и увеличение глубины дыхательных движений, что приводит к облегчению дыхания)
Возбуждение блуждающего нерва (преобладает парасимпатическая иннервация: повышение тонуса гладкой мускулатуры)	Рентгенологическое обследование ЖКТ
Возбуждение глазодвигательного нерва (миоз)	Диагностическое значение при отравлении морфином
Побочное действие → Противопоказания	
Лекарственная зависимость (психическая, физическая), привыкание, синдром абстиненции	Хронические боли (исключение – онкологические заболевания)
Угнетение дыхательного центра	Беременность, роды, лактация, черепно-мозговая травма, геморрагический инсульт, дети до 2 лет, лица старше 60 лет

Фармакологическое «лицо» наркотических аналгетиков

Препарат	Аналгезия	Длительность действия	Угнетение дыхания	Риск возникновения зависимости
Морфин (М)	Эталон	6	++	++
Фентанил	В 200 раз > М	0,5	++	++
Бупренорфин	В 20-30 раз > М	6	±	±
Бупренорфанол	В 3-5 раз > М	6	+	±
Пиритрамид	В 2 раза > М	6	±	+
Тримеперидин	<М	4	+	+
Кодеин	<М	6	+	±
Пентазоцин	<М	5	±	±
Трамадол	<М	9	-	±

Перечень препаратов

ИНН (торговое название)	Форма выпуска
Бупренорфин (Бупремен)	р-р д/и 0,03%; табл. 0,0002
Бупренорфанол (Морадол)	р-р д/и 0,2%
Кодеин (Кодеина фосфат)	табл. 0,015
Морфин	р-р д/и 1%; табл. 0,01
Налоксон	р-р д/и 0,04%
Оmnopон	р-р д/и 1; 2%
Пентазоцин	р-р д/и 1; 2%
Пиритрамид (Дипидолор)	р-р д/и 0,75%
Суфентанил (Суфента)	р-р д/и 0,0005%
Трамадол (Трамал)	р-р д/и 5%; капс. 0,05
Тримеперидин (Промедол)	р-р д/и 1; 2%; табл. 0,025
Фентанил	р-р д/и 0,005%
Этилморфина г/х (Дионин)	табл. 0,015

Глоссарий

Аналгезия – обезболивание.

Лекарственная зависимость, наркомания, пристрастие – непреодолимое стремление к регулярному приему лекарства со стойкой психической и физической зависимостью от него и с развитием абстиненции при прекращении его приема.

Миоз – сужение зрачка.

Премедикация – лекарственная подготовка к наркозу с целью повышения его эффективности и снижения дозы наркотических средств.

Привыкание – снижение терапевтического эффекта при повторном приеме лекарства.

Эйфория – состояние мнимого психологического благополучия, беспричинного повышения настроения, уход от реальности; лежит в основе психической зависимости к психотропным средствам.

Ненаркотические аналгетики

Ненаркотические аналгетики – это препараты с умеренным аналгезирующим эффектом. От наркотических аналгетиков они отличаются отсутствием возникновения зависимости, привыкания, а также наличием жаропонижающего и противовоспалительного (слабого) эффектов. По механизму действия ненаркотические аналгетики схожи с нестероидными противовоспалительными средствами, которые отличаются наличием выраженного противовоспалительного эффекта.

Классификация препаратов

Центрального действия	Периферического действия (монопрепараты* и комбинированные)	Аналгетики со спазмолитическими свойствами
Нефопам Парацетамол Кеторолак	Метамизол натрия* Пенталгин Седалгин Цитрамон Темпалгин	Баралгетас Спазмалгон

Механизм действия

Ненаркотические аналгетики блокируют фермент циклооксигеназу (ЦОГ), что приводит к угнетению синтеза ПГ в очаге воспаления и ЦНС, уменьшению сенсibilизации ноцицепторов к действию альгогенов и нарушению проведения болевой импульсации по афферентным нервам. Ненаркотические аналгетики уменьшают механическое сдавливание ноцицепторов за счет противовоспалительного действия. Также уменьшается пирогенное действие ПГ на центр терморегуляции: повышается теплоотдача за счет расширения сосудов кожи и увеличения потоотделения и уменьшается теплопродукция.

Фармакодинамика (эффекты) → Показания к применению	
Аналгезирующий	Острые и хронические боли, не угрожающие жизни (зубная, головная, суставная, мышечная и др.), невралгия
Жаропонижающий	Лихорадка, острые респираторные заболевания, грипп
Побочное действие → Противопоказания	
Диспепсические расстройства, ulcerогенное действие	Заболевания ЖКТ (гастрит, язвенная болезнь)
Угнетение кроветворения, образование метгемоглобина	Заболевания крови (агранулоцитоз, метгемоглобинемия)
Нефро- и гепатотоксическое действие	Выраженные нарушения функции печени и почек

ЛЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНО

Фармакологическое «лицо» ненаркотических анальгетиков

Препарат	Аналгезирующий	Жаропонижающий	Противовоспалительный	Другие особенности
Метамизол натрия (эталон)	++	+	±	
Парацетамол	+	++		
Кеторолак	+++	±		Малая широта терапевтического действия
Темпалгин	+++			
Баралгетас	+++			Транквилизирующий
Спазмалгон	+++			Спазмолитический
Седалгин Пенталгин	++			Спазмолитический
Цитрамон	+++		±	

Перечень препаратов

Торговое название	Форма выпуска
Баралгетас	табл.; супп.; р-р д/и 5 мл
Кетанов	табл. 0,075
Аналгин	табл. 0,5; р-р д/и 50%
Нефопам	табл. 0,03; р-р д/и 2%
Панадол	табл. 0,5
Пенталгин, Седалгин, Спазмалгон, Темпалгин, Цитрамон	табл.

Глоссарий

Афферентные нервы (чувствительные) – периферические нервы, которые проводят импульс от рецепторов к ЦНС.

Диспепсические расстройства – тошнота, рвота, диарея.

Жаропонижающий эффект – снижение температуры тела при лихорадке.

Пирогенное действие – способность пирогенов вызывать повышение температуры тела.

Простагландины – биологически активные вещества, выполняющие роль медиаторов и модуляторов воспаления, болевого синдрома, лихорадки.

Ульцерогенное действие – способность вызывать язвенное поражение ЖКТ.

Фармакология-Сіто: Учебник. – Под ред. С.М. Дороговоз. – Харьков: Издательство «СИМ», 2008. – 236 с. – С. 47-52.

Наркотические анальгетики

Классификация	Природные и полусинтетические		Синтетические	
	Агонисты ОР		Агонисты-антагонисты ОР	
Препараты и их аналоги	1. Морфин 2. Кодеин 3. Этилморфина г/х (Дионин) 4. Омнопон 5. Тримеперидин (Промедол) 6. Фентанил 7. Пиритрамид (Дипидолор) 8. Тилидин (Валорон) 9. Суфентанил (Суфента) 10. Дименоксадола г/х (Эстоцин) 11. Бупренорфин (Норфин)		12. Пентазоцин (Фортрал) 13. Буторфанол (Морадол)	
Механизм действия	Связываются с ОР ЦНС, что приводит к угнетению выделения альгогенов (медиаторов боли) на всем пути прохождения болевых импульсов. Угнетают вставочные нейроны спинного мозга, ретикулярную формацию, таламические болевые центры, лимбическую систему, суммационную способность коры головного мозга			
Фармакологические эффекты	Угнетающее влияние на центры: болевой, кашлевой, рвотный, дыхательный (1-14). Возбуждающее влияние на центры блуждающего нерва, глазодвигательного нерва (миоз). Седативный, снотворный, эйфория, толерантность, наркомания (1-14). Противовоспалительный, слабый спазмолитический, холинолитический (10)			
Показания к применению и взаимозаменяемость	Сильные и сверхсильные боли (1, 3-14); нейролептаналгезия (6); премедикация и послеоперационный период (1, 4-14); обезболивание родов (5, 7, 10); колики (4-6, 8-11, 13); заболевания глаз (3); упорный сильный кашель (2, 3, 10)			
Врач и провизор, помни!	Наркотические анальгетики несовместимы с антипаркинсоническими средствами, ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), миорелаксантами, α-адреноблокаторами, кортикостероидами, адренорегулирующим гормоном, трициклическими антидепрессантами. Наркотические анальгетики не назначаются детям до 2 лет, а буторфанол – до 18 лет. В одном шприце нельзя вводить пентазоцин с барбитуратами, морфин – с хлорпромазином. Тримеперидин несовместим с антигистаминными средствами, миорелаксантами, окспренололом, хлорпромазином. Морфин противопоказан при микседеме, так как снижает синтез тиреоидных гормонов. Кодеина фосфат не следует принимать одновременно с метотрексатом. Инъекционная форма трамадола несовместима с растворами диазепама, флунизатрапама, нитроглицерина. После введения тримеперидина необходимо прервать кормление грудью на 12 ч, после морфина – на 24 ч. Атропин, адреномиметики и бромиды снижают анальгетическую активность препаратов опиата. Кодеин не рекомендуется применять в первом триместре беременности, накануне родов, при угрозе выкидыша, в период лактации. Кодеин в дозах до 20 мг и в составе комплексных препаратов не вызывает эйфории, зависимости, его можно назначать детям с 6-месячного возраста. Специфический антагонист наркотических анальгетиков – наллоксон . Рационально вводить фентанил под контролем антагониста, устраняющего побочные эффекты анальгетика. До еды: 11, 12			

Ненаркотические анальгетики

Классификация	Центрального действия		Анальгетики-антипиретики (периферического действия)			
	Неопиоидные	Анальгетики-антипиретики	Монопрепараты	Комбинированные		Анальгетики со спазмолитическими свойствами
Препараты и их аналоги	1. Нефопам (Оксадол)	2. Парацетамол (Панадол) 3. Кеторолак (Кеталгин, Кетанов) 4. Амизон	5. Метамизол натрия (Аналгин)	6. Аскофен 7. Паравит 8. Аскопар 9. Томапирин 10. Цитрамон 11. Цитропак 12. Брустан	13. Седалгин 14. Пенталгин 15. Темпалгин 16. Продеин 17. Новалгин 18. Дипрен 19. Кофалгин	20. Баралгетас 21. Новиган 22. Андипал 23. Спазмолералгин Нео 24. Спазмалгон
Механизм действия	Влияет на дофаминовые, норадреналиновые и серотониновые рецепторы в ЦНС (1)	Блокируют ЦОГ, что приводит к угнетению синтеза ПГ в очаге воспаления и ЦНС и уменьшению сенсibilизации ноцицепторов к действию альгогенов. Уменьшают механическое сдавливание рецепторных окончаний, нарушают проведение болевой импульсации афферентным путем, уменьшают пирогенное воздействие ПГ на центр терморегуляции, увеличивают теплоотдачу за счет расширения сосудов кожи и потоотделения (2-24)				
Фармакологические эффекты	Аналгезирующий (1-24), жаропонижающий (2, 4-21), противовоспалительный (4-6, 8-12, 15, 17-22), седативный (13-15, 22, 23), спазмолитический (19-24), антиагрегантный (6, 8-11), интерферогенный (4), умеренный анксиолитический (15), сосудорасширяющий (22)					
Побочные эффекты	Аллергические реакции (1-24), диспепсические расстройства (1-22), ульцерогенное действие (3, 6, 8-11, 13, 14, 21), угнетение кроветворения (2, 5, 7-9, 11-19, 22), образование метгемоглобина (2, 6-12, 14, 16, 18), снижение свертываемости крови (6, 10, 11), нефротоксичность (2, 3, 6, 8, 9, 11), гепатотоксичность (6, 8, 9, 11), судороги, тахикардия, потливость, нечеткость зрения (1), гиперсаливация, горечь во рту (4), обострение бронхиальной астмы (6, 8, 11), бронхоспазм (9), сонливость (1, 3, 22), беспокойство (1, 3), бессонница (1, 9)					
Показания к применению и взаимозаменяемость	Боль, не угрожающая жизни (головная, зубная, суставная и др.) (1-21), невралгия (2-19), лихорадка (2, 4-21), колики (5, 20-24), мигрень (6, 8, 9-11, 13, 16, 17, 23, 24), альгоменорея (6, 8-11, 13, 14, 17, 21, 23, 24), послеродовой и послеоперационный периоды (1, 3), премедикация (1), миалгия (2, 6, 9, 10, 17), артралгия (8, 9, 13, 17), ревматизм (5, 6, 10, 14, 19), хорея (14), люмбаго, ишиас (19), лихорадка (2, 4-19), спазмы коронарных сосудов (22) и сосудов мозга (10, 13, 22), грипп (4, 5, 7, 14, 19), вирусный гепатит А, герпетическая инфекция, фелиноз, менингоэнцефалит, пневмония (4); спазмы гладкой мускулатуры мочеточников, желудка и кишечника (21, 22, 24); гипертоническая болезнь, стенокардия (22)					
Врач и провизор, помни!	Одновременное применение парацетамола с барбитуратами, противосудорожными препаратами, рифампицином, алкоголем усиливает токсическое действие парацетамола. Нефопам , парацетамол несовместимы с ингибиторами МАО; на фоне лечения нефопамом моча приобретает розовый цвет. Кеторолак и нефопам не следует назначать лицам, работа которых требует повышенного внимания и психомоторных реакций. Кеторолак не применяют при хроническом болевом синдроме. Основной недостаток парацетамола – небольшая широта терапевтического действия (токсическая доза превышает максимальную терапевтическую дозу всего в 2-3 раза). Раствор метамизола натрия в ампулах имеет желтоватый цвет, при внутримышечном введении возможны постинъекционные инфильтраты. Метамизол натрия можно применять независимо от приема пищи. Во время еды: 13					

Дороговоз С.М. Фармакология на ладонях: Учебное пособие. – Харьков: ПП «Пляда». – 112 с. – С. 18-19.

Н.В. Хайтович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и клинической фармации Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Ненаркотические анальгетики: фармакоэкономика контроля боли



Н.В. Хайтович

Боль – один из неспецифических признаков неблагополучия в работе органов и систем человеческого организма. Очевидна ее защитная роль как сигнала тревоги на повреждение ткани. Выделяют острую и хроническую боль. Существует 2 патофизиологических механизма боли: ноцицептивный (вследствие повреждения тканей – кожи, костей, суставов, мышц и др.) и невропатический (обусловленный поражением или вовлечением нервных структур на различных уровнях нервной системы – корешки сплетений, стволы и др.). В реализации процесса боли задействовано множество нейротрансмиттеров и рецепторов как периферической, так и центральной нервной системы.

Главная цель большинства видов терапии состоит в облегчении боли, при этом лечение должно учитывать особенности пациента (тяжесть заболевания, сопутствующую патологию и т. д.), быть эффективным, безопасным и доступным.

Наибольшее распространение в лечении болевого синдрома получили нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол. Традиционно основным показанием к их применению является острый или хронический болевой синдром умеренной интенсивности, возникающий при заболеваниях костно-суставного и мышечного аппаратов.

Парацетамол назначают при головной и зубной боли, невралгии, радикулите, миалгии, дисменорее и др. Нимесулид эффективен при бурсите, артрите, ревматоидном артрите, травмах, болевых синдромах в послеоперационном периоде. Кеторолак показан для купирования острых болевых синдромов мышечно-скелетного происхождения (острые растяжения, вывихи, переломы), при послеродовых, послеоперационных обострениях таких состояний, как ишиалгия, фибромиалгия, остеоартрит (ОА) и др. Кетопрофен является эффективным средством лечения боли, в т. ч. послеоперационной, что позволяет применять его в хирургической, травматологической и онкологической практике. В частности, в онкологии отмечена высокая эффективность кетопрофена при терапии боли, возникающей при развитии метастазов в костях и поражениях мягких тканей с наличием воспалительного компонента. Он может быть рекомендован для купирования острого приступа мигрени, болевого синдрома на фоне дисменореи, системных заболеваний опорно-двигательного аппарата и послеоперационной моноаналгезии малоинвазивных операций на органах брюшной полости [1].

Одно из наиболее частых заболеваний, ведущим симптомом которого является боль, – ОА (синонимы: артрозо-артрит, остеоартроз, деформирующий артроз); это дегенеративное поражение суставов с последующей воспалительной реакцией.

Болевой синдром при ОА объясняется следующими причинами: наличием периостальных остеофитов; расширением сосудов субхондральной кости, что приводит к увеличению внутрикостного давления; активацией ноцицептивных рецепторов синовиальных мембран вследствие синовита; утомлением суставных мышц; развитием контрактур; выпотом в сустав и растяжением суставной капсулы; разрывом менисков; воспалением околосуставных сумок; спазмом околосуставных мышц; психологическими факторами; крепитацией (грубой или ощущениями хруста); повышением центральной болевой чувствительности.

Сначала боль при ОА появляется после движений в суставах и уменьшается в покое. В дальнейшем болевой синдром становится фактором, ограничивающим активность пациентов и приводящим к формированию «болезненного» поведения.

ОА может возникать в любом возрасте, среди лиц старше 15 лет клинические проявления ОА отмечаются у 6,43% [2]. Частота ОА повышается по мере старения населения, в возрасте старше 65 лет рентгенографические признаки заболевания выявляются у 70% [3].

В соответствии с рекомендациями Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2003), при лечении пациентов с ОА показано сочетание фармакологических и нефармакологических (обучение пациента, снижение массы тела, защита сустава, физические упражнения) методов лечения; следует учитывать локализацию поражения, выраженность боли и воспаления, факторы риска развития побочных реакций.

Фармакологическое лечение проводится такими препаратами, как парацетамол; местные средства; НПВП (при отсутствии эффекта

парацетамола); селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2) при наличии факторов риска побочных реакций; опиоидные анальгетики; хондропротекторы; внутрисуставные кортикостероиды.

Учитывая, что при ОА боль наиболее часто обусловлена развитием синовита, с терапевтической целью используются преимущественно простые анальгетики (парацетамол) и НПВП. Доказано, что годовая стоимость лечения пациента с гонартрозом в среднем составляет 151,60 евро [4].

Парацетамол – пероральный анальгетик, с применения которого начинается лечение; в случае эффективности терапии он остается препаратом выбора. Основное преимущество парацетамола – низкая токсичность в отношении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), особенно по сравнению с НПВП. Парацетамол не влияет на агрегацию форменных элементов крови и длительность кровотечения, быстро и полностью всасывается в желудке и не кумулирует в организме. При легкой и умеренной боли анальгезирующий эффект парацетамола в дозе 500 мг приблизительно сопоставим с таковым 500 мг ацетилсалициловой кислоты или 200 мг ибупрофена.

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, абсолютно безопасным является применение парацетамола в суточной дозе до 4 г у взрослых и 60 мг/кг у детей. К отравлению и развитию печеночной недостаточности приводит одномоментный его прием взрослыми в дозе >10 г, детьми – 140 мг/кг.

Широкое использование НПВП объясняется тем, что они обладают противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим эффектами и улучшают состояние больных с соответствующими симптомами (воспалением, болью, лихорадкой) [1]. При лечении ОА в случае наличия постоянной интенсивной боли, часто связанной не только с механическими факторами, но и с воспалением, НПВП более эффективны, чем парацетамол. НПВП следует принимать не постоянно, а только в период усиления боли. Режимы использования некоторых представителей класса НПВП приведены в таблице 1.

Таблица 1. Применение НПВП для купирования боли

Лекарственное средство	Средняя анальгетическая доза для приема внутрь, г	Интервал между приемами, ч	Максимальная суточная доза, г
Ацетилсалициловая кислота	0,6	4-6	4-6
Ибупрофен	0,2-0,4	4-6	3,2
Напроксен	0,5 (начальная) 0,25 (поддерживающая)	12	1,25
Индометацин	0,025	8-12	0,15
Сулиндак	0,115-0,2	12	0,4
Мефенамовая кислота	0,5 (начальная) 0,25 (поддерживающая)	6	1
Диклофенак натрия	0,05-0,1	6-12	0,2
Пироксикам	0,01	12	0,03

Осложнения со стороны ЖКТ – наиболее частые побочные эффекты НПВП, которые, как правило, возникают в первые 3 мес терапии. Относительный риск варьирует в зависимости от вида НПВП. Кроме того, НПВП повышают риск развития сердечно-сосудистых катастроф, вызывают дестабилизацию артериального давления. Применение индометацина и пироксикама не рекомендуется, поскольку эти препараты вызывают тяжелые побочные эффекты (особенно у пациентов пожилого возраста) и плохо взаимодействуют с другими лекарственными средствами (гипотензивными, мочегонными, β-блокаторами и др.). Также для всех НПВП характерна гепатоксичность.

Доказано, что при регулярном применении НПВП диспепсический синдром наблюдается у 30% пациентов, а пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки эндоскопически выявляют у 15-30% больных. Нежелательные явления не только ухудшают качество жизни больного, но и приводят к дополнительной госпитализации, в связи с чем значительно повышается стоимость лечения. Так, больным, имеющим риск возникновения кровотечения из верхних отделов ЖКТ, показаны гастропротекторы. Согласно расчетам, на каждый доллар, заплаченный за НПВП, затрачивается еще один на предупреждение побочных эффектов от этих препаратов [5].

Таблица 2. Количество лекарственных средств, использовавшихся для предупреждения или лечения побочных эффектов вследствие приема НПВП (данные за 2003-2007 гг.)

Количество лекарственных средств, n	Львовская обл.	Ивано-Франковская обл.	Тернопольская обл.	Украина
	Количество случаев, %			
1	11,1	18,2	26,3	22,4
2	38,9	18,2	26,3	21,9
3	27,8	18,2	15,8	23,0
4	22,2	27,3	15,8	19,2
5	0	18,2	15,8	7,3
>5	0	0	0	6,1

У 55,6% пациентов, получавших НПВП при хроническом болевом синдроме, потребовалось применение ≥ 3 препаратов для профилактики или лечения побочных эффектов терапии (табл. 2) [1].

Появление в последние годы НПВП, преимущественно или избирательно подавляющих синтез ЦОГ-2, позволяет повысить безопасность лечения у этого контингента пациентов. При необходимости длительного приема, а также у лиц с наличием в анамнезе сведений о язвенно-эрозивном поражении ЖКТ назначение мелоксикама (7,5-15 мг/сут), нимесулида (100-200 мг/сут) или целекоксиба (100-200 мг/сут) обеспечивает достаточный анальгетический эффект и выраженное противовоспалительное действие при минимальном риске развития побочных реакций.

Доказано, что по показателю «затраты/эффективность» мелоксикам в дозах 7,5 и 15 мг/сут достоверно превосходит диклофенак (100 мг в лекарственной форме с замедленным высвобождением) и пироксикам у пациентов со средним и высоким риском развития гастроинтестинальных осложнений [6, 7].

Три представителя ЦОГ-2-селективных НПВП – этодолак (брендовый и генерический), эторикоксиб и мелоксикам (в дозах 7,5 и 15 мг/сут) – соответствовали критериям экономически эффективного лечения по показателю дополнительного количества лет стандартного качества жизни (< 30 тыс. фунтов стерлингов на 1 QALY – Quality Adjusted Life Years) [8].

Поскольку коксибы характеризуются хорошей гастроинтестинальной переносимостью, но имеют более высокую стоимость, следует соотносить затраты на курсы лечения коксибами и НПВП + ингибиторы протонной помпы (ИПП) [9]. Сравнительное исследование клинической эффективности НПВП в терапии гонартроза с оценкой показателя «затраты/эффективность» было проведено у пациентов 4 групп. Пациенты 1-й группы (n=40) получали эторикоксиб в дозе 60 мг/сут, 2-й (n=20) – диклофенак натрия 150 мг/сут + омепразол

20 мг/сут, 3-й (n=20) – мелоксикам 15 мг/сут + омепразол 20 мг/сут, 4-й (n=20) – целекоксиб 200 мг/сут. Выявлено, что все изученные схемы лечения достаточно эффективно уменьшают и/или купируют болевой синдром (эффективность терапии была не менее 80%). Максимальная эффективность терапии наблюдалась на фоне приема эторикоксиба и целекоксиба (95 и 90% соответственно). Лучший показатель по фармакоэкономической эффективности продемонстрировала терапия, применявшаяся в 1-й группе, т. е. с экономической точки зрения назначение эторикоксиба для уменьшения болевого синдрома при ОА наиболее оправдано [10]. В другом исследовании [11] также выявлено наилучшее соотношение «затраты/эффективность» при применении эторикоксиба.

В Украине фармакоэкономический анализ 3 различных стратегий назначения НПВП (использование дорогостоящего оригинального селективного НПВП мелоксикама; применение отечественного генерика диклофенака в комбинации с омепразолом; монотерапия диклофенаком) показал, что «экономическое бремя» осложнений (стоимость лечения осложнений относительно основной стоимости курса фармакотерапии) составляет соответственно 0,88, 11 и 210%. При этом третья стратегия остается самой дешевой [12]. Отмечено, что стоимость лечения хронического болевого синдрома при патологии суставов и позвоночника сравнительно доступным отечественным генериком диклофенака в сочетании с профилактическим приемом ИПП омепразола не намного превышает по затратам монотерапию диклофенаком, но позволяет существенно снизить риск развития НПВП-гастропатий.

Схожие данные получили и другие исследователи: установлено, что стоимость применения селективных ингибиторов ЦОГ-2 выше, чем таковая лечения комбинацией НПВП + вспомогательные средства [13].

При терапии острой посттравматической боли по соотношению «затраты/эффективность» фармакотерапия декскетопрофена трометамолом в 2 раза превосходит терапию диклофенаком [14].

Таким образом, учитывая эффективность, безопасность и экономическую доступность, парацетамол и неселективные НПВП могут быть использованы при купировании острого или хронического болевого синдрома умеренной выраженности у пациентов с невысоким риском развития осложнений.

В случае неблагоприятного анамнеза относительно НПВП-гастропатий для купирования хронического болевого синдрома рекомендуются ЦОГ-2-ингибиторы или НПВП в комбинации с ИПП. С позиций фармакоэкономики данные подходы сопоставимы.

Список литературы находится в редакции.

Нам важно знать Ваше мнение!

! При отправке заполненной анкеты Вы будете получать все номера тематического выпуска «Клінічна фармація» «Медичної газети «Здоров'я України» **БЕСПЛАТНО** в течение 2015 года по 2 газеты в аптеку!

Понравился ли Вам тематический выпуск «Клінічна фармація»?

.....

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы Вам могут быть полезны в профессиональной деятельности?

.....

Публикации каких авторов Вам были бы интересны?

.....

Является ли для Вас наше издание эффективным для повышения квалификации?

.....

Какие специализированные издания Вы читаете?

.....

Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Я даю согласие на их использование для получения от компании (связанных с ней лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на внесение моих персональных данных в базу данных компании с неограниченным во времени хранением этих данных.

Подпись _____

М.П. _____

Анкету читателя необходимо отправить по адресу:

**«Медична газета «Здоров'я України»,
ул. Механизаторов, 2, г. Киев, 03035**

**Укажите сведения, необходимые для отправки
тематического номера «Клінічна фармація»**

Фамилия, имя, отчество

.....

Должность, название аптеки

.....

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус офис

Телефон: раб.

моб.

E-mail:

ХРОНОФАРМАКОЛОГИЯ

Биоритмы и нервная система

Ведущую роль в координации циклических процессов в организме играют циркадианные колебания функциональной активности нервной системы. Суточные изменения тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) тесно связаны с циклом свет–темнота и, соответственно, сон–бодрствование. Тонус симпатического отдела ВНС преобладает в период дневной активности, парасимпатического – во время ночного сна.

Биоритм этих систем формируется под влиянием комплекса взаимодействий с ведущими ритмоводителями в организме – эпифизом, продуцирующим нейротропный гормон мелатонин, и другими структурами центральной нервной системы (ЦНС), которые являются основными генераторами эндогенных циркадианных ритмов. Саморегулирующийся период активности колебания ЦНС равен приблизительно 24 ч.

Норморитмы

Показатель	Суточная ритмичность
Возбудимость центров спинного мозга	Мах – 22:00-24:00
Активность симпатической нервной системы	Мах – день Мин – ночь
Активность парасимпатической нервной системы	Мах – ночь
Мозговой кровоток	Мах – 9:00-12:00, 15:00-18:00 Мин – 3:00-6:00
Содержание адреналина	Мах – утро-день Мин – ночь
Содержание норадреналина	Мин – середина сна
Чувствительность рецепторов к норадреналину	Мах – 6:30-8:30
Психическая работоспособность и продуктивность нервной деятельности	Мах – день
Длительность индивидуальной минуты	Мах – 4:00 Мин – 8:00
Уровень адренотропного гормона (АКТГ), кортизола	Мах – конец сна Мин – первые часы ночного сна
Секреция соматотропина	Мах – первые часы ночного сна
Секреция пролактина	Мах – последние 2 ч ночного сна Мин – через 3-5 ч после пробуждения

Показатель	Сезонная ритмичность
Психическая и мышечная возбудимость	Мах – весна – начало лета Мин – зима
Работоспособность	Мах – осень
Секреция адреналина, норадреналина, холинэстеразы, гистамина, серотонина, инсулина, кортизола, гастрина	Мах – весна-лето Мин – осень

Десинхронозы

Патология, показатель	Суточная ритмичность
Ишемический инсульт, инсомния, депрессия, диабетическая полинейропатия	
Секреция мелатонина	Снижена в ночные часы
Депрессия	
Экскреция электролитов, температура тела, частота сердечных сокращений (ЧСС)	Мах – сдвигнут на несколько часов вперед (по сравнению с нормой)
Экскреция норадреналина	Мах – сдвигнут на более ранние часы
Уровень плазменного триптофана и серотонина в тромбоцитах	Повышена амплитуда
Рассеянный склероз	
Фагоцитарная активность моноцитов (без обострений)	Мах – вечер
Фагоцитарная активность моноцитов (1-2 обострения в год)	Ритм сглажен
Ишемический инсульт	
Частота развития	Мах – 3:00-6:00
Возбудимость спинальных двигательных центров	Мах – утро
Геморрагический инсульт	
Частота развития	Мах – утро, вечер
Возбудимость спинальных двигательных центров	Мах – утро
Нейроциркуляторный десинхроноз	
Гемокоагуляция и агрегация тромбоцитов	Мах – утро
Эпилепсия	
Возникновение припадков, температура тела, ЧСС	Мах – 1-я и 3-я трети сна, амплитуда увеличена, повышен мезор
Мозговой кровоток	Мах – 9:00-12:00, 15:00-18:00 Мин – 3:00-6:00
Дикротический индекс	Ритм рассогласован



Патология, показатель	Сезонная ритмичность
Тревожные состояния, психозы, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз	Мах – весна, осень Мин – лето
Депрессивные расстройства	Мах – зима
Гипомания	Мах – весна-лето
Эпилепсия	
Частота приступов	Мах – лето-осень (при низкой солнечной активности); осень-зима (при высокой солнечной активности)

Хронотерапия

Препарат, группа	Эффективность (суточная)
Мелатонин	Мах – вечер (перед сном)
Наркозные и снотворные препараты	Мах – ночь
Психостимуляторы	Мах – день
Кофеин	Мах – вечер
Трициклические антидепрессанты	Мах – полночь
Глицин	Мах – утро (жаворонки), вечер (совы)
Адаптогены	Мах – утро – первая половина дня
Пиридоксин	Мах – утро
Бензодиазепины	Мах – день-вечер
Галоперидол	Мах – утро, вечер
Диазепам*, триазолам*	Мах – день-вечер
Феназепам*	Мах – день-вечер
Седативные препараты	Мин – вечер-ночь

* Обусловлено особенностями фармакокинетики.

Препарат, группа	Эффективность (сезонная)
Имипрамин	Мах – февраль, март, июнь
Амитриптилин, миансерин	Мах – февраль-март
Амобарбитал	Мах – март, июнь, сентябрь, ноябрь
Адаптогены	Мах – январь-март

Врач и провизор, помни!

Выраженность ритмологических проявлений в работе нервной системы зависит от индивидуальных особенностей человека, выработанного стереотипа времени сна и бодрствования и др. Установлено, что циклы АКТГ, кортизола, гормона роста, пролактина и гонадотропинов тесно связаны с ритмом сна и бодрствования. Во время наибольшей продуктивной деятельности (днем) наблюдаются максимальные показатели пульсового кровенаполнения мозга и психической работоспособности.

По своей временной природе сон является типичным биоритмологическим феноменом, поскольку, в свою очередь, состоит из нескольких (4-6) последовательных циклов. Каждый из них представляет собой 80-90-минутный интервал: начинается с медленного, синхронизированного сна и заканчивается быстрым, десинхронизированным. Полагают, что подобная цикличность – необходимое условие для продуктивной умственной деятельности. У человека БДГ (быстрое движение глаз, или фаза быстрого сна) существенно изменяется с возрастом как по суммарному времени, так и по длине цикла. У новорожденных активный сон (БДГ) составляет 50% всего сна, у взрослых – 20-25%. Доля медленноволнового сна начинает заметно снижаться после 30 лет (у мужчин в большей степени, чем у женщин). Суммарная длительность пробуждений во время сна незначительно изменяется с раннего детства до 50 лет у женщин и до 40 лет у мужчин: после этого возраста как длительность пробуждений, так и их количество резко увеличиваются.

Годовые (сезонные) ритмы свойственны всем психическим функциям. Психическая и мышечная возбудимость у людей выше весной

и в начале лета, значительно снижаясь зимой. Варьирует и работоспособность человека – осенью она наиболее высокая. Весной-летом усиливается, а осенью уменьшается секреция адреналина, норадреналина, снижается активность холинэстеразы, гистамина, серотонина, инсулина, кортизола, гастрина.

Влияние мелатонина на циркадианные ритмы прямо противоположно эффекту света: экспозиция ярким светом в дневное время не оказывает влияния на температуру тела, а в ночное – приводит к ее повышению. Мелатонин обладает уникальными адаптивными свойствами, влияет на тонус церебральных и периферических артерий.

Изменения уровня и ритмов секреции мелатонина были выявлены при различных физиологических и патологических состояниях: у лиц пожилого возраста, при уменьшении в рационе продуктов, содержащих триптофан (предшественник мелатонина), у пациентов, страдающих инсомнией, головной болью, депрессией, ишемической болезнью сердца, диабетической полинейропатией, ревматоидным артритом, порфирией, циррозом печени, онкологическими заболеваниями и др. При болезни Альцгеймера и болезни Пика установлены нарушения ритмов продукции мелатонина, что является основой для развития десинхронизации нервной системы.

Как внутренний, так и внешний десинхронозы нервной системы могут быть причинами различных патологических состояний, например десинхронозов при посменной работе и перелетах через несколько часовых поясов. Другим важным источником хронопатологии познавательных процессов и поведения могут быть нарушения функций эпифиза. Так, с возрастом происходит его изменение и прогрессивное снижение секреции мелатонина (концентрация его в плазме крови у лиц в возрасте 45 лет составляет лишь половину соответствующего показателя в период полового созревания). Дефицит этого естественного ноотропного гормона приводит к нарушению когнитивной деятельности и ухудшению ночного сна, сопровождается усилением перекисного окисления липидов, нейродегенерацией, иммунным дефицитом и пр.

Между развитием **тревожного состояния** и дезорганизацией биоритмов существует тесная взаимосвязь, о чем свидетельствуют циклическая структура течения маниакально-депрессивного психоза и давно установленная зависимость обострений болезни от периодических явлений окружающего мира. В динамике данной патологии прослеживается отчетливая суточная, месячная и сезонная ритмичность.

Усиление депрессивных переживаний в вечерние часы обычно отмечается при депрессивных состояниях у больных шизофренией и шизоидной психопатией. Сезонные аффективные расстройства характеризуются ежегодным периодическим формированием депрессивных нарушений в зимнее время и гипоманией в весенне-летний период.

Выявлена годовая периодичность в количестве самоубийств, которые напрямую связаны с развитием психической депрессии.

У многих пациентов при депрессии отмечаются нарушения в циркадианном ритме экскреции электролитов, температуры тела, ЧСС. При этом акрофазы указанных параметров сдвинуты на один или несколько часов вперед по сравнению со здоровыми лицами.

Частота развития **инсультов** зависит от геофизических факторов (недельных, месячных, сезонных и циркадианных колебаний). Для ишемического инсульта характерно мономодальное (как правило, утреннее), а для геморрагического – бимодальное (второй, менее выраженный пик в вечернее время) распределение частоты случаев заболевания.

Патологические пароксизмальные состояния связаны с фазами сна: в фазе быстрого сна возникают инсульты и вегетативно-сосудистые кризы, медленного – генерализованные эпилептические припадки.

У больных с нейроциркуляторными десинхронозами обнаруживаются отклонения в суточной динамике показателей, определяющих реологические свойства крови (усиливаются процессы гемокоагуляции и агрегации тромбоцитов, что по времени совпадает с ослаблением фибринолитической активности крови). У лиц с острыми расстройствами ритмов мозгового кровообращения в 74% случаев обнаруживают сгущение крови именно в утренние часы.

Эпилепсия (в частности, эпилептический припадок) является ярким проявлением нарушения биоритмов больного. И хотя в основе эпилептического припадка лежат протекающие в ЦНС колебательные процессы с периодом в тысячную долю секунды, которые не имеют прямой корреляции с периодичностью параметров внешней среды, его развитие в подавляющем большинстве случаев осуществляется в определенное время суток.

Клинические проявления эпилепсии связаны также с сезонными ритмами: в 2 раза больше приступов эпилепсии наблюдается в период с марта по август, чем с октября по февраль. Сезонное обострение эпилепсии зависит от уровня солнечной активности: при низкой солнечной активности наибольшее количество обострений приходится на летне-осенний период, а при высокой – на осенне-зимний. Наибольшее количество случаев обострения наблюдается в условиях спокойного магнитного поля Земли, т. е. в отсутствие магнитных бурь. Когда же происходят магнитные бури, то количество обострений эпилепсии уменьшается. Мигренозные, эпилептоидные и даже диабетические приступы наиболее часто происходят непосредственно перед менструацией.

Учащение приступов наблюдается в предменструальную фазу у 32% женщин.

Ритмическая природа нервной деятельности и зависимость ее нарушений от циркадианной дизритмии требуют хронофармакокоррекции при заболеваниях нервной системы с хронобиологическими дефектами. Перспективность хронобиологического лечения когнитивной патологии мелатонином свидетельствует об эффективности ритмогенных методов ее коррекции. Экзогенный мелатонин ослабляет чувство напряженности, тревогу и восстанавливает фазность сна. Его снотворная активность коррелирует с уровнем суточной секреции данного гормона и температурой тела. Он эффективен даже в самых низких дозах (0,1-0,3 мг) у лиц пожилого возраста, страдающих бессонницей. При длительном применении мелатонина улучшается сон, ослабляются когнитивные расстройства и у пациентов с болезнью Альцгеймера. Прием мелатонина в низких дозах до и после трансмеридианных перелетов способствует быстрой ресинхронизации ритмов, восстановлению умственной и физической работоспособности.

Антидепрессивное действие мелатонина и антидепрессантов связано с мобилизацией эпифиза и моделированием функции гиппокампа и гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы, особенно вечером.

В ночные часы гораздо сильнее выражена активность снотворных и наркотических препаратов, поэтому оптимальным временем для проведения оперативного вмешательства под наркозом считают ночные часы.

Снотворные и седативные средства рационально принимать в вечернее и ночное время. Длительность сна при приеме амобарбитала имеет несколько акрофаз на протяжении года (в марте, июне, сентябре и ноябре), а весной сильнее выражена толерантность к данному препарату. Эффект токсических доз фенобарбитала в разное время суток варьирует от 0 до 100%. В ночное время (с 20:00 до 4:00) дозу снотворных и наркотических препаратов (пропофола, мидазолама, тиопентала натрия) необходимо снижать на 18-25%. При дополнительном введении мелатонина дозы данных препаратов следует снижать на 22-28% для предотвращения развития гипоксии головного мозга и тканей.

Кофеин при регулярных инъекциях приводит к перестройке циркадианных колебаний ряда физиологических функций: изменяются амплитуда, мезор, акрофаза ритмов не только подвижности, но и сердечной деятельности, температурной реакции. Психостимуляторы активизируют функцию мозга и удлиняют период бодрствования с одновременным укорочением продолжительности сна. В период дневного бодрствования психостимулирующая активность кофеина неодинаковая: успешнее улучшается кратковременная память вечером, когда нарастает естественное утомление. Действие кофеина на людей разного типа («жаворонки», «совы») отличается, на одних его влияние сильнее и потребность в нем выше («совы»). Использование амфетамина и других дофаминомиметиков в ночное время (24:00-2:00) демонстрирует более сильную стереотипию, чем в дневные часы.

Введение трициклических антидепрессантов однократно в полночь обеспечивает более быстрый и надежный результат в отличие от их приема в другое время дня либо дробно в течение суток. У «сов» глицин эффективнее снижает тревожность в конце дня, когда она особенно высокая, а запоминание улучшает утром на фоне сниженной памяти, у «жаворонков» наблюдается противоположная динамика.

Эффекты адаптогенов проявляются в большей степени при их введении в первой половине дня, особенно утром. Биоритмы физиологических функций у больных после фитокоррекции (прием фитoadаптогенов) восстанавливаются в основном за счет циркадианных частот и этим повышают адаптационные возможности системы гомеостаза.

Адаптогены, пиридоксин с целью усиления образования глюкокортикоидов корой надпочечников рекомендуется назначать в первую половину дня. Установлены сезонные особенности действия адаптогенов: их эффективность наиболее выражена с января по март.

Галоперидол при приеме утром и вечером оказывает лечебное действие в более короткий срок, чем при традиционном 3-разовом введении.

При использовании диазепама в утренние часы концентрация его в крови значительно выше, чем при применении в вечернее время и ночью, так как диазепам утром более быстро и полно всасывается в желудочно-кишечном тракте. Аналогично период полувыведения триазолама при назначении в 7:00 гораздо продолжительнее по сравнению с 22:00. Феназепам утром и вечером определяется в крови в большей концентрации при меньшем клиренсе по сравнению с ночным (3:00) применением, когда особенно низкий уровень препарата в плазме, но высокий его клиренс. Поэтому из-за хронофармакокинетической нестабильности транквилизаторы требуют особенного хронорежима применения: суточную дозу бензодиазепинов рекомендуют распределять неравномерно, сдвигая большую часть на дневные и вечерние часы.

Ноотропы ограничивают циркадианную дизритмию и восстанавливают базальный цикл сон-бодрствование, а также устраняют когнитивную дизритмию.

Хронофармакология и хронотерапия / Хронофармакология наглядно / Под редакцией С.М. Дроговоз. – Харьков, 2014. – С. 31-39.



Провизор — клиент. Формула успеха

«Ничто не ценится так дорого и ничто не обходится так дешево, как вежливость».

Мигель де Сервантес Сааведра

Провизорам приходится постоянно общаться с большим количеством разных людей. В этом заключается специфика их работы. Отсюда возникает перечень психологических требований к работникам аптечного зала: уравновешенность, собранность, скорость реакции, хорошая память, наблюдательность и т. д.

Попробуем разобраться в этом вопросе более детально. Итак, какие качества должны быть присущи провизору? Безусловно, это:

– **хорошая зрительная память**, которая дает возможность быстро и четко находить нужные лекарства, другие товары медицинского назначения, а также ориентироваться в большом количестве информации, которая имеет тенденцию к изменению и обновлению;

– **чувствительность** к различию цвета, формы, размеров товаров аптечного ассортимента;

– **хорошая восприимчивость к человеческой речи**, позволяющая провизору установить нормальный контакт с покупателем;

– **устойчивость внимания** для того, чтобы сохранить работоспособность на протяжении рабочего дня, а также сосредоточенность, что важно при обслуживании каждого клиента;

– **эмоциональное спокойствие и уравновешенность**, а также **хладнокровие и выдержка**, которые далеко не на последнем месте по важности при разрешении различных конфликтных ситуаций.

Кроме этого, фармацевту необходимо уметь дифференцировать посетителей аптеки, чтобы безошибочно выбрать тон разговора с клиентом и направить его в правильное русло. Интересный факт: поскольку женщинам приходится чаще заниматься лечением родных и близких, они хотят узнать о препарате и его действии максимум информации. Мужчины же стараются как можно быстрее выйти из аптеки, поэтому провизору нередко приходится «задерживать» их, чтобы подробно объяснить, как и когда нужно принимать данное лекарственное средство. В свою очередь, люди пожилого возраста любят поговорить и посоветоваться; провизору необходимо внимательно выслушать их и дать полезные рекомендации.

Клиенты бывают разные



Клиенты не только имеют разный пол, но и отличаются по типу нервной системы. Соответственно, и отношение к ним провизора должно быть разным. Проявлять участие и особое внимание необходимо по отношению к стеснительным людям, спокойствие – к раздражительным, тактичности требуют обидчивые клиенты, выдержанности и хладнокровия – покупатели,

способные нагругить. При этом провизору следует быть приветливым и вежливым, сохранять собственное достоинство и стараться максимально быстро обслужить каждого. Для этого консультировать потребителя нужно, исходя из формулы: состав, применение, эффект лекарства, будучи при этом кратким, логичным и убедительным в своих доводах. Нельзя забывать о том, что эффективность лечения во многом зависит от соблюдения больным правил применения и хранения

препарата, поэтому еще в стенах аптеки желательно разъяснить клиенту, почему применять лекарство нужно не до, а после еды (или наоборот) с частотой 3, а не 4 раза в день и т. п.

Установлено, что человек запоминает всего $\frac{1}{5}$ часть услышанной информации, поэтому провизору необходимо четко, а порой и несколько раз повторить способ и время приема лекарства. Особенно это касается назначений детям, лицам пожилого возраста или малограмотным людям, а также в том случае, если препарат выписан впервые. Кроме того, в разговоре с покупателем лучше избегать общих фраз, сложных научных терминов, длинных витиеватых предложений; мысли нужно излагать четко, просто и понятно.

Особое внимание необходимо уделить больным онкологического профиля, а также лицам, патология которых плохо поддается лечению. Если пациент спрашивает, от какого заболевания выписано лекарство, рекомендуется не называть болезнь, а просто объяснить влияние конкретного препарата на отдельные органы, симптомы.

Конечно, клиенты аптеки бывают разными. Не всегда больной человек может контролировать свои эмоции. Даже фраза «Нужного Вам лекарства в аптеке нет», сказанная провизором, может вызвать непредсказуемую реакцию. В таких случаях специалисты рекомендуют приложить максимум усилий с целью помочь посетителю, например, направив его в другую аптеку или справочное бюро, заполнив заявку на отсутствующее лекарство, чтобы известить больного при его поступлении, и т. д.

Визитная карточка аптеки



Одним из первых впечатлений об аптеке, своеобразной визитной карточкой является внешний вид аптечного работника. Как правило, небрежность провизора вызывает недовольство посетителя, портит его первое впечатление об аптеке, а также определяет их дальнейшие взаимоотношения.

Что нужно и, наоборот, чего следует избегать провизору?

- Аккуратность, опрятность – **ДА!**
- Обилие украшений, «кислотный» лак для ногтей, яркая помада – **НЕТ!**
- Косметика только в умеренном количестве. Одежда должна строго отвечать установленным правилам (оптимальны халат и шапочка, их можно украсить медицинской эмблемой «змея и чаша»). Сменная обувь также должна быть красивой, удобной, соответствовать аптечной форме.
- И конечно, деликатность, воспитанность и уважение. Эти качества всегда делали аптечных работников привлекательными для общения и служили визитной карточкой лучших аптечных заведений.

Подготовила
Елена Николаева



Укрощение строптивых, или Как бороться с раздражительностью и последствиями стресса?

В 1936 г. в журнале *Nature* была опубликована статья Ганса Селье, посвященная рассмотрению гипотезы об общем адаптационном синдроме, получившем впоследствии название «стресс».

Ученый выделил 3 основные его стадии:

- тревоги, или напряжения (сопровождается мобилизацией адаптационных возможностей и защитных сил; следует отметить, что их резерв ограничен);
- адаптации и стабилизации;
- истощения.

Хороший, плохой, злой

Этапность развития стресса можно рассмотреть на простом примере – подготовке срочного отчета.

Внимание, тревога! При встрече организма с сильными или необычными раздражителями активируется симпатоадреналовая система (продуцируются гормоны учащается дыхание и ускоряется сердцебиение, мобилируются защитные механизмы).

Для выполнения задачи руководителя – написания отчета – сотрудник, вооружившись энтузиазмом и крепким кофе, проводит бессонную ночь, изучая цифры, факты и графики. Как правило, такой «марш-бросок» оказывается высокопродуктивным, и уже к утру выполняется львиная доля задания.

На грани. Если влияние стрессового фактора достаточно длительное, в организме происходят изменения, направленные на то, чтобы «приспособиться» к неблагоприятным обстоятельствам или преодолеть их.

В случае необходимости достижения важных целей человек какое-то время сохраняет сверхактивность, конструктивно решает проблемы. Однако время идет, а трудности все не исчезают. Что тогда?

Стоп-кран. В частности, после нескольких дней работы над отчетом «в ночную смену» возникают усталость и тревога, ухудшается концентрация внимания, плодотворность усилий заметно снижается, а количество допущенных ошибок, напротив, возрастает. Организм постепенно истощается, бодрость иссякает... Фактически, то, что делало человека сильнее, приобретает экстремальный характер, реализует разрушающее влияние, заставляя его чувствовать себя как «выжатый лимон».

Возможно несколько исходов при отсутствии полноценного отдыха и своевременных противострессовых мер: «обрастание» основных жалоб дополнительными и возникновение вегетативных симптомов, которые схожи на органическую патологию. Ярким примером такого исхода бывает развитие сердечно-сосудистых катастроф при воздействии стрессовых факторов на фоне повышенного артериального давления.

Покой нам только снится?

Поразительно, но, согласно данным опроса, выполненного в Украине в 2014 г., успокоительным средствам как способу обретения душевного равновесия отдают предпочтение лишь 20% респондентов; остальные пытаются расслабиться с помощью просмотра телевизора или чтения книг (46,48%), потребления пищи (41,06%), курения и алкоголя (34,6%), замыкая тем самым порочный круг.

Для минимизации негативных последствий стресса на первой-второй стадиях состояния (мобилизации и резистентности) показано применение седативных средств, на третьей – препаратов, купирующих вегетативную симптоматику. Но и здесь есть некоторые «подводные камни»: некоторые препараты, используемые для устранения тревоги и нормализации эмоционального фона, вызывают повышенную сонливость, вялость, снижение повседневной активности и работоспособности, замедляют скорость

психомоторных реакций. В некоторых случаях – при наличии бессонницы и других видов нарушений сна – такие побочные свойства расцениваются как терапевтические, считаются дополнительным преимуществом, т. к. обеспечивают быстрое засыпание, улучшают структуру сна и пр. Но для большинства пациентов, продолжающих привычную трудовую деятельность, это становится весомым минусом, а в дальнейшем – и причиной отказа от приема терапии.

Как же быть в ситуациях, когда жизненные обстоятельства требуют от больного не только остаться спокойным и снять нервное напряжение, а также улучшить настроение и сохранить повышенную концентрацию внимания при вождении автомобиля, сосредоточенность при работе с высокоточными механизмами, четкость действий и ясность ума во время хирургических операций и сдачи сессии?

К счастью, существует простой и безопасный способ избавиться от груза прошлых дней и тревог о предстоящем будущем, достичь безмятежности и спокойствия в любой ситуации и в то же время остаться активным.

Лекарственный бестселлер: усовершенствованная версия

На украинском фармацевтическом рынке немецкой компанией **esparma** представлен новый эффективный седативный препарат – **СЕДАРИСТОН** капсулы (комбинация 50 мг сухого экстракта корневой валерианы и 100 мг сухого экстракта зверобоя).

Безусловный и признанный лидер среди средств с успокоительным эффектом – **валериана** (по приблизительным оценкам, в год в странах Европейского Союза продается более 50 млн упаковок средств на ее основе) – снижает возбудимость ЦНС, обладает

противотревожными свойствами, обеспечивает умеренный успокоительный эффект и мягкое спазмолитическое влияние, в стрессовых ситуациях сохраняет уровень артериального давления и частоты сердечных сокращений в пределах физиологической нормы.

Второй компонент **СЕДАРИСТОНА** капсулы – **зверобой** – эффективный и безопасный природный тимостабилизатор, обладающий общеукрепляющими и тонизирующими свойствами, улучшающий эмоциональный фон, повышающий работоспособность и концентрацию внимания, оказывающий бодрящее действие и стабилизирующий настроение.

Выявлено, что зверобой имеет антистрессовую активность в отношении как психоэмоциональных симптомов, так и физиологических факторов; это подтверждает его адаптационный потенциал (V. Kumar et al., 2001).

Как отмечают М. Siermann и соавт. (2002), к неоспоримым преимуществам средств на основе экстракта зверобоя при приеме в рекомендуемых дозах относят отсутствие негативного влияния на когнитивные функции (быстроту реакции и кратковременную память) и координацию движений.

Кроме того, в ряде испытаний подтверждено, что использование валерианы и зверобоя в комбинации гораздо более эффективно, нежели применение каждого компонента в виде монотерапии (это как многогранное звучание оркестра и игра отдельного музыкального инструмента).

Доказано, что прием комбинации валерианы и зверобоя обеспечивает более выраженный седативный, противотревожный (D. Muller et al., 2003) и спазмолитический эффекты, стабилизирует эмоциональный фон, повышает жизненный тонус.

Терапию **СЕДАРИСТОНОМ** капсулы следует рекомендовать взрослым и детям старше 12 лет, когда необходимо:

- устранить нервное напряжение и негативные последствия перенесенных стрессовых ситуаций;
- вернуть спокойствие;
- свести к минимуму проявления вегетативной дисфункции у подростков; и в то же время:
- стабилизировать эмоциональное состояние и улучшить настроение;
- восполнить запас бодрости и активности;
- сохранить и усилить способность продуктивно работать и учиться.

Формула достижения гармонии посредством применения препарата **СЕДАРИСТОН** капсулы: 4 р/сут × 1 капсуле или 2 р/сут × 2 капсулы курсом 10-14 дней и больше. Эффект от приема препарата **СЕДАРИСТОН** капсулы развивается достаточно быстро и достигает своего максимума на 10-14-й день приема.

Немаловажная деталь: **СЕДАРИСТОН** капсулы имеет доступную стоимость, что позволяет тем, кто его принимает, пройти полноценный и результативный курс лечения.

Сохранять сердце горячим, а рассудок холодным – одно из общеизвестных правил успеха. «Настоящая женщина не волнуется, а волнуется», – утверждала и кинодива XX века Марлен Дитрих, которую за выдержку и умение контролировать эмоции, ярко проявившиеся во времена Второй мировой войны, называли Стальной Орхидеей и Ледяной Frau.

Если же самообладание порой подводит, а традиционные релакс-методы (танцы, йога, творчество, спорт) не помогают, следует прибегнуть к качественным и безопасным фармакотерапевтическим средствам.

Медики и фармацевты советуют: Keep Calm and Carry On с помощью немецкого растительного препарата СЕДАРИСТОН капсулы от компании esparma.

Подготовила
Ольга Радзич

ДРАТІВЛИВІСТЬ?

ВРІВНОВАЖЕНІСТЬ?

Наш вибір — спокій та самовладання

- ✓ Заспокійлива дія валеріани
- ✓ Тонізуючий ефект звіробію

Седаристон

esparma
www.esparma.com.ua

Лечение кардиальных проявлений вегетативной дисфункции (синдром солдатовского сердца)

Впервые преходящие расстройства сердечно-сосудистой системы у больных, названные «раздраженным сердцем», были описаны в XIX веке. В 1871 г. американский врач Дж. Да Коста (J. Da Costa, 1833-1900), принимавший участие в Гражданской войне в США, использовал термин «гипервентиляционный синдром» (ГВС), подчеркивая связь патологических симптомов с физической нагрузкой, отсюда еще один термин – «синдром усилия». Дж. Да Коста обратил внимание на появление у солдат симптомокомплекса в виде болей в области сердца, вялости, слабости.



В 1919 г. Т. Льюис (T. Lewis, 1881-1945) в монографии описал схожие симптомы, связанные со слабостью и кардиоваскулярной дисфункцией, как «солдатское сердце», или «синдром усилия» [1]. Т. Льюис разработал корректирующие упражнения, позволившие многим солдатам, которые страдали от данного расстройства, вернуться в строй. Его работы получили высокую оценку: в 1920 г. он стал командором ордена Британской империи, а в 1921 г. был посвящен в рыцари.

В последующем синдром солдатского сердца имел множество названий, что создало определенную путаницу в понимании сущности данного патологического феномена: «беспорядочная деятельность сердца», «военная усталость», «снарядный шок», «нервное сердце», «соматическая пси-

хогенная кардиоваскулярная (астеническая) реакция», «вазомоторный невроз», «невротический сердечно-сосудистый синдром», «нейроциркуляторная астенция», «вегетативная дисфункция», «вегетативно-эндокринная кардиопатия», «миокардиодистрофия».

Г.Ф. Ланг в 1950 г. предложил термин «нейроциркуляторная дистония», представлявший последнюю как синдром дисрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы, ассоциирующихся с опасностью развития гипертонической болезни.

В 1980-1990 гг. было показано, что ГВС входит в структуру психовегетативного синдрома [2]. Основным этиологическим фактором являются тревожные, тревожно-депрессивные (реже истерические) расстройства.

Понятие «вегетативная дисфункция» (или «соматоформная вегетативная дисфункция») используется в наше время для обозначения надсегментарных нарушений вегетативной регуляции внутренних органов, в т. ч. сердца и сосудов.

Расстройства отмечаются у пациентов на фоне существенных перемен в жизни, связанных с эмоциональным и физическим напряжением. Синдром солдатского сердца выявляется чаще в период начала военной службы, когда военнотрудовой попадает в новые, необычные условия жизни, связанные с повышенными психоэмоциональными нагрузками. Именно психические расстройства дезорганизуют нормальное дыхание и приводят к гипервентиляции, метаболическим нарушениям.

Считается, что гипервентиляция, которая является адаптивной реакцией на стресс, а также на некоторые физиологические условия (высоту, повышение температуры окружающей среды), вследствие аномально низкого уровня углекислого газа в крови приводит к сдвигу рН в щелочную сторону. В результате изменяется активность ферментов и витаминов. Для сохранения постоянства концентрации CO_2 в легких в процессе эволюции выработаны следующие механизмы защиты: спазм бронхов и сосудов; увеличение продукции холестерина в печени (уплотнение клеточных мембран в легких и сосудах); снижение артериального давления, уменьшающее выведение CO_2 из организма. В результате спазма бронхов и сосудов уменьшается приток кислорода к клеткам мозга, сердца, почек и других органов. Уменьшение содержания CO_2 в крови повышает связь кислорода и гемоглобина и затрудняет поступление кислорода в клетки (эффект Веригора). Гипоксия, в свою очередь, может привести к потере сознания и дальнейшим нарушениям метаболизма в тканях.

Одышка беспокоит, как правило, в покое, а не при физической нагрузке и может быть единственным клиническим проявлением, но чаще сочетается с другими симптомами. Среди респираторных проявлений могут отмечаться частые вздохи, зевота, сухой кашель. Больные также часто жалуются на нарушения сна, головную боль, беспричинную слабость, быструю утомляемость, головокружения, потливость, сердцебиение, парестезии, обмороки; может иметь место длительный субфебрилитет.

Синдром солдатского сердца практически всегда сочетается с торакальной болью. Это могут механические (вследствие аэрофагии и/или вздутия легких), мышечные боли (на фоне повышенного тонуса скелетной мускулатуры), а также боли, связанные с повышением симпатического тонуса и ощущением сердцебиения, катехоламиновой миопатией в связи с гипоксией левого желудочка и вследствие сужения коронарных сосудов [3].

Кроме того, пациентов могут беспокоить нарушения сердечного ритма (экстрасистолия, тахикардия, брадикардия). Возникают изменения реполяризации, в т. ч. удлинение скорректированного интервала QT, аномалии зубца T на ЭКГ [4]. Могут отмечаться боль в области эпигастрия, сухость во рту. При обследовании выявляются повышенная тревожность, беспокойство или депрессия.

Острый приступ гипервентиляции может длиться часами, но обычная продолжительность составляет 20-30 мин.

Выделяют четыре типа дыхательных расстройств. При первом типе («пустое дыхание») отмечаются неудовлетворенность вдохом и ощущение нехватки воздуха, что приводит к глубоким вздохам. Больным постоянно недостает воздуха, они открывают форточки, окна. Дыхательные расстройства усиливаются в агорафобических (метро) или социофобических (экзамен, публичное выступление) ситуациях. Дыхание у таких пациентов частое и/или глубокое.

При втором типе, нарушении автоматизма дыхания, у больных появляется ощущение остановки дыхания, поэтому они непрерывно следят за актом дыхания и включают в его регуляцию. Третий тип – синдром затрудненного дыхания (атипичная астма) – отличается от первого варианта тем, что дыхание ощущается пациентами как трудное, совершается с большим напряжением. Пациенты жалуются на ощущение кома в горле, непрохождение воздуха в легкие, зажатость дыхания. Объективно отмечаются усиленное дыхание, неправильный ритм. В акте дыхания используются дыхательные мышцы. Вид больного напряженный, беспокойный. Исследование легких патологии не выявляет.

Четвертый тип – гипервентиляционные эквиваленты, периодически наблюдаются вздохи, кашель, зевота, сопение. Указанные проявления выступают достаточными условиями для поддержания длительной гипокапнии и алкалоза в крови. Такие парадоксальные формы ГВС, при которых усиленного дыхания в привычном представлении нет («гипервентиляция без гипервентиляции»), являются наиболее частыми.

Значительной степени дыхательные нарушения достигают во время панической атаки. При этом обычно отмечаются потеря автоматизма дыхания и затрудненное дыхание. У пациента возникает страх задохнуться и другие характерные для панической атаки симптомы. Для установления диагноза панической атаки необходимо наблюдать как минимум 4 из следующих симптомов: сердцебиение, потливость, озноб, одышка, удушье, боль и дискомфорт в левой половине грудной клетки, тошнота, головокружение, ощущение дереализации, страх сойти с ума, страх смерти, парестезии, волны жара и холода.

Лечение должно быть комплексным и направленным на коррекцию психических нарушений, включая обучение правильному дыханию, устранение дисбаланса минералов и витаминов. Патогенетическая терапия заключается в нормализации нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга, гипоталамуса и внутренних органов.

Прием трав валерианы, пустырника в течение 3-4 нед оказывает седативный эффект; транквилизаторы (диазепам, феназепам) устраняют чувство тревоги, страха, эмоциональной и психической напряженности (длительность терапии – 2-3 нед); антидепрессанты (амитриптилин, азафен, тианептин) уменьшают чувство тревоги и депрессии; ноотропы (пирацетам, ноофен) улучшают энергетические процессы в мозге; бета-адреноблокаторы снижают повышенную активность симпатoadренальной системы.

При астенизации и ортостатических нарушениях показан прием адаптогенов, оказывающих тонизирующее действие на ЦНС и организм в целом, метаболические процессы и иммунную систему: женьшень – 20 капель 3 р/день, элеутерококк – 20 капель 3 р/день, лимонник – 25 капель 3 р/день, заманиха, аралия, пантокрин – 30 капель 3 р/день. Рекомендованная длительность курса лечения – 3-4 нед, показаны 4-5 курсов в год, особенно осенью, весной и после эпидемии гриппа.

При кардиалгическом синдроме из психотропных средств наиболее эффективно применение афобазола или тиоридазина. Вспомогательное значение имеют классические седативные средства, особенно валериановый чай, корвалол. Хорошо успокаивает боль сублингвальное употребление валидола, содержащего ментол.

В случае присоединения вегетативных кризов следует добавить пропранолол 20-40 мг 2-3 р/день. Для купирования самого криза используют диазепам 2-4 мл 0,5% раствора или дроперидол 1-2 мл 0,5% раствора внутривенно.

При тахикардическом синдроме назначаются препараты средней (6-8 ч) продолжительности действия (пропранолол или метопролол). Может быть рекомендован атенолол (действие до 24 ч). Длительность курса лечения – 1-2 мес, возможна поддерживающая терапия.

При брадикардической форме используются периферические М-холинимиетики (атропин, препараты красавки). Стартовая доза атропина составляет 5-10 капель 3-4 р/день. Если результат не достигнут, ее следует увеличить.

Доза настойки белладонны такая же. Используются таблетки с сухим экстрактом белладонны.

При **нейрогенной брадикардии** благотворно действуют тонизирующая бальнеотерапия: прохладные (22-30 °С) хвойные или соляные ванны, радоновые ванны с низкой концентрацией радона, углекислые и жемчужные ванны, веерный и, особенно, циркулярный холодный душ. Всем больным показана лечебная физкультура – от утренней гимнастики до бега, плавания и спортивных игр.

При **аритмическом синдроме** пациентам с функциональными заболеваниями показаны афобазол, оксазепам, которые могут помочь и без противоаритмических препаратов. Плохая субъективная переносимость экстрасистолии при симпатоадреналовом преобладании требует назначения бета-адреноблокаторов.

При **вагусных наджелудочковых экстрасистолах**, особенно на фоне редкого ритма, на первом этапе целесообразно использовать средства антихолинэргического действия: атропин, препараты красавки. При наджелудочковой форме экстрасистолии можно назначить верапамил, при желудочковой форме – этmozин, этазинин, а также амиодарон.

Лечение **наджелудочковой пароксизмальной тахикардии** предполагает купирование приступа и противорецидивную терапию. Экстракардиальный генез более всего свойственен тахикардии из атриовентрикулярного соединения. Купирование приступа следует начать с приемов рефлекторной стимуляции вагуса (массаж каротидных синусов, проба Вальсальвы). Лучшими препаратами в этом случае являются верапамил и АТФ. АТФ вводится внутривенно струйно 1-2 мл 1% раствора быстро, эффект наступает через 1-2 мин. Верапамил вводится внутривенно струйно 5-10 мг (2-4 мл 0,25% раствора) медленно (30-40 с) без дополнительного разведения.

Применение антидепрессантов должно быть дифференцированным. В случае тревожной, агитированной депрессии показан амитриптилин по 50-75 мг/сут; при астенических формах депрессии – имипрамин по 50-100 мг/сут [5]. При выраженных ипохондрических явлениях назначают тиоридазин по 30-50 мг/сут. При нетяжелой депрессии можно применить азафен в дозе 0,075-0,125 г/сут. Из более современных препаратов надо отметить циталопрам, пароксетин. Дозы антидепрессантов следует титровать, начиная с малых (1/2 таблетки на прием) и постепенно повышая до оптимальных. Лечение продолжается около 4-6 нед. По мере уменьшения выраженности проявлений депрессии дозы антидепрессанта снижаются.

Эффективным методом купирования гипервентиляционного криза и других симптомов, связанных с нарушением дыхания, является дыхание в бумажный или целлофановый пакет. При этом пациент дышит собственным выдыхаемым воздухом с повышенным содержанием углекислого газа, что приводит к уменьшению дыхательного алкалоза и перечисленных симптомов.

Высокоэффективно психотерапевтическое лечение с использованием биологической обратной связи. Рекомендуются аутогенная тренировка и дыхательно-релаксационный тренинг.

Устранение триггерных факторов часто не влияет на выраженность гипервентиляции. Гипокапнические нарушения газообмена сохраняются, формируется порочный круг ГВС, который продолжает циркулировать автономно, причем симптомы могут персистировать достаточно долго. В подобных обстоятельствах назначают дыхательную гимнастику с регуляцией глубины и частоты дыхания. Для правильного ее проведения необходимо соблюдать несколько принципов. Во-первых, следует перейти на диафрагмальное брюшное дыхание, во время которого включается тормозной рефлекс Геринга-Брейера, обуславливающий снижение активности ретикулярной формации ствола мозга и в результате мышечную и психическую релаксацию. Во-вторых, нужно выдержать определенное соотношение между вдохом и выдохом: вдох в 2 раза короче выдоха. В-третьих, дыхание должно быть редким. В-четвертых, дыхательную гимнастику следует проводить на фоне психической релаксации и положительных эмоций. Вначале дыхательные упражнения продолжают несколько минут, в последующем их длительность увеличивают, формируя новый психофизиологический паттерн дыхания.

Необходимо исключить чрезмерные физические нагрузки, но постепенно повышать физическую активность.

В качестве средств, снижающих нервно-мышечную возбудимость, назначают препараты, регулирующие минеральный обмен (препараты витамина D, кальция, магния). При слабости парасимпатического отдела применяют препараты калия, при снижении тонуса симпатического звена – препараты кальция. Препараты магния способствуют выраженному снижению возбудимости нервной ткани и, как следствие, улучшению регуляции функций внутренних органов.

Широко применяются витаминные препараты, прежде всего витамины группы B, а также витамины с антиоксидантным действием, особенно A и E. Длительность курса витаминотерапии составляет 2-4 нед, а при склонности к пароксизмальным состояниям или на фоне стрессовых ситуаций – до 8-12 нед и более.

Литература

1. The soldier's heart and the effort syndrome ([1918]). Режим доступа: <https://archive.org/details/soldiershearteff00lewiuoft>
2. Вейн А.М., Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция. – Кишинев: Штинца, 1988. – 185 с.
3. Freeman L.J., Nixon P.G.F. Chest pain and the hyperventilation syndrome – some aetiological considerations. Postgraduate Medical Journal 1985; 61: 957-961.
4. Kannivelu A., Kudumula V., Bhole V. Effect of hyperventilation on rate corrected QT interval of children. Arch Dis Child. 2013 Feb; 98 (2): 103-106.
5. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Орлов О.В. Нейроциркуляторная дистония: актуальные вопросы диагностики и лечения. Лечащий врач, 2008. – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2008/05/5153724>.

ЛЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНО

Такой простой укол

Наиболее частой медицинской процедурой была и остается инъекция. И можно спорить сколько угодно, однако в 99% случаев ее делают неправильно. Поговорим, например, о выборе шприца.



Правило № 1. При любой процедуре следует ориентироваться на размер игл. Так, если нужно ввести внутримышечно 2 мл раствора, помните, что основная масса «двушек» предназначена для подкожных инъекций, поскольку игла у таких шприцов короткая и тонкая.

Следовательно:

20 мм – для инъекций под кожу;

30 мм – для укола в ягодицу;

40 мм – для «габаритных» пациентов с избыточной массой тела. (Вспоминаем соответствующий кадр из кинофильма «Операция «B» и другие приключения Шурика».)



Правило № 2. Один шприц – две иглы. При покупке игл ориентируемся на формулу 1x2, поскольку правила асептики и антисептики гласят: после набора раствора для инъекции иглу нужно менять, а укол – делать другой, новой. Кроме того, если лекарство берется из флакона, а не из ампулы, приходится прокалывать плотную резиновую крышку. Это приводит к деформации иглы, и она теряет свою идеальную остроту.



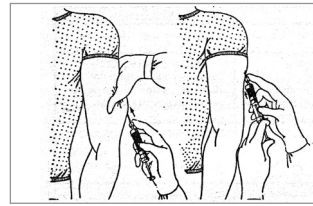
Правило № 3. Шприцы лучше выбирать с резиновой прокладкой на поршне. Они имеют более ровный и мягкий ход. К тому же инъекции с их использованием менее болезненны.



Правило № 4. Используем правило квадрантов. Оно «работает» для внутримышечной инъекции. Мысленно разбиваем ягодицу перпендикулярными линиями на 4 равные части и делаем укол в наружный квадрант (лучше в верхний).

Ни при каких обстоятельствах не колем во внутренние четверти, поскольку там проходят крупные сосудисто-нервные пучки, которые можно повредить.

Также следует помнить, что игла должна входить строго перпендикулярно поверхности кожи, только в этом случае возможно максимальное глубокое проникновение.



Правило № 5. Подставив треть плеча. Верхнюю треть плеча или область под лопаткой обычно выбирают для подкожных инъекций. Если уколов нужно сделать несколько, чередуются правая и левая стороны. Игла вводится под кожу под углом 30-45°: лекарство не должно попасть глубоко.

И конечно, если есть возможность, пригласите для выполнения инъекций квалифицированного медика!



Подготовила
Елена Николаева

Аллергические заболевания: что нужно знать?

Аллергия – одна из насущных проблем человечества, от которой страдают сотни миллионов людей.

На сегодняшний день распространность заболеваний, в основе которых лежат аллергические реакции, приобрела колоссальные масштабы во всем мире. По данным Всемирной организации по аллергии (World Allergy Organization – WAO), аллергические заболевания (АЗ) регистрируются у 30-40% населения земного шара. Что касается Украины, то, по данным исследований, в различных регионах нашей страны ими страдают приблизительно 25% жителей.

Об АЗ было известно еще в Древнем Риме, где был описан случай так называемой розовой лихорадки (лихорадки от лепестков роз). В работах Гиппократа также имеются сведения о заболеваниях аллергического характера. Аллергией страдал Наполеон I Бонапарт. Существует предположение, что французы проиграли войну из-за того, что у императора случился приступ поллиноза как раз во время решающего сражения при Ватерлоо, в связи с чем ему стало тогда совсем не до боя. Вот такая коварная штука аллергия...

Официально понятие аллергии ввел австрийский педиатр Клеменс Пирке в 1906 г. Сегодня под термином «аллергия» (от греч. alios – иной, ergon – действующий) понимают состояние патологически повышенной (измененной) чувствительности иммунной системы организма к какому-либо веществу, как правило, белковой или гликопептидной природы (аллергену).

Наиболее распространенными являются следующие виды аллергенов:

- **пыльцевые** – пыльца злаков (ржа, пшеница, овес); трав (амброзия, полынь, подорожник, крапива и пр.); деревьев (береза, ольха, дуб, тополь, ясень и пр.);
- **пищевые** – молоко, яйца, рыба, мясо, морепродукты, мед, цитрусовые, шоколад, орехи, кофе и какао;
- **бытовые** – домашняя пыль (пылевой клещ), перья, корм для рыбок и др.;
- **инсектные** – вещества, содержащиеся в слюне, яде и теле жалящих или кусающих насекомых;
- **эпидермальные** – волосы, перхоть и шерсть животных или человека;
- **химические** – лаки, красители, полимеры, соли платины, ртуть;
- **лекарственные** – любое медикаментозное средство может быть аллергеном для определенного организма;
- **инфекционные** – вирусные, бактериальные, гельминтные и грибковые аллергены.

Каждый из нас ежедневно сталкивается с некоторыми из аллергенов, упомянутых выше. Однако одни люди спокойно и дружелюбно переносят такие «встречи», а у других возникают ринит, конъюнктивит, крапивница, дерматит, а иногда и анафилактический шок – заболевания, в основе которых лежит аллергическая реакция немедленного типа (самый распространенный тип аллергической реакции). Почему же иммунная система некоторых людей чрезвычайно бурно реагирует на влияние таких веществ? В настоящее время есть достаточно доказательств тому, что АЗ принадлежат к группе мультифакторных, возникновение которых связано с влиянием следующих причин.

- Атопия (генетическая предрасположенность к чрезмерной выработке специфических для аллергии антител – иммуноглобулинов Е (IgE) – в ответ на внедрение низких доз аллергена). Как свидетельствуют данные многочисленных исследований, при наличии аллергии у одного из родителей вероятность ее возникновения у ребенка может достигать 50%, у обоих родителей – возрастать до 70%.
- Неблагоприятная экология. Выхлопные газы, табачный дым за счет содержания в них таких поллютантов, как NO₂, SO₂ или NO, усиливают продукцию IgE иммунной системой.
- Избыток аллергенов в окружающей среде и их длительное воздействие на организм. Этим объясняется высокая частота профессиональных АЗ у пекарей, парикмахеров, маляров, рабочих и т. д.
- Сбои в работе внутренних органов и систем приводят к нарушениям в работе иммунной системы и развитию аллергии.

Резюмируя все вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что аллергия развивается преимущественно у лиц с наследственной предрасположенностью к ней (атопией), однако также может возникнуть практически у любого человека под влиянием определенных факторов, нарушающих нормальное функционирование иммунной системы, либо при избытке аллергенов в окружающей среде.

Итак, в чем же заключается повышенная чувствительность иммунной системы человека к аллергенам? Каков механизм развития аллергических реакций немедленного типа?

Иммунная система любого человека реагирует в ответ на аллергены небольшим увеличением количества IgE в крови, что является защитной реакцией и сопровождается уничтожением и удалением из организма чужеродного агента.

Пусковым механизмом при гиперчувствительности немедленного типа является именно **чрезмерная выработка IgE** в ответ на проникновение аллергена в организм (под влиянием факторов, описанных выше). Постепенно IgE накапливаются в организме, возникает сенсибилизация организма (от лат. sensibilis – чувствительный) к данному аллергену. При повторном контакте с данным аллергеном в организме образуются комплексы «антиген-антитело», которые присоединяются к мембранам тучных клеток, вызывая тем самым их дегрануляцию (разрушение клеточной оболочки). При этом высвобождается множество биологически активных веществ, в т. ч. гистамин – важнейший медиатор аллергии, который посредством специфических (H₁-гистаминовых) рецепторов, расположенных преимущественно в клетках гладкой мышечной ткани, крупных кровеносных сосудах и центральной нервной системе, осуществляет патологическое воздействие на организм и запускает воспалительный каскад.

Краткая характеристика наиболее распространенных АЗ, в основе которых лежит аллергическая реакция немедленного типа, представлена в таблице 1.

Что касается терапии, полностью вылечить генетически зависимые АЗ на сегодняшний день не представляется возможным. Однако значительно облегчить течение заболевания и повысить качество жизни пациента вполне реально, соблюдая следующие принципы.

Таблица 1. Краткая характеристика наиболее распространенных АЗ

АЗ	Аллергены, наиболее часто вызывающие данное заболевание	Основные клинические проявления
Крапивница		Характерные пузырьки на коже с эритемой (сильным покраснением), которые напоминают следы от ожога крапивой или укуса комара. Зуд, иногда боль в месте поражения
Ангионевротический отек (отек Квинке, гигантская крапивница)	Лекарственные средства, пищевые продукты, бактерии, укусы насекомых	Чаще асимметричный отек с характерной локализацией на лице, который также может распространяться на волосистую часть головы, ротовую полость (язык), глотку, половые органы, кисти, стопы. Кожа в месте отека бледно-розовая; редко сопровождается зудом, чаще жжением или болезненностью
Поллиноз (сенная лихорадка, сезонный аллергический риноконъюнктивит)	Пыльца	Симптомы поллиноза появляются практически в одно и то же время каждый год – насморк, покраснение глаз (конъюнктивит), высыпания, усталость, раздражительность, першение в горле, кашель, иногда приступы удушья
Аллергический ринит	Пыльца, пыль, споры грибов	Аллергическая реакция на слизистой оболочке носа. Слизистые выделения из носа часто сопровождаются зудом, чиханием, ощущением заложенности носа. Стекание слизи по задней стенке глотки вызывает сухой кашель и хрипоту
Аллергический конъюнктивит	Пыльца, пыль, шерсть, пух, пищевые аллергены, лекарственные препараты, косметические средства	Гиперемия, отек конъюнктивы, слезотечение, иногда светобоязнь. Характерен выраженный зуд глаз
Атопический дерматит	Пищевые аллергены, пыльца, клещевой, грибковый аллергены	Сухость и зуд кожи, которые могут сопровождаться отеком и покраснением, появлением красных пятен с нечеткими контурами, бляшек, гнойничков. Возможная локализация – лицо, сгибательные поверхности, передние и боковые поверхности шеи, лоб, виски, запястья, тыльная поверхность кистей и стоп

• **Следует избегать контакта с потенциальными аллергенами и проводить их элиминацию.**

Так, при пищевой аллергии элиминация заключается в назначении диеты, направленной на исключение алергизирующего вещества.

Пациентам, страдающим лекарственной аллергией, противопоказано применение медикаментозных средств, к которым имеется сенсибилизация, а также препаратов с аналогичной химической структурой.

Когда причиной аллергии является пыль, следует прибегать к кондиционированию, избавляться от мягкой мебели, шерстяных ковров и т. п.

Людям, имеющим повышенную чувствительность к эпидермальным аллергенам, не рекомендуется заводить домашних животных, птиц.

При пыльцевой сенсибилизации иногда бывает достаточно устранить растения, находящиеся рядом с окнами спальни больного. Однако при сенсибилизации к пыльце ветроопыляемых растений этого недостаточно.

В некоторых случаях прекращение контакта с аллергеном требует смены профессии.

• **Необходимо осуществлять рациональный подход к выбору антигистаминного препарата.**

Среди лекарственных средств, применяемых при АЗ, особое место занимают антигистаминные препараты. Механизм их действия обусловлен тем, что эти средства, обладая структурой, сходной с гистамином, конкурируют с ним и обратимо блокируют H₁-рецепторы, в результате чего высвободившийся гистамин лишен возможности связываться с достаточным количеством рецепторов и реализовать присущие ему эффекты.

На сегодняшний день выделяют 3 поколения антигистаминных препаратов, которые отличаются фармакодинамическими и фармакокинетическими характеристиками, а также профилем безопасности.

Антигистаминные препараты I поколения

Еще в 1936 г. итальянский физиолог и фармаколог Даниэль Бове выделил вещества, обладающие антигистаминной активностью. Он выдвинул предположение о том, что антигистаминные средства могут быть выявлены среди веществ, сходных по структуре с гистамином, которое в последующем оправдалось.

К антигистаминным препаратам I поколения относятся диметинден, клемастин, хлоропирамин, хифенадин, сехифенадин, диметинден, меггидролин и др. Большинство из них обладают невысокой степенью аффинности (сродства) к H₁-рецепторам, блокируя и другие (серотониновые, мускариновые) рецепторы, что может сопровождаться такими нежелательными эффектами, как повышение частоты сердечных сокращений, мидриаз, снижение секреции желез, сократительной способности мышц, повышение аппетита и др.

Имея липофильную структуру, антигистаминные препараты I поколения способны в той или иной степени проникать через гематоэнцефалический барьер и блокировать как H₁-гистаминовые, так и ацетилхолиновые рецепторы головного мозга, тем самым проявляя седативное действие.

Что касается фармакокинетических свойств антигистаминных препаратов I поколения, то для них характерно быстрое начало действия (15-60 мин), фармакологический эффект продолжается недолго (в среднем 3 ч), а при длительном приеме (>10 дней) развивается феномен тахифилаксии (привыкания).

Сравнительная характеристика ряда антигистаминных препаратов I поколения представлена в таблице 2.

МНН	Начало действия	Частота приемов (в сутки)	Связь с приемом пищи	Возможность применения у детей	Выраженность седативного действия	М-холинолитическое действие
Клемастин	2 ч	2 раза	Перед едой	С 1 года (сироп), с 6 лет (таблетки)	+	+
Хлоропирамин	15-30 мин	2-4 раза	Во время еды	С 3 лет	++	+
Хифенадин	30 мин	2-4 раза	После еды	С 3 лет	±	±
Сехифенадин	30 мин	2-3 раза	После еды	Не рекомендуется		
Мегбидролин	15-30 мин	1-3 раза	После еды	С 2 лет (оральная суспензия), с 5 лет (таблетки)	+	+
Диметинден	40 мин	3 раза	Во время еды	С 1 мес	++	+

Антигистаминные препараты I поколения ввиду их быстрого действия используются преимущественно при острых аллергических состояниях, когда необходимо получить максимально быстрый фармакологический эффект (отек Квинке, анафилактический шок, сывороточная болезнь, лекарственная аллергия, острые аллергические реакции на пищевые продукты).

Также данные средства рекомендованы при АЗ, сопровождающихся интенсивным (особенно ночным) зудом. При приеме на ночь они способны быстро купировать зуд и способствуют нормализации сна.

Золотым стандартом в терапии острой аллергии является хлоропирамин (Супрастин). Также клинические исследования показали высокую эффективность препарата в купировании зуда и уменьшении кожных высыпаний при atopическом дерматите у детей.

В связи с выраженным седативным действием большинство антигистаминных препаратов I поколения имеют некоторые ограничения применения у лиц, деятельность которых требует быстрой реакции, координации движений и повышенного внимания (учеников, водителей транспортных средств, операторов и т. д.). Данные препараты противопоказано сочетать с приемом алкоголя и антидепрессантов во избежание потенцирования седации.

Антигистаминные препараты I поколения (за исключением хифенадина, сехифенадина) следует применять с осторожностью для лечения поллиноза в связи с риском пересушивания слизистых оболочек, увеличения вязкости секрета, что может способствовать развитию синусита. Также они противопоказаны при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения, воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, гиперплазии предстательной железы, закрытоугольной глаукоме, эпилепсии, нарушениях сердечного ритма.

Подытожив информацию об антигистаминных препаратах I поколения, можно заключить, что эти средства являются достаточно хорошо изученными ввиду их длительного опыта применения. На сегодняшний день антигистаминные средства I поколения остаются препаратами выбора при острых АЗ, требующих максимально быстрого наступления фармакологического эффекта, а также при аллергопатологиях, сопровождающихся интенсивным зудом. Однако их прием связан с рядом прогнозируемых побочных эффектов, обусловленных фармакодинамическими особенностями (седативными, холинолитическими), и противопоказаний. Весомым недостатком терапии считается необходимость частого приема препаратов, что доставляет определенные неудобства пациентам и затрудняет длительное лечение.

Антигистаминные препараты II поколения

Первый представитель антигистаминных препаратов II поколения был разработан в 1981 г.

В настоящее время они представлены акривастином, лоратадином, эбастин и др.

Данные препараты обладают более высокой селективностью по сравнению с их предшественниками и практически не взаимодействуют с серотониновыми и ацетилхолиновыми рецепторами (за исключением акривастина). По противоаллергической активности сопоставимы с антигистаминными препаратами I поколения. Благодаря структурным особенностям они практически не проникают через гематоэнцефалический барьер и не оказывают седативное действие. Сравнительная характеристика некоторых антигистаминных препаратов II поколения представлена в таблице 3.

МНН	Начало действия	Частота приемов (в сутки)	Связь с приемом пищи	Возможность применения у детей	Седативное действие	М-холинолитическое действие
Акривастин	30 мин	3 раза	Нет	С 12 лет	±	±
Эбастин	1 ч	1 раз	Нет	С 2 лет	-	-
Лоратадин	30 мин	1 раз	Прием пищи незначительно увеличивает время всасывания, но не влияет на клинический эффект	С 2 лет	-	-

Отличительными фармакокинетическими особенностями антигистаминных препаратов II поколения являются:

- продолжительное действие (до 24 ч), благодаря чему их применяют 1 р/сут;

- возможность применять препарат независимо от приема пищи (это не влияет на всасываемость);

- отсутствие тахифилаксии (привыкания).

Важно отметить, что некоторые препараты (в частности, эбастин) при нарушении его метаболизма ферментами печени, чрезмерном употреблении алкоголя при лечении или взаимодействии с противогрибковыми средствами и макролидами могут проявлять кардиотоксическое действие (вызывать тахикардию).

В связи с отсутствием седативного и холинолитического эффектов антигистаминные препараты II поколения можно применять длительными курсами для терапии таких состояний, как аллергический ринит, atopический дерматит, крапивница.

У детей с 2 лет и у взрослых широко используется лоратадин (Кларитин) – препарат, имеющий высокую эффективность и безопасность; при его сочетанном применении с противогрибковыми средствами и макролидами риск развития кардиотоксических эффектов минимален.

По сравнению с представителями I поколения антигистаминные препараты II поколения не менее эффективны, однако обладают более благоприятным профилем безопасности (отсутствие ряда побочных эффектов, в частности седативного, холинолитического, антисеротонинового, и привыкания). Также они более удобны в применении и могут использоваться достаточно длительно, в связи с чем круг показаний к применению у них значительно шире.

Антигистаминные препараты III поколения

Препараты III поколения еще называют активными метаболитами (при попадании в организм не подвергаются трансформации ферментами печени). В этом заключается их главное отличие от предшественников.

Представители этого поколения отличаются максимально высокой селективностью (взаимодействуют только с H₁-рецепторами), характеризуются отсутствием седативного эффекта (не проникают через гематоэнцефалический барьер) и кардиотоксического действия. Кроме того, большинство антигистаминных препаратов III поколения обладают значимыми дополнительными противовоспалительными и противовоспалительными эффектами: подавляют IgE-зависимое высвобождение гистамина, уменьшают продукцию противовоспалительных цитокинов, хемокинов, миграцию эозинофилов.

К данному поколению относятся левоцетиризин, фексофенадин, дезлоратадин и др.

Сравнительная характеристика некоторых антигистаминных препаратов III поколения представлена в таблице 4.

МНН	Начало действия	Частота приемов (в сутки)	Связь с приемом пищи	Возможность применения у детей	Седативное действие	М-холинолитическое действие
Левоцетиризин	12-30 мин	1-2 раза	Нет	С 6 мес (капли), с 6 лет (таблетки)	-	-
Фексофенадин	1 ч	1 раз	Рекомендуется принимать перед едой	С 12 лет	±	-
Дезлоратадин	30 мин	1 раз	Нет	С 6 мес (сироп), с 12 лет (таблетки)	-	-

Ввиду того, что антигистаминные препараты III поколения не метаболизируются системой цитохрома P450, их антигистаминная активность может быть в 2-4 раза выше по сравнению с исходным соединением. Эти препараты даже при длительном (до 18 мес) применении не вызывают толерантности, а также совместимы с антибактериальными, противогрибковыми и другими препаратами, практически не имеют противопоказаний к применению.

Назначение антигистаминных препаратов III поколения целесообразно при проведении длительной терапии АЗ, таких как персистирующий аллергический ринит, сезонный аллергический ринит или риноконъюнктивит с продолжительностью сезонных обострений более 2 нед, хроническая крапивница. При практическом применении – как при лечении взрослых, так и в педиатрической практике – хорошо зарекомендовал себя левоцетиризин (Алерзин). Возможен его прием у детей с 6 мес. Согласно результатам клинических исследований, применение левоцетиризина (Алерзина) в терапии круглогодичного аллергического ринита способствует достижению ремиссии, значительно улучшает качество жизни, а также нормализует показатели маркеров аллергического процесса – IgE.

Антигистаминные препараты III поколения обладают максимальной антигистаминной активностью и при этом лишены всех побочных эффектов и противопоказаний, присущих препаратам предыдущих поколений. При необходимости их можно применять максимально долго (18 мес), при этом соотношение «польза/риск» сохраняется оптимальным, в связи с чем они являются препаратами выбора при АЗ, требующих длительной терапии.

Следует подчеркнуть, что АЗ на сегодняшний день являются достаточно распространенными мультифакториальными патологиями. Большинство лиц, страдающих аллергией, имеют генетическую предрасположенность.

На современном этапе фармакологией и генной инженерией производятся попытки разработать способ и средство для лечения аллергии на генном уровне, однако цель пока не достигнута. Значительно улучшить качество жизни пациентов с АЗ, достичь полной и долгосрочной ремиссии, а также предотвратить появление аллергических реакций позволяют соблюдение рекомендаций по элиминации аллергенов и рациональный выбор антигистаминного средства с учетом клинической формы патологии.

Подготовила
Лина Обвинко

ФАРМБЕЗОПАСНОСТЬ

Н.А. Горчакова, д.м.н., профессор, кафедра фармакологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

«Не навреди» — основной принцип лечения от Гиппократа до современной доказательной медицины

Французский драматург Жан-Батист Мольер писал о том, что большинство людей умирают не от болезней, а от лекарств. Этот постулат актуален и в наши дни. Лекарственная безопасность — одно из наиболее важных условий оптимального ведения больных с соматической патологией.

Из всех способов терапии прием лекарственных средств (ЛС) используется чаще других, его доля в структуре видов медицинской помощи составляет 80-85%. Вместе с тем известно, что не существует препаратов, лишенных нежелательных эффектов. Первой книгой, в которой были обобщены современные сведения отечественной и зарубежной литературы, стало справочное пособие «Осложнения фармакотерапии». В пособии подчеркивается, что в результате выявления тонких биохимических, физико-химических изменений в организме при различных заболеваниях и благодаря развитию на этой основе молекулярной фармакологии, клинической биохимии появилась возможность проводить целенаправленную медикаментозную коррекцию патологического процесса. Выделены причины осложнений терапии, а именно: значительное увеличение количества синтетических препаратов, являющихся более эффективными, но чаще вызывающих побочные реакции, а также повсеместная химизация внешней среды, что приводит к выраженной сенсibilизации населения к медикаментам и продуктам химического синтеза, снижению адаптационных возможностей организма, не подготовленного к массивному «синтетическому окружению». Профессор И.С. Чекман, автор указанного справочника, подчеркивает, что при назначении лекарств необходимо обратить внимание на физико-химические свойства препарата и на организм больного, особенно на состояние желудочно-кишечного тракта, который играет ведущую роль в фармакокинетике ЛС. Вместе с тем важной фармакологической характеристикой ЛС представляется их взаимодействие с другими препаратами, пищей, которое может быть фармацевтическим, фармакологическим, фармакодинамическим и реализоваться по типу синергии и антагонизма. При этом возможно проявление как положительных, так и отрицательных свойств препарата, в связи с чем постулаты комбинированной терапии приобретают особую актуальность. Несомненное значение в фармакодинамике ЛС имеют их доза и концентрация, пути и длительность введения, а со стороны организма — пол, возраст, расовая принадлежность, физиологическое или патологическое состояние, генетические особенности. Не следует забывать также о влиянии условий внешней среды на реализацию фармакологического эффекта, пищи, хронофармакологию. Именно вследствие физико-химического взаимодействия проявлялась несовместимость ЛС. Классическим примером такой несовместимости является невозможность вводить в одном шприце витамины группы В₁, В₆, В₁₂, так как присутствующий в цианокобаламине ион кобальта разрушает тиамин и пиридоксин. В предложенной профессором И.С. Чекманом классификации осложнений фармакотерапии наиболее часто наблюдаемые побочные эффекты ЛС разделены на 4 группы:

- аллергические процессы немедленного и замедленного типа;
- токсические осложнения, обусловленные абсолютной или относительной передозировкой лекарств, особенностями фармакодинамики препаратов;

- нарушение иммунологических свойств организма (ослабление иммунных реакций, проявляющихся суперинфекцией, учащением рецидивов инфекционных заболеваний, дисбактериозом и др.);

- синдром отмены (наблюдающийся после введения кортикостероидов, инсулина, антикоагулянтов и других препаратов).

Указывается, что побочные реакции могут протекать остро и хронически и иметь легкую, среднюю и тяжелую форму. Именно эта классификация побочных эффектов представлена в современных учебниках по фармакологии.

Назначение и применение ЛС в Украине регулируется системой фарманадзора и должно осуществляться в соответствии с основными принципами профилактики побочного действия лекарств, изложенными в учебнике-справочнике «Побочное действие лекарств» под редакцией С.М. Дрогвоз.

Имеются другие классификации побочного действия лекарств, которые в хронологическом порядке отражены в руководстве по фарманадзору. Авторы предложенного в 1970-1978 гг. определения «лекарственная болезнь», академик А.Д. Адо и К.В. Бунин, обозначали этим термином группу нежелательных последствий лекарственной терапии. При этом были выделены острые (анафилактический шок, бронхиальная астма, острая гемолитическая анемия, отек Квинке и др.) и затяжные (сывороточная болезнь, лекарственные васкулиты, синдром Лайелла и др.) формы. По тяжести течения т. н. лекарственная болезнь могла протекать в виде легкой, средней тяжести и тяжелой формы. В 1950-1970-е гг. появились определения «побочное действие лекарств», «токсические эффекты ЛС», «индивидуальная непереносимость ЛС». Впоследствии старались вводить определения, которые отражали юридическую суть побочного действия ЛС, такие, например, как нежелательные эффекты, побочные реакции, побочное действие, серьезные побочные реакции, местные реакции, реакции взаимодействия, идиосинкразия. В 1966 г. П.И. Шамарин выделил прямые токсические явления (передозировка и др.), косвенные токсические явления (дисбактериоз, суперинфекции и др.), аллергические реакции, смешанное побочное действие веществ.

Профессор Н.А. Кудрин в 1968 г. предложил разделить лекарственные осложнения на истинно побочное действие ЛС, токсические эффекты ЛС, осложнения, связанные с внезапной отменой ЛС. В 1971 г. I. Slugg выделял следующие группы патологических реакций: легкие лекарственные реакции, не требующие специальной терапии; реакции средней степени выраженности, требующие специальной терапии; тяжелые реакции, угрожающие жизни больного. В том же году I. Goldiwan и соавт. классифицировали медикаментозные осложнения следующим образом: нарушения защитных механизмов (снижение сопротивляемости инфекциям, аллергические реакции, привыкание и толерантность, нарушение течения воспалительного и репаративного процессов); расстройства, связанные с клеточными нарушениями (холестатические и др.); недостаточность или нарушение баланса жизненно



важных органов; генетические расстройства и нарушения развития; медикаментозный канцерогенез, нарушения экологии микроорганизмов.

В 1972 г. Ю.К. Купчинская и соавт. предложили выделить следующие осложнения лекарственной терапии: аллергические реакции, токсико-метаболические осложнения, нейрогенные осложнения. М.Н. Дюкс (1980) для повседневной практики предложил классифицировать медикаментозные осложнения так: общие реакции организма, поражения органов и тканей, медикаментозный тератогенез и онкогенез, нарушения экологии микроорганизмов.

В клинической практике используют классификацию, разработанную на основе предложений O.L. Wade, L. Beeley, M.D. Rowlings, J.W. Thompson, R.J. Royer, которая впоследствии была утверждена в качестве клинической классификации ВОЗ. При этом нежелательные побочные реакции (НПР) разделялись на 4 типа: тип А — НПР, зависящие от дозы (избыточный терапевтический эффект, побочные эффекты — фармакологические, токсикологические, вторичные); тип В — НПР, не зависящие от дозы (иммуноаллергические, неизвестного механизма); тип С — НПР вследствие длительной терапии (толерантность, зависимость, синдром отмены, кумулятивные эффекты, эффекты подавления выработки гормонов); тип D — отсроченные эффекты (мутагенность, канцерогенность, тератогенность). На основании результатов исследований Е.А. Северова (1970, 1977), Ю.К. Купчинская и соавт. (1972), А.С. Лопатиной (1973), Г.М. Покалева (1974), В.И. Вогралина (1974), А.Б. Черноморина (1977) разработаны положения, обеспечивающие предупреждение проявления побочных эффектов. И.С. Чекман высказал предположение о том, что профилактика побочного действия лекарств — один из способов дальнейшего повышения эффективности медикаментозной терапии.

В связи с этим следует:

- учитывать как основные фармакологические свойства препаратов, так и вероятное побочное действие, назначать оптимальные дозы ЛС (лучше перорально), избегая (по возможности) инъекционного введения;
- не применять одновременно несколько веществ с одинаковым механизмом действия, поскольку полипрагмазия повышает риск проявления побочных эффектов медикаментозной терапии;
- у каждого больного тщательно собирать анамнез, а при необходимости проводить специальные исследования с целью выяснения возможности повышенной чувствительности к назначенному препарату или его непереносимости;
- не допускать агрессивной лекарственной терапии при легких формах заболевания; у детей и людей преклонного возраста следует учитывать возрастные особенности;
- учитывать состояние тканевых «мишеней», с которыми будет взаимодействовать ЛС, а также

изменения функции жизненно важных органов и систем (печень, почки, кровеносная система, желудочно-кишечный тракт), имеющие большое значение в биотрансформации фармакологических препаратов;

- проводить мероприятия, направленные на предупреждение аллергических проявлений у сенсibilизированных больных;
- максимально индивидуализировать подбор фармпрепаратов с учетом состояния больного;
- назначать антибактериальные средства, наиболее часто вызывающие побочные эффекты, с учетом этиологии болезни, вида и свойств микроорганизмов, а также их чувствительности к фармпрепаратам;
- широко применять метод «прикрытия» побочного действия лекарственных веществ другими препаратами, например использовать леворин и нистатин для профилактики кандидоза, унитиол для уменьшения токсического действия сердечных гликозидов;
- проводить среди населения широкую разъяснительную работу о вреде самолечения и бесконтрольного применения медикаментов.

В дополнение к выдвинутому принципу следует подчеркнуть необходимость обращения больного к лечащему врачу относительно целесообразности приема препарата. Прием рецептурных препаратов должен быть оговорен врачом точно: кратность, до или после приема пищи, указав количество воды, которым необходимо запить лекарство. Больной не всегда изучает информацию о точном количестве приемов, указанную в листовке-вкладыше. Если препарат безрецептурный, врач должен предоставить больному еще более полную информацию, предупредить о возможности развития побочных эффектов и рассказать о профилактике их возникновения и ЛС, которые могут купировать проявление нежелательных реакций.

В учебниках, пособиях по фармакологии, фармацевтической опеке и фармназору приводятся данные относительно безопасного применения ЛС, профилактики побочного действия. Наиболее часто при головной, зубной боли, боли в области малого таза используют **ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)**. Одним пациентам при головной боли больше помогает парацетамол, другим – метамизол натрия, больше известный как Анальгин, третьим – ацетилсалициловая кислота, четвертым – комбинированный препарат Цитрамон, содержащий парацетамол, ацетилсалициловую кислоту и кофеин.

Одним из опасных побочных эффектов парацетамола считают нарушение функции печени, которое чаще проявляется повышением уровня печеночных трансаминаз. Риск развития повреждений печени повышается у больных с алкогольным гепатозом. Не только этанол, но и другие индукторы микросомального окисления в печени, такие как противосудорожный препарат фенитоин или трициклический антидепрессант amitриптилин, повышают риск токсического действия парацетамола. При приеме метамизола натрия возможны аллергические реакции разной степени тяжести, поэтому данный препарат не рекомендуют применять при явлениях гиперчувствительности, в связи с этим указанное ЛС запрещено к применению в ряде стран. Кроме возникновения бронхоспазма, после приема метамизола натрия отмечали понижение артериального давления, нарушение функции почек, агранулоцитоз, лейкопению, поэтому его с особой осторожностью следует назначать пациентам с артериальной гипотензией, при инфаркте миокарда, множественной травме, начинающемся шоке, аллергических заболеваниях, таких как атопическая бронхиальная астма, и болезнях почек в анамнезе. При длительном приеме препарата необходимо контролировать состав периферической крови. Следует также помнить о повышении риска побочных эффектов при терапии метамизолом натрия у лиц с алкогольной зависимостью.

Ацетилсалициловая кислота может вызывать гастралгии, реализовать язвеногенное действие, провоцировать кровотечения, что требует ее применения после еды, желательно в таблетках, содержащих гидроксид магния или с медленным высвобождением. Цитрамон из-за наличия кофеина может вызвать бессонницу, беспокойство,

головокружение, тахикардию, повышение артериального давления. Риск передозировки препарата высок у больных с нецирротическими заболеваниями печени. Поэтому в рекомендациях по приему данного ЛС ограничена длительность приема и выделены особые указания для профилактики передозировки. Следует указать, что НПВП диклофенак натрия и кетопрофен противопоказаны больным не только с воспалительными заболеваниями кишечника в фазе обострения, но и при аспириновой индуцированной бронхиальной астме.

Пристрастие к популярной и научно-популярной медицинской литературе обуславливает интерес читателей к группе **ноотропных препаратов**, ряд из которых способны улучшить память, процесс обучения. Иногда удается приобрести препараты данной группы, такие как пирацетам, без рецепта. Порой пациенты не обращают внимания на возможность развития транзиторных явлений гиперстимуляции в виде тревожности, раздражительности, нарушений сна. Тревожное время порождает увеличение числа больных с эндогенными и экзогенными депрессиями. Интерес к антидепрессантам проявляют люди с ипохондрическим складом характера. Назначая ЛС этой группы, следует оценить соматоневротическое состояние больного и связанный с этим риск возникновения побочных явлений.

Холиноблокирующее действие чаще отмечают у **трициклических антидепрессантов**, например у amitриптилина, реже у пароксетина, мапротилина. Данный эффект практически отсутствует у сертралина, флуоксетина, флувоксамина, циталопрама. Аритмии, депрессия сегмента ST чаще отмечаются при приеме amitриптилина, реже (в порядке убывания) – кломипрамина, мапротилина, флуоксетина, циталопрама, флувоксамина, моклобемида. Больным с артериальной гипертензией, особенно лицам пожилого возраста, лучше назначать антидепрессанты с минимальными гипотензивными свойствами, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флувоксамин, сертралин и др.).

Назначая больному трициклические антидепрессанты (имипрамин, amitриптилин), врач должен подумать и, возможно, предупредить некоторых больных о редких, но подчас единичных побочных реакциях, таких как появление кожных аллергических реакций в виде пятнистой сыпи с отеком, дерматоваскулита или фотосенсибилизации. Также возможны снижение порога судорожной активности и появление пароксизмов. Среди редких побочных эффектов – множественный кариес, развивающийся вследствие длительной ксеростомии (сухости во рту).

Необходимо помнить, что наиболее неблагоприятным следствием при длительном применении транквилизаторов является развитие психической и физической зависимости. Риск появления зависимости возрастает у лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем, а также при повышении дозировок, непрерывном применении препаратов более 2 мес. При использовании длительно действующих бензодиазепинов синдром отмены может появиться через 7-8 дней после прекращения терапии. Чтобы избежать этих явлений, отмену препарата, особенно при уже сформированной зависимости, следует проводить постепенно в течение 2-6 нед в сочетании с психотерапевтическими и социальными методами коррекции.

При лечении пациентов с ишемической болезнью сердца одной из основных групп ЛС являются **органические нитраты**, которые при длительном применении могут привести к развитию толерантности. Причиной толерантности является снижение содержания сульфгидрильных групп тиоловых ферментов, угнетение ферментных систем, участвующих в метаболизме нитратов, развитие отеков. Больные, которым показан прием нитратов, не должны использовать блокаторы фосфодиэстеразы, такие как силденафил, в связи с усилением гипотензивного действия, возможным развитием коллапса. Между приемом нитратов и силденафила должен быть интервал не менее 72 ч, о чем необходимо предупредить больного.

Развитие аллергических реакций требует назначения **антигистаминных препаратов**. При использовании представителей II поколения, например цетиризина и лоратадина, необходимо

известить больного о том, что эти препараты нужно с осторожностью принимать людям с заболеваниями печени. Указанные ЛС не рекомендуют сочетать с препаратами, которые трансформируются в печени при помощи цитохрома P450, такими как кларитромицин и другие макролидные антибиотики, а также с противогрибковыми препаратами, производными азола, например кетоконазолом.

Кроме того, данные ЛС могут вызвать нарушения ритма сердца, так как блокируют калиевые каналы сердечной мышцы, удлиняя интервал QT. Риск возникновения аритмий увеличивается при совместном приеме с макролидными антибиотиками (эритромицином, кларитромицином), антидепрессантами (флуоксетином, сертралином, пароксетином), а также при употреблении грейпфрутового сока. Препараты индапамида, обладающие салуретическим эффектом, в основном применяются в монотерапии и комплексном лечении эссенциальной артериальной гипертензии. Следует помнить, что они содержат лактозу, поэтому не рекомендуется назначать такие средства больным с врожденной непереносимостью галактозы, синдромом мальабсорбции. У спортсменов препарат может дать положительный результат при проведении допинг-контроля. Бетаксолол и некоторые бета-адреноблокаторы содержат активную субстанцию, которая также дает положительную реакцию при допинг-контроле. При влажном кашле довольно часто назначают ацетилцистеин. Есть данные о наличии у него кардио-, нейро-, гепатопротекторных свойств. Вместе с тем ацетилцистеин не следует назначать больным с обструктивными заболеваниями легких, бронхиальной астмой в связи с возможным бронхоспастическим эффектом.

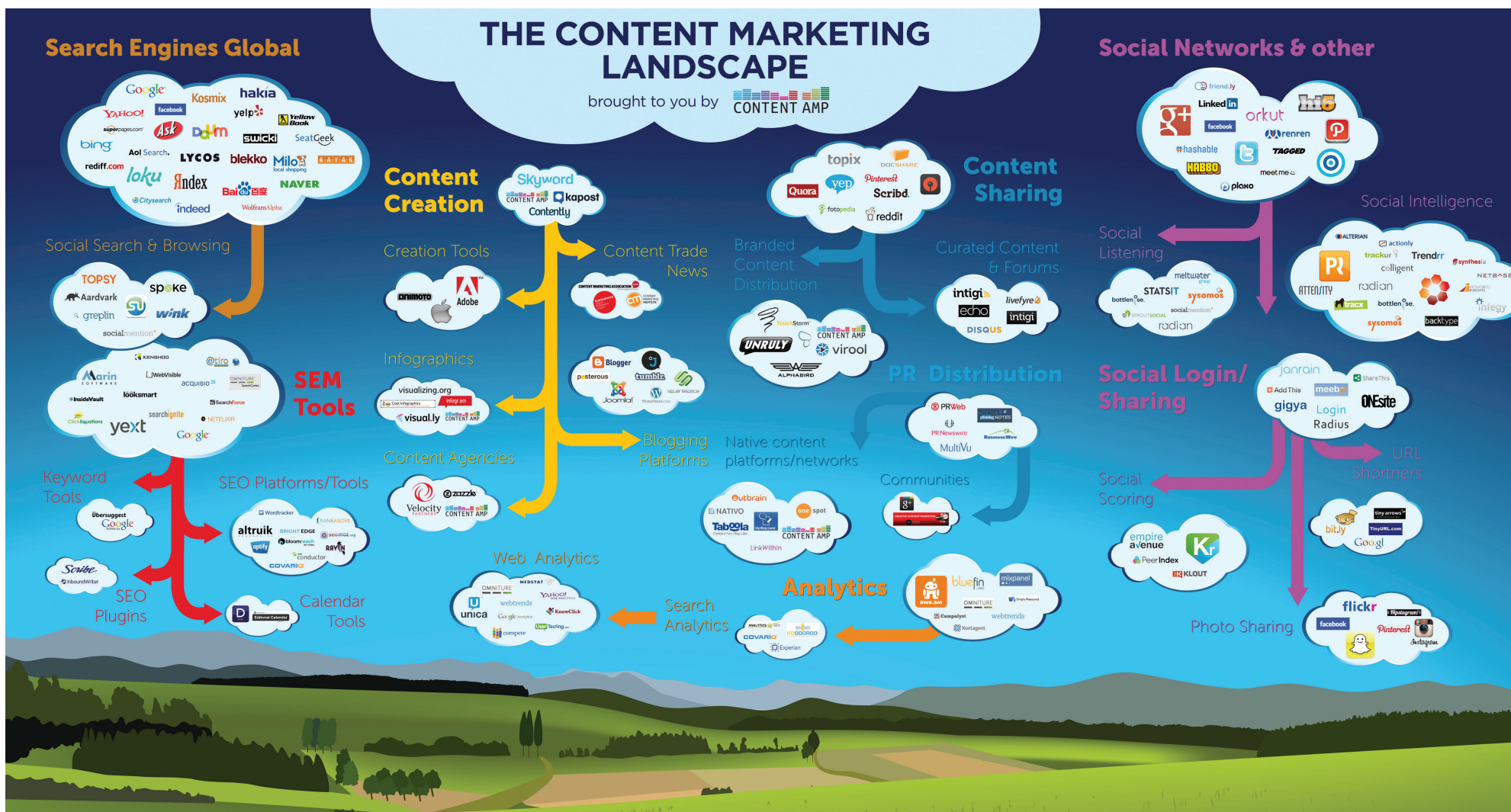
Вместе с тем высококвалифицированный врач может рекомендовать прием ацетилцистеина с бронхолитиками. Бронхолитическим действием обладает атропина сульфат, однако вместо него больным бронхиальной астмой желательнее рекомендовать ипратропия бромид. Это связано со значительным увеличением сухости слизистой оболочки под влиянием атропина сульфата и затруднением отхаркивания. Больным фенилкетонурией следует знать, что ацетилцистеин в таблетках содержит искусственный подсластитель аспартам. При приеме отхаркивающих средств, которые содержат вытяжки корня алтея, солодки, листьев подорожника, плюща, эвкалипта, рекомендуется выпивать дополнительно 1,5-2 л жидкости для компенсации физиологических потерь. Довольно часто для лечения инфекционной диареи, хронических колитов, энтероколитов, кишечного дисбиоза взрослым и детям назначают нифуроксазид. Следует учесть, что прием препарата с сорбентами, такими как активированный уголь и др., не желателен.

Частой патологией у взрослых и детей являются дисбиозы кишечника, которые характеризуются изменениями биологических свойств кишечной микрофлоры, уменьшением количества полезной микрофлоры и повышением – патогенной. Чаще явления дисбиоза наблюдаются после антибиотикотерапии, кишечных инфекций, ферментопатий. Одной из наиболее часто назначаемых групп препаратов при дисбиозе являются **пробиотики**, в отношении которых необходимо учитывать некоторые предостережения. Капли Хилак, Хилак форте необходимо предварительно развести в воде, с осторожностью их назначают больным при повышенной кислотности желудочного сока и наличии рефлюкс-эзофагита. Флакон Энтерожермины (содержит споры полирезистентного штамма *Bacillus clausii*) следует взболтать перед употреблением, развести в подсоленной воде, апельсиновом соке, применять через одинаковые промежутки времени. Энтерол не рекомендуют использовать с очень горячей или очень холодной пищей или питьем, а также сочетать с противогрибковыми препаратами.

При приеме внутрь ЛС, содержащих железо в жидких лекарственных формах, желательно использовать соломинку, а после перорального применения любых препаратов железа ротовую полость следует прополоскать для предотвращения почернения зубов вследствие образования сульфида железа.

Продолжение следует.

ФАРМАМАРКЕТИНГ



А. Юрчак, ведущий тренер Pharma Marketing Academy, бизнес-тренер Фармацевтической Ассоциации Lege Artis, директор консалтинговой компании B2B Ray



Зачем контент-маркетинг фармацевтической отрасли?

Фармацевтическая отрасль – последняя в рейтингах в сфере контент-маркетинга



А. Юрчак

Неоднократно озвучивая на различных форумах в течение последних 3 лет необходимость ускорения в развитии контент-маркетинга как «главного оружия маркетинга», мы видели, что фармацевтическая отрасль отстает от лидеров в сегменте B2C, впрочем, как и некоторые другие отрасли. Сегодня мы констатируем плавный, но уверенный поворот фарминдустрии к этой дисциплине. Вопрос только в темпах движения и в том, насколько быстро и когда основная масса производителей и аптечной розницы будет приближаться к уровню компаний-лидеров. Мы видим, что для ускорения этого процесса игрокам не хватает того же контента. Или, проще говоря, разъяснений и образовательной информации («А что это такое, зачем, и почему именно это»). Эта публикация – первая из серии, посвященной теме контент-маркетинга в фармацевтической отрасли.

Что такое контент-маркетинг



Из разных определений контент-маркетинга больше всего нам нравится предложенное Майклом Бренером, одним из гуру и ведущих экспертов этого направления из США. Итак, контент-маркетинг – это «процесс создания и публикации контента, который ищет ваша аудитория по всем каналам, где они обычно ищут, и на всех этапах своего жизненного цикла покупки». Под контентом мы понимаем полезную, интересную для вашей целевой аудитории информацию в любом виде – как онлайн, так и офлайн. Content Marketing Institute (г. Кливленд, США) определяет сегодня до 42 видов контента – от блогов и статей в печатных изданиях до микросайтов и целых мультимедийных платформ.

Внимая в емкое определение контент-маркетинга, можно сразу ставить себе следующие вопросы.

- Насколько ваша компания и ваш маркетинг осознают, что ваши клиенты/потребители ищут **определенный контент** (а не ваш бренд!) и, тем более, не вашу рекламу?
- Знаете ли вы, **где находятся ваши клиенты/потребители**, – в каких каналах, в какой среде они ищут этот контент?
- Понимаете ли вы, **как клиент (врач) или потребитель (пациент) принимает решение о рекомендации или покупке препаратов** и какие этапы он проходит? Другими словами, что собой представляет закупочный цикл в вашей отрасли и в ее конкретных сегментах?

Отрицательные ответы на эти вопросы говорят о самой начальной стадии вашего маркетинга, где все устроено по старинке. Еще одно замечание: предполагать

не означает знать точные ответы. Только исследования и опросы могут дать точные ответы на эти вопросы. Вот, например, одно из исследований агентства «Комкон Фарма Украина», в котором изучались потребность и важность источников информации (т. е. контента) для врачей (рис. 1).

Как видим, врачам явно не хватает таких материалов, как:

- схемы (стандарты) лечения и диагностики;
- справочники лекарственных препаратов;
- периодические медицинские журналы;
- медицинская литература;
- монографии.



Рис. 1. Информация, предлагаемая медпредставителями, и информация, необходимая врачам



Рис. 2. Скриншот страницы популярного веб-сайта. Подобные опросы онлайн сегодня носят массовый характер

на различных форумах, в социальных сетях и чатах – многие вопросы для себя они решают еще до первого контакта с врачом. А часто к нему и вовсе не обращаются (рис. 2).

Однако вначале у вас может возникнуть вопрос: «А зачем это вообще нужно?».

Даже если кто-то что-то ищет, что с того? Мало ли что кому нужно. Ведь жить же до сих пор без контент-маркетинга и вроде как не так уж плохо?

Почему контент-маркетинг становится «главным оружием» в арсенале тактик маркетинга



Есть 3 главные причины, почему контент в арсенале тактик маркетинга выходит на первые позиции. Все они в полной мере касаются и фармацевтической отрасли.

1. Уход потребителя (пациента) и рекоменданта (врача) в Сеть: начало любых запросов начинается с поисков в сети Интернет. В равной степени это касается и фармацевтической отрасли. Согласно американским источникам, около 80% пациентов консультируются в Сети по поводу тех или иных вопросов, связанных со здоровьем.

А компания Cegedim, проводящая подобные опросы в России и других странах СНГ, еще в 2011 г. заявляла, что около 50% врачей имели доступ к Интернету. Статистика, приведенная на рисунке 2, тоже говорит о многом: если потребитель массово ищет ответы на свои вопросы в Сети, то главный вопрос к производителям: «А присутствуете ли вы там? В какой степени? Какой у вас сайт? Как потребитель (пациент) и врач (потенциальный рекомендатель продукции производителя) оценивают вашу компанию? Что думают сотрудники аптек о продуктах того или иного производителя? Что потребитель (пациент) думает о той или иной аптеке и ее сотрудниках? Как та или иная аптека коммуницирует в Сети со своими потребителями (пациентами)? И наконец, как производителям и аптекам улучшить свои коммуникации с потребителями и врачами в Сети?».

2. Усталость от рекламы vs голод на настоящий полезный контент. Да, реклама еще работает, и многие компании ею пользуются. Однако вопрос в другом: достигает ли реклама всех целей, которые ставит маркетинг, и насколько она эффективна? Многие исследования и эксперименты на эту тему говорят, что есть множество других, более эффективных, тактик, где главную роль начинают играть полезный контент.

3. Устаревание основных инструментов маркетинга и их бессилие в борьбе за внимание потребителя. Это бессилие дает в результате эффект коммодитизации, когда потребитель перестает дифференцировать продукты разных производителей, даже если между ними есть серьезные различия. Это, в свою очередь, ведет к ценовым войнам – достаточно посмотреть статистику роста аптечных сетей «низких цен».

В результате этих 3 причин во многих отраслях наблюдается бурный рост направления инбаунд-маркетинга как философии клиентоцентричности и как нового комплекса промо-микс.

Речь о комбинации контент-маркетинга, социальных сетей и SEO (поисковой) оптимизации. Инбаунд (от англ. inbound) – методы маркетинга, позволяющие потребителю найти вас. Родоначальник этого направления, компания Hubspot, противопоставила эти методы классическим, т. е. аутбаунд (от англ. outbound) – как найти потребителя, таким как реклама и визиты медицинских представителей к врачам и сотрудникам аптек.

Почему мы называем этот подход настоящим клиентоцентричным подходом?

Очень просто: если более 80% клиентов и потребителей говорят, «что они сами найдут вас, когда в этом возникнет необходимость» (другими словами, «не доставайте нас вашей рекламой – мы и сами знаем, куда обращаться»), то очевидно, что следование этому императиву и есть настоящая ориентация на клиента и потребителя. Остается выяснить то, что заложено в основу определения контент-маркетинга: что клиенты и потребители ищут (какой контент), где (по каким каналам) и как (в какой последовательности и что влияет на выбор).

Фармацевтическая отрасль в сфере контент-маркетинга – все еще аутсайдер



Различные исследовательские агентства постоянно изучают уровень развития тех или иных направлений современного маркетинга, включая и контент-маркетинг. Их данные и свидетельствуют о том, что контент-маркетинг в среднем по всем отраслям сегодня используют 9 из 10 специалистов. При этом среднестатистический западный маркетолог применяет от 7 до 12 видов контента.

В первой десятке – блоги, e-newsletters, статьи, контент в социальных медиа, белые и e-книги, вебинары, подкасты, видеоконтент, инфографика и case study.

В Украине ситуация гораздо хуже. По нашим оценкам, контент-маркетинг по-настоящему взят в работу только в B2C сегментах, включая продажи потребительских товаров через Интернет. Сюда же можно добавить бизнес-услуги. В среднем отечественные маркетологи генерируют от 4 до 7 видов контента, но и эта цифра может снижаться, если рассматривать такие отрасли, как промышленное производство и, к сожалению, фарминдустрия. В целом по странам СНГ наблюдается такая же корреляция по отраслям, как и на Западе: фармацевтическая отрасль идет позади всех, причем это касается не только контент-маркетинга, но и диджитал-маркетинга (рис. 3).

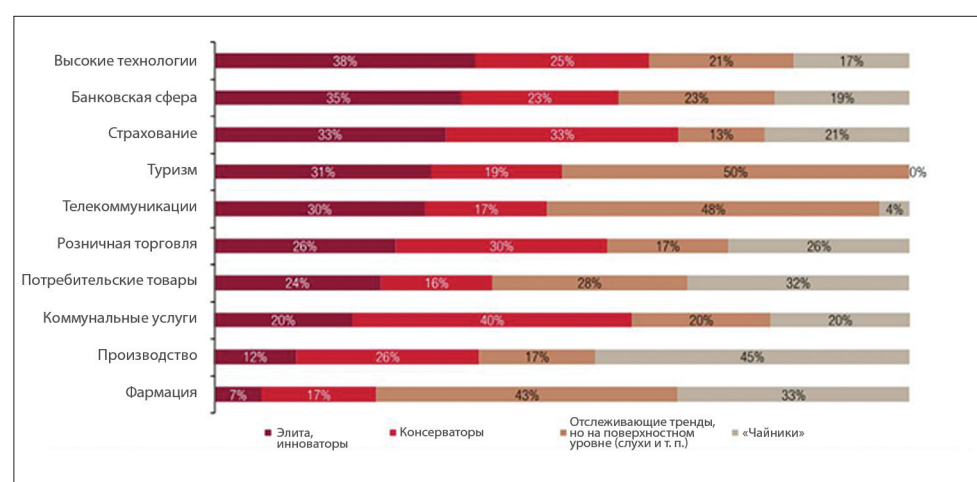


Рис. 3. Зрелость диджитал-маркетинга по отраслям (по данным Cargemini Consulting)

Другой источник, портал <http://www.medicalwebexperts.com>, говорит об этом же отставании в переходе на онлайн средства коммуникации.

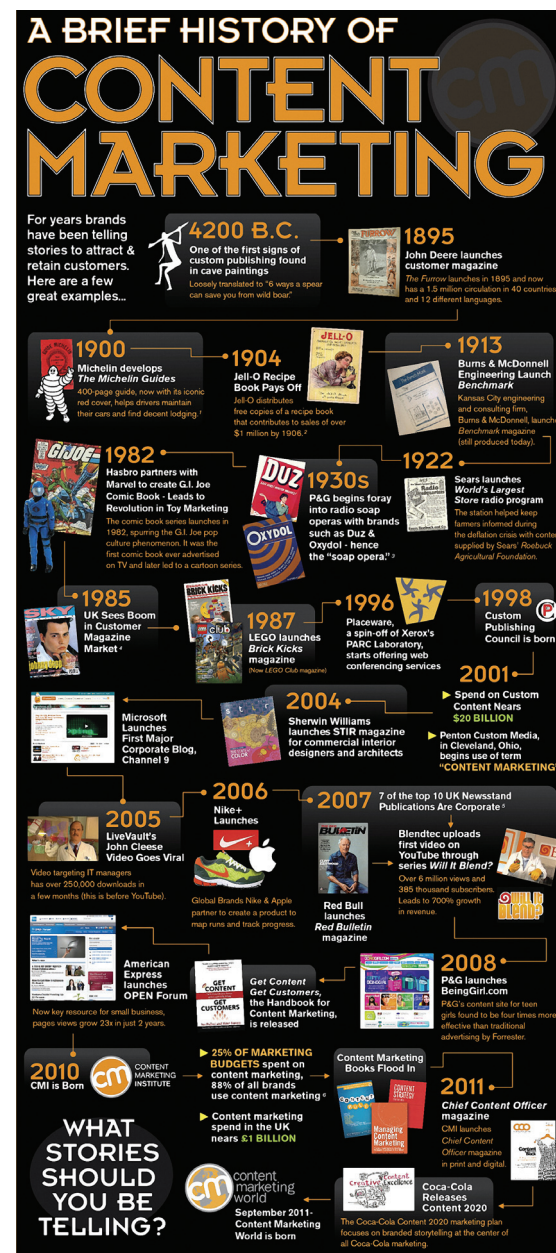
- Только 35% маркетеров из разных отраслей используют печатные издания, в фарминдустрии их 47%.
- Используют печатные newsletters: фармацевтическая – 43%, другие отрасли – всего 28%.
- Используют годовые отчеты: фармацевтическая отрасль – 36%, другие – 26%.

Наиболее цитируемым является исследование Content Marketing Institute, оно говорит об отставании по ряду показателей, в частности, в освоении социальных медиа, а также в пропорции бюджета на контент-маркетинг. Если в среднем в глобальном масштабе другие отрасли тратят на контент-маркетинг более 31% общего бюджета на маркетинг, то фармацевтическая отрасль – только 23%. Опять-таки это западные цифры – мы уверены, что в Украине ситуация гораздо хуже.

Итак, фармацевтическая отрасль пока что последняя по всем показателям. Почему так происходит (особенно при тех бюджетах, которыми владеет фарминдустрия)? Нужно ли догонять других? Как именно достичь прогресса? Об этом мы расскажем в следующих публикациях.

Дорогие друзья, любите маркетинг и развивайте себя в маркетинге!

Чтобы узнать о новых возможностях развития в сфере маркетинга, звоните: + 38 044-244-09-62, 050-38-18-567, 067-551-28-71.



СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Профессор Григорий Батрак: Вертикаль прозрений

К 110-летию со дня рождения выдающегося украинского нейрофармаколога

Предгрозые минувшего века – 1905 год. Он дал в истории разноречивые импульсы. Именно на этом ее водоразделе на станции Гришино на Донбассе пришел в мир сын рабочего-железнодорожника Гриша Батрак. Сама фамилия его как бы говорила о заложенном в роду трудолюбии. И вместе с тем в подобных корнях была, несомненно, заложена и мощная индивидуальная энергетика. Своей линией судьбы Григорий Евсеевич Батрак блистательно доказал: новые поколения, призванные к высотам столетия из слоев народа, ранее не допускаясь к образованию, способны к самым серьезным интеллектуальным штурмам.

В начале пути

В 1923 году Г. Батрак поступает на рабфак при институте народного образования в г. Екатеринославе (ныне Днепропетровск). Один из первых советских вузов объединяет различные меридианы студенческого становления. Григорий Батрак вначале избирает биологию, но потом предпочитает медицинский факультет, продолжающий славные традиции медицинского института, созданного в Екатеринославе в 1916 г.

В 1931 году Г. Батрак получает врачебный диплом. Заведующим кафедрой фармакологии родного института он будет избран в 1943 г. И эти 12 лет в немалой мере типичны, а быть может, и символичны для предпосылок формирования своей школы и выработки оригинальных научных концепций. Такому повороту и сосредоточению способствовало первоначальное погружение в фундаментальный кладезь медицины – патологическую физиологию. Аспирант, ассистент, затем доцент этой кафедры, руководимой профессором Г. Браккером, – таков исходный путь. Все это не могло пройти даром. Ведь уже в 1935 г. Григорий Батрак защищает кандидатскую диссертацию «Пермеабилитет саркомы Иенсена для брома под влиянием инсулина и адреналина». Кандидатский старт в преодолении сложной темы о многом говорит, звуча, в сущности, прологом оригинальных и необычных трактовок ученого в разработке исследуемых им фармакологических проблем.

Круг научных интересов

Автору этих заметок в 1970-е годы посчастливилось познакомиться с Григорием Евсеевичем при посещении его кафедры в Днепропетровске. Беседу инициировал Г. Колесниченко. Ученый был немногословен и в чем-то загадочен, но каскад гипотез и положений поражал. Ощущалось, что перед вами энциклопедист. Каким же он был впрямь? Тут характерны воспоминания одного из воспитанников маститого педагога В. Мамчура, относящиеся к его студенческому старту. В 1969 г. в институте проходила дискуссия о проблемах и тайнах эволюции. «Григорий Евсеевич встал и спокойно, цитируя на ходу Гегеля, Энгельса, Парацельса, Ухтомского, Павлова, Моргана, Тимофеева-Ресовского, достаточно убедительно пришел к выводу о необходимости диалектического подхода к пониманию вопросов наследственности, генетики, роли фенотипа в реализации генотипа, – пишет В. Мамчур. – Я увидел личность, понял: буду учиться, буду рядом, буду заниматься фармакологией, если такие люди там работают».

Важно отметить, что в 1930-х годах молодой энтузиаст из Днепропетровска встречался и дискутировал с великим мыслителем и реформатором нейрофизиологии А.А. Ухтомским в Ленинграде, проникнувшись его идеями об удивительных эволюционных свойствах «чертога мысли» и, в частности, о феноменах ретикулярной фармации. И характерно: поколение, к которому принадлежал Г. Батрак, отличалось страстными научными устремлениями и в целом. Из первого выпуска Днепропетровской медицинской



Коллектив кафедры фармакологии (1965)

академии (это было в 1931 г.) 15 волонтеров медицины из новых общественных структур стали профессорами!

Собравшее ученых со многих Олимпов учебное заведение в городе над Днепром отличалось превосходным преподавательским составом. Кафедра фармакологии была основана в 1918 г. профессором И. Головинским, воспитанником кафедры физиологии Московского университета, прошедшим стажировку до этого в знаменитом Геттингене в Германии. Его докторская диссертация была посвящена выяснению свойств пуринов. С 1920 по 1930 год кафедрой представлял также посланец научных авангардов, теперь уже московских, профессор Н. Струев, фармаколог и терапевт. Часть его исследований концентрировались на изучении механизмов интоксикации при сибирской язве. Это исследование сегодня, в новых угрозах века, выглядит прогностическим. С 1931 по 1941 год кафедрой возглавлял Г. Петровский, видный ученый-фармаколог, ученик академика А. Черкеса. Под его руководством было выполнено 12 кандидатских и 2 докторские диссертации. Началась война, медицинский институт был эвакуирован в Ставрополь, затем в Свердловск, а в 1943-м, после освобождения Днепропетровска, возобновил здесь работу. В мае 1944 г. кафедру фармакологии возглавил Г. Батрак и руководил ею до 1979 г.

Как мы уже указывали, воспитанник альма-матер Г. Батрак не сразу избрал стезю фармакологии. Вначале он был аспирантом, ассистентом, а затем доцентом кафедры патологической физиологии Львовского мединститута. В 1943 г. он защитил в Москве докторскую диссертацию, касавшуюся центральных механизмов действия адреналина. Был талантливым лектором; и ряд монографий ученого (они представлены в Национальной научной медицинской библиотеке Украины) посвящены аспектам нравственного и профессионального воспитания студента и молодого врача. В 1966 г. Григорий Батрак был удостоен звания заслуженного деятеля науки, отличия в те годы весьма редкого. Это свидетельствовало о мощной школе ученого. В соответствии с его позициями функциональные возможности центральной нервной системы неисчерпаемы и до конца не познаны. В таком ключе

Г. Батрак предстает глубоким патофизиологом, последователем Н. Введенского и А. Ухтомского, но на ниве нейрофармакологии.

Провозвестник новых концепций

Выделяя эту его научную доминанту, надо подчеркнуть, что Г. Батрака особенно интересовали механизмы торможения рефлекторной деятельности центральной нервной системы под влиянием снотворных и седативных, а также наркотических средств, причем ученый стремился выяснить возможности повышения сопротивляемости организма в отношении как наркотических веществ, так и нейротравмы, связанной с хирургическим вмешательством. На данных направлениях Г. Батрак предстает несомненным провозвестником. Исследователь предметно интересовался механизмами анальгезии как таковыми, помимо нейробиохимии морфина уделяя большое внимание релаксантам, сердечным гликозидам, проблемам химиотерапии. Новые концепции требовали четкого экспериментального обоснования, и здесь Г. Батрак являлся во многом пионером.

Более того, в плане экспериментального подтверждения тех или иных положений кафедра в период развития этой школы Г. Батраком не имела аналогов. В результате этих исследований были сформулированы предпосылки для постановки проблемы целенаправленной стабилизации взаимодействия больших полушарий головного мозга в условиях влияния наркотиков и травмы. Эти патофизиологические данные глобальной значимости были освещены в капитальной монографии Г. Батрака «Боль, шок, наркоз» (Киев, 1965). Среди книг ученого следует выделить и учебник по фармакологии.

Г. Батраком как последователем взглядов Н. Введенского и А. Ухтомского выдвинута оригинальная системная концепция механизма наркоза. В противовес мнению, что основное в действии общих анестетиков – влияние на корковые структуры, его изыскания доказывают, что при наркозе и тождественных воздействиях тормозятся в первую очередь подкорковые системы. Вначале эти положения вызвали определенный скепсис в кругах физиологов, анестезиологов, наркологов. Для получения суммы объективных доказательств правоты таких позиций и взглядов были необходимы повторные экспериментальные исследования. Чтобы двинуть проблему вперед, требовались универсальные знания и научный энтузиазм Г. Батрака, а равно и его учеников.

Научная школа профессора Г.Е. Батрака

Возможно, что как раз такой марафон сквозь барьеры трудностей в немалой мере способствовал формированию его большой научной школы. Григорий Евсеевич был высокопродуктивным научным руководителем. Им подготовлено 14 кандидатов и 12 докторов медицинских наук, его перу принадлежат 230 научных работ, как правило, постановочного характера, в том числе 8 монографий. Учебник по фармакологии под редакцией Г. Батрака,

подготовленный руководителями кафедр фармакологии основных вузов Украины и упомянутый выше, и сегодня является классическим.

Что же в персоналиях представляет собой научная школа профессора Г.Е. Батрака? В нее входят блестящий кардиолог и терапевт, профессор Е. Попова; один из ярких продолжателей начинаний учителя профессор С. Хрусталева, экспериментально доказавший идею Г. Батрака, что в основе действия миорелаксантов лежат градиенты лабильности нервномышечных синапсов с учетом их эволюционного развития; крупный фитотерапевт, заведующий кафедрой внутренних болезней Запорожского медицинского института, профессор И. Фурс; руководитель кафедры фармакологии в Запорожье, доцент В. Линенко, в соответствии с концепцией учителя доказавший, что более древние и менее лабильные эфферентные системы, прежде всего висцеральные анализаторы, более чувствительны к воздействию ингаляционных анестетиков и наркотиков.

Постулаты Г. Батрака плодотворно развивал профессор Г. Крауз, представитель Ленинградской фармакологической корпорации, ученик академика С. Аничков. В 1980 г. он возглавил кафедру фармакологии в Днепропетровске, фактически, восприняв эстафету Г. Батрака. В течение 6 лет ученый возглавлял медицинский факультет Днепропетровской медицинской академии, возвратившись затем на фармакологический фарватер в Санкт-Петербург.

К непосредственной плеяде Г. Батрака принадлежит и его близкий ученик, профессор В. Мамчур, возглавляющий кафедру с 1990 г. Примечательны, в частности, его работы по характеру действия общих неингаляционных анестетиков на глубинные структуры мозга, нашедшие применение в клинической практике. Докторская диссертация В. Мамчура отображает мозаичную картину медиаторных взаимодействий в условиях разных видов наркоза.



Г.Я. Батрак с коллегами (1979)

Ученый является автором и соавтором 400 научных работ, в том числе 6 монографий, 18 изобретений. Как член Государственного фармакологического центра и руководитель региональной группы экспертов в его составе, он курирует доклиническую и клиническую апробацию новых лекарственных средств, осуществляемых силами 12 профильных кафедр.

К школе Г. Батрака принадлежит профессор Е. Зленко, видный уролог А. Люлько, патофизиолог и клинический фармаколог, доцент Г. Колесниченко. Весьма своеобразен и путь профессора А. Яроша, воспитанника педиатрического факультета ДМА, в студенческие годы увлекшегося фармакологией. После защиты кандидатской диссертации и работы в течение 5 лет доцентом кафедры в 1976 г. он был направлен в Республику Афганистан в качестве советника заведующего кафедрой фармакологии по курсу клинической фармакологии. Опыт оказался чрезвычайно полезным, и в 1992 г. А. Ярош возглавил первую в Украине самостоятельную кафедру клинической фармакологии. Сегодня это направление представлено и в когорте кафедры В. Мамчура. Знаменательно, что в 1997 г. профессор А. Ярош был приглашен в коллектив

известного фармацевтического предприятия «Фармак» в статусе заместителя директора по науке. Его усилия способствовали научно-техническому прогрессу этого уникального предприятия. С 2001 г. ученый трудится в Институте фармакологии и токсикологии НАМН Украины, представляя векторы фармакокинетики, а в настоящее время – нейрофармакологии.

Если представить общую научную работу фармакологической школы профессора Г. Батрака, развиваемую его учениками, она поразит верностью предначертаниям учителя и вместе с тем синтетичностью и соответствием вызовам времени. Это прежде всего исследование и внедрение локальных анестетиков, средств операционного обезболивания вплоть до неопиоидных анальгетиков, изыскание нейрометаболических церебропротекторов в эквивалентах боли различной этиологии, эпилепсии, паркинсонизма, невротических и психотических расстройств, гипоксии. Без преувеличения, об этой самобытной вертикали можно сказать словами Л.Н. Толстого: «Старайся исполнить свой долг, и ты убедишься, чего ты стоишь». Долг как цель и стимул научного роста этим ареопагом фармакологических наук, во главе которого достойно выделяется профессор Г.Е. Батрак, выполняется воистину безукоризненно. И именно это, образно говоря, наполняет паруса кафедры ветрами оптимизма.

В оценке видного фармаколога, члена-корреспондента НАН и НАМН Украины И.С. Чекмана нередко это было движение ученого большого таланта и новых диспозиций как бы в одиночку, с упорным преодолением стереотипов в науке и доказательством своей правоты лишь неопровержимыми фактами. Тем более ценными представляются жизненные вершины и императивы Г.Е. Батрака.

Подготовил
Юрий Виленский

Передплата на 2015 рік!

Здоров'я України

ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»
03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2,
тел./факс: +380 (44) 521-86-98
ЄДРПОУ 38419790, р/р 26007052613634 у ФКВ «Приватбанк»
Розрахунковий центр
м. Києва, МФО 320649
Свідоцтво платника єдиного податку (за ставкою 7%)
Серія А № 612706

Рахунок № 8 П-14/15
від «___» _____ 2015 р.

№ з/п	Назва видання	Кількість комплектів	Ціна без ПДВ (грн.)		Сума до сплати без ПДВ
			І півріччя 2015 року (січень – червень)	2015 рік (січень – грудень)	
1	«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»	1	300,00 (12 номерів)	600,00 (24 номери)	
2	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
3	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
4	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»	1	150,00 (3 номери)	300,00 (6 номерів)	
5	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
6	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»	1	100,00 (2 номери)	250,00 (5 номерів)	
7	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
8	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
9	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
10	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
11	«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Клінічна фармація»	1	100,00 (2 номери)	200,00 (4 номери)	
12	Журнал «Серцева недостатність»	1	-	150,00 (3 номери)	
13	Журнал «Природна медицина» / Medical Nature	1	-	150,00 (3 номери)	
14	Журнал «Природна медицина. Фітотека»	1	-	90,00 (3 номери)	
			Разом без ПДВ:		
			ПДВ:	0,00	
			Усього з ПДВ:		

(Пільга згідно з пп. 5.1.2 Закону України «Про податок на додану вартість») Усього на суму: _____ грн. _____ коп. Без ПДВ

Генеральний директор

Головний бухгалтер

Т.В. Черкасова

Т.Є. Пашенко

ПРИМІТКА. Передплатник заповнює рахунок до сплати згідно з обраними виданнями та передплатним періодом.

Своєчасна доставка видань здійснюється за умови отримання редакцією заповненої картки-доручення.

Заповніть картку-доручення та надішліть її на адресу редакції у зручний для Вас спосіб:

- факсом – +380 (44) 521-86-98;
- поштою – ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя», вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035;
- електронною поштою – podpiska@health-ua.com

КАРТКА-ДУРУЧЕННЯ

Назва організації												
П.І.Б. та посада передплатника												
Поштова адреса												
Тел. (____) _____ код міста	Факс											E-mail
Зазначте період передплати на 2015 рік та кількість примірників на місяць												
Видання	Місяць передплати											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Онкологія, гематологія, хіміотерапія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Педіатрія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»												
«Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Клінічна фармація»												
Журнал «Серцева недостатність»												
Журнал «Природна медицина» / Medical Nature												
Журнал «Природна медицина. Фітотека»												

Відтепер у пачці



Жовчогінний засіб, якому довіряють*

АЛОХОЛ Р.п. МОЗ України № UA/2355/01/01

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників
*Лідер продажу в упаковках в АТС класі А05А в 2013р., згідно даних "PharmXplorer"/"Фармстандарт"

Склад: 1 таблетка містить жовчі сухої – 80 мг, порошку часнику сушеного – 40 мг, листя кропиви подрібненого – 5 мг, вугілля активованого – 25 мг.

Показання для застосування. У складі комплексного лікування: хронічного холециститу; дискінезії жовчного міхура; постхолецистектомічного синдрому; атонічного запору; неускладненого холестерозу жовчного міхура. **Має протипоказання.** Перед застосуванням обов'язково проконсультуватися з лікарем та прочитати інструкцію.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Упаковка. По 5 блістерів у пачці, по 10 таблеток у блістері; по 10 або 50 таблеток у блістері.

БХФЗ  bсpp

www.bcpp.com.ua

ПАТ НВЦ «БОРЩАГІВСЬКИЙ ХФЗ»
03680, м. Київ, вул. Миру, 17
(044) 204-41-23 (консультації)
(044) 406-03-08 (аптека)