

Учредитель и издатель: Министерство  
здравоохранения Республики Казахстан

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы  
лекарственных средств, изделий медицинского  
назначения и медицинской техники»  
www.dari.kz

## СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Г.Д. Бердимуратова	ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ТЕМА НОМЕРА: ВЕРНУТЬ РАДОСТЬ ДВИЖЕНИЯ! <i>Рахметова А.А.</i> ЛС для лечения заболеваний костно-мышечной системы <i>Габдулина Г.Х., Даниленко С.А., Ахметов А.А.</i>	2 6
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА А.А. Рахметова	Применение ступенчатой терапии больных остеоартрозом коленных суставов препаратом Олфен <i>Жансарина Г.Х., Усербаева Г.М., Рсалина Ж.А.</i>	9
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ С.М. Адекенов (Казахстан) А.А. Аканов (Казахстан) Т.А. Арыстанова (Казахстан) В.Л. Багирова (Россия) С.А. Баймуханов (Казахстан) Н.Е. Бейсен (Казахстан) А.С. Бейсенбеков (Казахстан) А.З. Зурдинов (Кыргызстан) С.З. Каирбекова (Казахстан) И.Р. Кулмагамбетов (Казахстан) Л.Ю. Пак (Казахстан) К.Д. Рахимов (Казахстан) К.У. Ушбаев (Казахстан) Т.Ш. Шарманов (Казахстан)	Структурно-модифицирующие препараты в лечении остеоартроза <i>Низовцева О.А.</i> Поражение печени ассоциированное с НПВП <i>Рахметова А.А., Пернебекова Н.У.</i> <i>Medica mente, non medicamentis</i> <i>Жайынбаева Г.Ж.</i> Опыт применения Арколайт у больных остеоартрозом	11 13 17 21
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ Р.С. Кузденбаева В.Н. Локшин Д.М. Сабденалиев З.Н. Сыбанкулова А.У. Тулегенова	АКТУАЛЬНО Боль сердечная – проблема «вечная»?	22
ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ Н.У. Пернебекова	ФАРМПРАКТИКУМ <i>Асланов А.Г., Буданов П.В., Рыбин М.В.</i> Профилактика гиповитаминозов у беременных <i>Плотникова Л.И.</i> Коррекция железодефицитной анемии у беременных <i>Шайхиев Ж.Ж.</i>	25 29
КОРРЕСПОНДЕНТ Н.В. Тодорова	Проктозан при консервативном лечении геморроидальной болезни <i>Смагулова К.К.</i> Бевацизумаб в комбинации с капецитабином и оксалиплатином в лечении больных метастатическим колоректальным раком <i>Сейдагалиева Г.М.</i> Парият® в лечении хронических воспалительных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта	31 33 39
КОМПЬЮТЕРНЫЙ ДИЗАЙН И ВЕРСТКА Н. Раймкулова	КОНФЕРЕНЦИИ•СИМПОЗИУМЫ•СЕМИНАРЫ HRT-клуб есть теперь и в Казахстане	41
Адрес редакции: 050004, РК, г. Алматы пр. Абылай хана, 63, оф. 208 тел.: +7 (727) 273-03-73 факс: +7 (727) 273-55-00 E-mail: A.Rahmetova@dari.kz pharmkaz@dari.kz	ПОИСК•ИССЛЕДОВАНИЯ•ЭКСПЕРИМЕНТЫ <i>Мукашева Р.Н., Мавлюдова Н.М., Чуканова Г.Н., Ордабаев Ж.К.</i> Применение масляного экстракта из корней девясила для коррекции показателей ПОЛ-АОС при остром обструктивном бронхите у детей <i>Михальченко В.В.</i> Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей, осложненной флебостатическими трофическими язвами	43 45
ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ ТОО РПИК «Дәуір», РК, г. Алматы, ул. Гагарина, 93 тел.: +7 (727) 394-39-22 Подписано к печати 14. 02. 2011 г. Тираж 2100 экз. Заказ №		
ТЕРРИТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан, Кыргызстан, Армения, Азербайджан Журнал зарегистрирован Министерством культуры, информации и общественного согласия Республики Казахстан. Свидетельство об учетной регистрации № 3719-Ж от 19.03.2003 г.		

## ПОСТРОИМ БУДУЩЕЕ ВМЕСТЕ!

В Национальном центре экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники прошло собрание коллектива, посвященное обсуждению Послания Президента Казахстана Нурсултана Назарбаева народу Казахстана.

С основными моментами Послания Президента «Построим будущее вместе!» собравшихся в актовом зале сотрудников познакомила генеральный директор Национального центра Г.Д. Бердимуратова. Озвученные Главой государства цифры впечатляют – если в 1994 году ВВП на душу населения составлял в нашей стране чуть более 700 долларов, то к 1 января 2011 года он вырос более чем в 12 раз и превысил 9 тысяч долларов США. Немаловажную роль в этом играет и фармацевтический бизнес. И здесь, заметила генеральный директор, есть еще над чем поработать нашему коллективу.

Все условия для высокопродуктивной, слаженной работы в Центре созданы, это отмечали все выступившие на собрании – заведующая лабораторией Испытательного центра Ж.А. Сатыбалдиева, директор Фармакопейного центра А.У. Тулегенова и другие сотрудники.

Не обошли вниманием собравшиеся и ярко выраженную социальную направленность нового Послания Президента Казахстана. В нем большое внимание уделено развитию ЖКХ, системы образования, здравоохранения, занятости населения, повышению доходов населения. Размеры заработной платы бюджетникам, пенсий и стипендий повышаются на 30 процентов, что также вызвало одобрение у аудитории.

Обсуждение Послания Президента стало и поводом поговорить о проблемах в работе, обсудить текущие дела коллектива. Лейтмотивом встречи было слово «вместе» – только сообща мы сможем реализовать те грандиозные планы, которые поставлены перед страной – «Построим будущее вместе!».

Наталья ТОДОРОВА

## 2.2. Здравоохранение

*Все эти годы мы делали всё необходимое для улучшения здоровья казахстанцев.*

*Финансирование здравоохранения увеличилось с 1,9 процента ВВП в 2002 до 3,2 процента – в 2010 году.*

*Сегодня впервые по всей стране проводятся операции по самым сложным медицинским направлениям.*

*Созданы 150 телемедицинских центров, связанных с ведущими зарубежными клиниками.*

*Двадцать лет назад мы об этом только мечтали.*

*Как результат проведенной работы, можно отметить увеличение рождаемости на 25 процентов, снижение смертности – на 11 процентов, естественный прирост населения увеличился в 1,7 раза.*

*К 2013 году будет завершено внедрение Единой национальной системы здравоохранения.*

*Мы должны серьезно взяться за профилактику и повысить качество первичной медико-санитарной помощи.*

*По международным оценкам, около 5-ти процентов населения с основными видами заболеваний используют порядка 70-ти процентов всех услуг здравоохранения.*

*При грамотной организованной профилактической работе болезни можно предотвращать на ранней стадии.*

*Поэтому в Казахстане необходимо внедрить комплекс национальных программ наблюдения за состоянием здоровья целевых групп населения.*

*В первую очередь, это дети, подростки, женщины репродуктивного возраста.*

*Особый акцент необходимо сделать на расширении доступности медицинской помощи для сельских жителей.*

*В прошлом году стартовал новый социальный проект – 2 специализированных лечебно-диагностических поезда «Денсаулык».*

*Они провели осмотр и лечение десятков тысяч человек в самых отдаленных уголках нашей страны.*

*Транспортная медицина для Казахстана очень актуальна, и мы будем её развивать.*

*В этом году будет запущен ещё один поезд.*

*Необходимо довести количество мобильных медицинских комплексов – автоклиник до 50-ти единиц.*

*Их производство должно осуществляться в Казахстане.*

*Поручаю Правительству до 2015 года обеспечить создание не менее 16-ти вертолётов для нужд санитарной авиации.*

*Поручаю также ускоренно проработать вопросы создания трассовых медико-спасательных пунктов.*

*Их надо расположить на аварийно опасных участках дорог республиканского значения.*

*Служба чрезвычайной медицинской помощи должна быть оснащена многопрофильными мобильными и аэромобильными госпиталями.*

*Уверен, что эти меры спасут тысячи жизней наших граждан.*

*Пристальное внимание необходимо уделить снижению уровня заболеваемости и смертности туберкулезом и ВИЧ в уголовно-исполнительной системе.*

*В результате выполнения этих задач к 2015 году ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев увеличится до 70-ти лет, а к 2020 – до 72-х лет и более.*

*Необходимо вести пропаганду здорового образа жизни, использовать созданную повсеместно спортивную базу.*

*К 2015 году будет построено 350 врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов и поликлиник.*

Из Послания Президента Казахстана Нурсултана Назарбаева народу Казахстана  
«Построим будущее вместе!»

## 2011 жылғы 19 қаңтарда Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы жұмыс қорытындылары және 2011 жылғы міндеттер бойынша кеңейтілген алқа мәжілісі өтті

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы жұмыс қорытындылары және 2011 жылғы міндеттер жөнінде Денсаулық сақтау министрі Салидат Қайырбекова баяндама жасады.

Алқа мәжілісінде 2010 жылдың денсаулық сақтау саласы үшін маңызы зор болғаны, өйткені бұл жыл Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005–2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын (Мемлекеттік бағдарлама) аяқтау және Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін (БҰДСЖ) енгізудің бірінші жылы екені атап өтілді.

Мемлекеттік бағдарлама шеңберінде салада бірқатар оң өзгерістерге қол жеткізілді. Негізгі демографиялық көрсеткіштер жақсартылды. 2004 жылмен салыстырғанда 2010 жылы туу көрсеткіштері 25%-ға ұлғайды, халықтың жалпы өлім-жітімі 11%-ға төмендеді, анна өлім-жітімі бір жарым есе, нәресте өлім-жітімі – 15%-ға төмендеді.

Әлеуметтік маңызы бар аурулардың бірқатарының тұрақты төмендеуі байқалады. Туберкулезбен сырқаттанушылық 2004 жылмен салыстырғанда бір жарым есеге, туберкулезден өлім-жітім екі есеге төмендеген. Қан айналымы жүйесі ауруларынан болған өлім-жітім 20%-ға, онкопатологиядан 8%-ға, жарақаттанудан өлім-жітім – 26%-ға төмендеді.

Соңғы 6 жылда денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасы жақсарды. Халықаралық деңгейде медициналық көмек көрсету үшін барлық жағдай жасалды.

«СҚ Фармация» ЖШС арқылы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМҚК) шеңберінде мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары үшін Дәрілік заттар дистрибуциясының бірыңғай жүйесін одан әрі дамыту бойынша жұмыс жалғасуда.

2010 жылдың 1 қаңтарынан бастап енгізілген БҰДСЖ дәрігер мен ауруханалық ұйымды еркін таңдау құқығын берді, өңірлерде жоғары мамандырылған көмекке қолжетімділікті қамтамасыз етті. Бас ғылыми-зерттеу институттары (ҒЗИ) мен республикалық клиникаларда сынақтан өткен халықаралық жаңа технологиялар бүгінгі таңда өңірлерде де табысты қолданылуда: қазіргі заманғы 43 медициналық әзірлеменің – 37-сі облыстарда іске асырылып жатыр.

Қазақстанда алғаш рет донорлық бүйрек трансплантациясы, гемофилия кезінде буындарды эндопротездеу, эндовидеонейрохирургияны пайдалана отырып операция жасау және тағы басқа бірегей операциялар өткізілді.

Халықтың, әсіресе шалғайда және жетуі қиын өңірлерде тұратын тұрғындарға, медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру бойынша шаралар кешені іске асырылуда. Осы мақсатта телемедицина енгізілуде, шалғайдағы елді мекендерде тұратын пациенттер үшін жоғары білікті мамандардың дистанциялық (қашықтан) кеңес беруі жүргізіледі. Медициналық көмекке қолжетімділікті қамтамасыз ету үшін қазіргі заманғы медициналық жабдықтармен жарақтандырылған және дәрігерлер бригадаларымен жасақталған жылжымалы медициналық кешендерді сатып алу басталды. Санитарлық авиацияны одан әрі дамыту жоспарлануда.

2010 жылы Ұлттық медициналық холдинг Назарбаев Университетінің академиялық ықпалдастық жүйесінің құрамына кірді. Ұлттық медициналық холдингтің базасында 22 басым бағыт бойынша 57 бірегей технология енгізілді.

Қазақстандықтардың денсаулығын одан әрі жақсарту және бәсекелестікке қабілетті денсаулық сақтау жүйесін құру үшін 2010 жылғы 29 қарашада Мемлекет Басшысының Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011–2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын (бұдан әрі – Бағдарлама) іске асыру бойынша 2011 жылы орындалатын іс-шаралар жоспарланған.

Денсаулық сақтау мәселелері бойынша сектораралық және ведомствоаралық өзара іс-қимылды күшейту, медицинаның профилактикалық бағытын арттыру, озық медициналық технологияларды одан әрі енгізу және кадр ресурстарын дамыту арқылы Қазақстан азаматтарының денсаулығын нығайту бағдарламасының негізгі мақсаттарына қол жеткізіледі.

Мемлекеттік бағдарламаны іске асыру халық қажеттілігіне сай келетін қазіргі заманауи және бәсекеге қабілетті денсаулық сақтау жүйесін құруға мүмкіндік береді.

### 19 января 2011 года состоялась расширенная коллегия Министерства здравоохранения Республики Казахстан об итогах деятельности за 2010 год и задачах на 2011 год

С информацией об итогах деятельности за 2010 год и задачах на 2011 год выступила Министр здравоохранения Салидат Каирбекова.

На коллегии отмечалось, что 2010 год стал значимым для всей отрасли здравоохранения, так как это год завершения Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики

Казахстан на 2005–2010 годы (далее – Госпрограмма) и первый год внедрения Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ).

В рамках Госпрограммы достигнут ряд позитивных изменений в отрасли. Улучшились основные демографические показатели. В сравнении с 2004 годом в 2010 году рождаемость увеличилась на 25%, общая смертность снизилась на 11%, материнская смертность снизилась в полтора раза, младенческая смертность – на 15%.

Отмечается устойчивое снижение ряда социально-значимых заболеваний. Заболеваемость туберкулезом в сравнении с 2004 годом снизилась в полтора раза, смертность от туберкулеза снизилась вдвое. Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 20%, от онкопатологий – на 18%, от травм – на 26%.

За последние 6 лет значительно улучшена материально-техническая база организаций здравоохранения. Созданы все условия для оказания медицинской помощи на международном уровне.

Продолжается работа по дальнейшему развитию Единой системы дистрибуции лекарственных средств для государственных организаций здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) через ТОО «СК Фармация».

Внедренная с 1 января 2010 года ЕНСЗ предоставила право свободного выбора врача и больничной организации, обеспечила доступность высокоспециализированной помощи в регионах. Новые международные технологии, апробированные в головных НИИ и республиканских клиниках, теперь успешно применяются в регионах: из 43 современных медицинских разработок – 37 реализуются в областях. Впервые в Казахстане проведены уникальные операции: трансплантация донорской почки, эндопротезирование суставов при гемофилии, операции с использованием эндовидеонейрохирургии и т.д.

Реализуется комплекс мер по обеспечению доступности медицинской помощи сельскому населению, проживающему в отдаленных труднодоступных регионах. Для этого внедряется телемедицина, проводятся дистанционные консультации высококвалифицированных специалистов для пациентов в отдаленных населенных пунктах. Для обеспечения доступности медицинской помощи начат закуп передвижных медицинских комплексов, оснащенных современным медицинским оборудованием и укомплектованных бригадами врачей. Планируется дальнейшее развитие санитарной авиации.

В 2010 году Национальный медицинский холдинг вошел в состав академической интегрированной системы Назарбаев Университета. На базе Национального медицинского холдинга в 2010 году внедрены 57 уникальных технологий по 22 приоритетным направлениям.

Для дальнейшего улучшения здоровья казахстанцев и создания конкурентоспособной системы здравоохранения на 2011 год запланированы мероприятия по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» (далее – Программа), утвержденной Указом Главы государства в ноябре 2010 года.

Путем усиления межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья, усиления профилактической направленности медицины, дальнейшего внедрения передовых медицинских технологий и развития кадровых ресурсов отрасли будет достигнута основная цель Программы укрепления здоровья граждан Казахстана.

Реализация Госпрограммы позволит создать современную и конкурентоспособную систему здравоохранения, отвечающую потребностям населения.

### **2011 жылғы 20 қаңтарда Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеттің қорытынды алқасы өтті**

2010 жылы Комитет қазіргі кездегі медициналық қызметтер сапасын басқаруды енгізу шеңберінде тәуелсіз сарапшылар институтын дамыту, медициналық ұйымдарды аккредиттеу бойынша жұмыстарын ары қарай жүргізді.

Құрамына әртүрлі мамандықтардың 300-ден аса аккредиттелген тәуелсіз сарапшылары, сондай-ақ 16 аккредиттелген кәсіби қауымдастықтар енгізілген мәліметтер банкі құрылды.

2010 жылы тәуелсіз сарапшылардың қатысумен 834 сараптама жүргізілді.

Еліміздің медициналық ұйымдарында медициналық қызметтер сапасын ішкі басқару қызметі (ішкі аудит) құрылды.

2010 жылы ішкі бақылау қызметімен көрсетілген медициналық көмектің сапасына қатысты 2206 өтініш қаралды.

«СК-Фармация» ЖШС арқылы мемлекеттік денсаулық ұйымдары үшін тегін медициналық көмектің



кепілдік берілген көлемі шеңберінде дәрілік заттардың бірыңғай дистрибуция жүйесін дамыту ары қарай жүргізілді. Сатып алынған дәрілік заттар жалпы тұтынатын көлемінің 70% құрады. Сонымен бірге, қазақстандық өндірушілерден сатып алу көлемі 749 746 мың тенгені, яғни барлық сатып алу сомасының 69% құрады.

Әлеуметтік осал және аз қамтылған халық топтарын қолдау мақсатында Денсаулық сақтау министрі және кәсіби фармацевтикалық қауымдастықтар арасында дәрілік заттардың 150 атауы бойынша бағасын тежеу бойынша меморандумға қол қойылды.

2010 жылы Комитет кәсіпкерлерді қолдау, әкімшілік кедергілерді төмендету мәселелері бойынша жұмысты ары қарай жалғастырды.

Тәуекелді бағалау жүйесін енгізу есебінен Комитет жоспарлы тексерудің 27,4% қысқаруына қол жеткізді.

Комитет Кеден одағының дәрілік заттардың айналысы мәселелері бойынша нормативтік құқықтық базасын жасауына белсенді атсалысты.

2011 жылы Комитеттің қызметі дәрілік заттардың және медициналық қызмет көрсету қауіпсіздігін, сапасының тиімділігін қамтамасыз ету, дәрілік заттар өндірісін тиісті практика стандарттарына сәйкестендіру, сыбайлас жемқорлық құқық бұзулардың профилактикасы және олардың алдын алу, кәсіпкерлік субъектілерді дамыту үшін әкімшілік кедергілерді төмендету, рұқсат беру құжаттарды оңтайландыру, кадрлар біліктілігін арттыру, біліктілік санаттарын беру, денсаулық сақтау субъектілерін аккредиттеу бойынша функцияларды кезең-кезеңмен қоғамдық бірлестіктерге беру, Халыққа қызмет ету орталығы арқылы медициналық қызметті лицензиялау және тәуелсіз сараптама жүргізу үшін жеке тұлғаларды аккредиттеу шараларын жүзеге асыруға бағытталатын болады.

## **20 января 2011 года состоялась итоговая коллегия Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

В рамках внедрения современных технологий управления качеством медицинских услуг Комитетом в 2010 г. продолжена работа по развитию института независимых экспертов, аккредитации медицинских организаций.

Создан банк данных независимых экспертов, включающий более 300 аккредитованных независимых экспертов различных специальностей, а также 16 аккредитованных профессиональных ассоциаций.

В 2010 г. проведено 834 экспертизы с привлечением независимых экспертов.

В медицинских организациях страны созданы службы внутреннего управления качеством медицинских услуг (внутренний аудит). За 2010 г. службой внутреннего контроля было рассмотрено 2206 обращений на качество оказанной медицинской помощи.

Продолжилось развитие Единой системы дистрибуции лекарственных средств для государственных организаций здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через ТОО «СК – Фармация». Закуп лекарственных средств составил до 70% от общего объема потребления. При этом общая сумма закупок у казахстанских производителей составила 749 746 тыс. тенге, что составило 69% от итоговой суммы закупок.

В целях поддержки социально уязвимых и малообеспеченных слоев населения Министром здравоохранения и профессиональными фармацевтическими Ассоциациями подписан Меморандум по сдерживанию цен на лекарственные средства по 150 наименованиям.

Комитетом в 2010 г. была продолжена работа по вопросам поддержки предпринимательства, снижения административных барьеров.

За счет внедрения системы оценки рисков Комитет добился сокращения количества плановых проверок на 27,4%.

Комитет принял активное участие в формировании нормативной правовой базы Таможенного союза по вопросам обращения лекарственных средств.

В 2011 г. деятельность Комитета будет направлена на обеспечение безопасности, эффективности, качества лекарственных средств и медицинских услуг, приведение в соответствие со стандартами надлежащей практики производство лекарственных средств, профилактику и предупреждение коррупционных правонарушений, снижение административных барьеров для развития субъектов предпринимательства, оптимизацию разрешительных документов, повышение квалификации кадров, поэтапную передачу функций по присвоению квалификационных категорий, аккредитации субъектов здравоохранения общественным объединениям, организацию мероприятий по осуществлению функции по лицензированию медицинской деятельности и аккредитации физических лиц для проведения независимой экспертизы через Центры обслуживания населения.

## ЛС для лечения заболеваний костно-мышечной системы

А.А. РАХМЕТОВА

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», г. Алматы

*Болезни костно-мышечной системы (БКМС) и соединительной ткани (XIII класс заболеваний) – наиболее распространенная причина тяжелых длительных болей и физической нетрудоспособности, поражающей все слои общества. Их социальная значимость определяется широкой распространенностью, постоянным ростом заболеваемости, существенными трудовыми потерями, связанными с хроническим прогрессирующим течением, а также значительной стоимостью лечения.*

Номенклатура ЛС, применяемых для лечения заболеваний костной и хрящевой тканей, достаточно обширна и разнообразна. В настоящее время в МЗ РК зарегистрировано 361 наименование лекарственных средств для лечения костно-мышечной системы (М-группа по АТХ классификации), производимых 40 странами. Действующие вещества представлены 40 МНН, не считая комбинированных препаратов. Более половины ЛС составляют противовоспалительные и противоревматические препараты (M01-АТХ группа) (рис.).

**M01 – Противовоспалительные и противоревматические**

**препараты.** Патология костно-мышечной системы занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения большинства стран мира. Хроническая боль (основной симптомокомплекс ревматических заболеваний) встречается более чем у 1/3 населения.

**M01A – Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).** Поскольку цель терапии при заболеваниях костно-мышечной системы – прежде всего облегчить боль и уменьшить воспаление, медикаментами первого ряда являются нестероидные противовоспалительные препараты. На казахстанском фармацевтиче-

ском рынке в настоящее время находится 215 НПВП (98,6% от всех противовоспалительных и противоревматических средств, зарегистрированных в МЗ РК). НПВП различаются как по фармакокинетическим свойствам, так и по переносимости. Одним из основных представителей НПВП является диклофенак. Благоприятное соотношение эффективности и безопасности обеспечило диклофенаку репутацию «золотого стандарта» НПВП, с которым сравнивают новые препараты. В широкой медицинской практике он занимает лидирующие позиции по частоте назначения при различных заболеваниях костно-мышечной системы. К достоинствам диклофенака следует отнести и разнообразие лекарственных форм: инъекционные растворы, пероральные, ректальные лекарственные формы, мази, гели, трансдермальные пластыри, благодаря чему удается добиться исчезновения или существенного уменьшения болевых ощущений у большинства пациентов.

По данным на 1.02.2011 г. в МЗ РК зарегистрировано 87 препаратов диклофенака (включая офтальмологические средства, препараты для местного применения), из них 87,36% – «Противовоспалительные и противоревматические препараты» (АТХ-группа M01).

Среди зарегистрированных НПВП значительную долю составляют: производные уксусной кислоты – 45,58%, оксикамы – 22,33%, производные пропионовой кислоты – 15,35%, другие

Примечание: Код АТХ-групп M01 – Противовоспалительные и противоревматические препараты

M02 – Препараты для местного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата

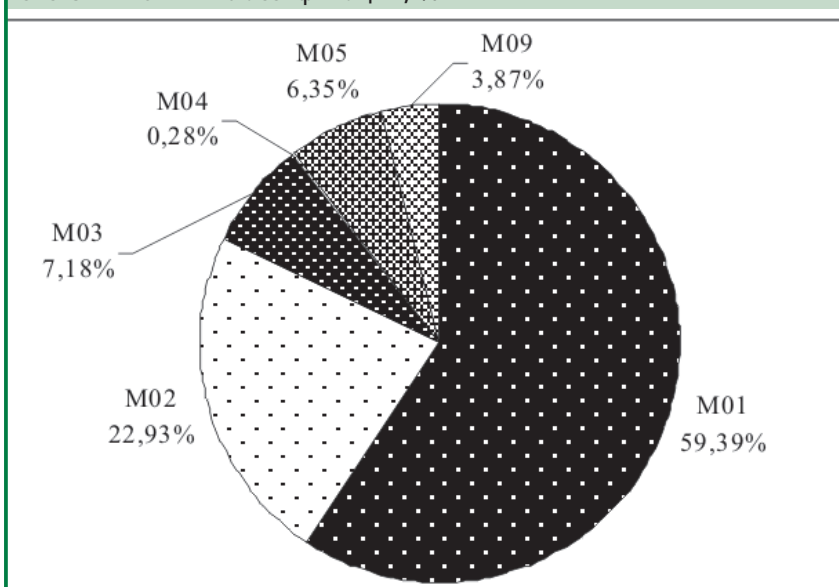
M03 – Миорелаксанты

M04 – Противоподагрические препараты

M05 – Препараты для лечения заболеваний костей

M09 – Препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата другие

Рисунок. Зарегистрированные ЛС для лечения костно-мышечной системы по АТХ-классификации, %



НПВП – 10,23%. Менее популярны у производителей коксибы, бутилпиразолидоны, фенаматы, комбинированные препараты – 6,53%.

*М02 – Препараты для местного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.* Если боль невыраженная, предпочтение отдается препаратам для наружного применения (кремы, мази, гели, содержащие диклофенак, ибупрофен, индометацин, кетопрофен, нимесулид и т.д.), обладающим обезболивающим и противовоспалительным действием. Локальная накожная терапия боли в мышцах и суставах лекарственными препаратами разных групп и их комбинациями является разумным дополнением к системно назначаемым анальгетикам и НПВП, позволяет уменьшить их количество благодаря большей биодоступности препарата к патологическому очагу, а в ряде случаев вообще обойтись без них, что наряду со снижением развития системных неблагоприятных побочных эффектов способствует улучшению общей переносимости терапии, и может рассматриваться как эффективная альтернатива внутрисуставному или периартикулярному лечению глюкокортикостероидами в тех случаях, когда инъекции неприемлемы для больного.

Популярными местно-раздражающими и анальгетическими средствами являются препараты, содержащие ментол, камфору, капсаицин. Терапевтический эффект обусловлен рефлекторными реакциями, которые связаны с раздражением нервных окончаний, в результате чего происходит образование и высвобождение биологически активных веществ, участвующих в регуляции болевых ощущений (эндорфинов, гистамина). Эффективность метилсалицилата обусловлена снижением синтеза простагландинов в результате неселективной ингибции циклооксигеназы, что способствует нормализации повышенной проницаемости капилляров, улучшает процессы микроциркуляции, уменьшает отек и инфильтрацию воспаленных тканей.

С введением в медицинскую практику диметилсульфоксида (димексида, ДМСО) появились новые возможности для усовершенствования локальной противовоспалительной терапии, хотя сфера применения этого препарата шире, нежели только местное лечение. ДМСО определенно тормозит воспалительные процессы различного происхождения и в этом смысле сближается с быстродействующими НПВП.

Препараты для локальной терапии болевого синдрома при заболеваниях костно-мышечной системы являются существенным дополнением к системно назначаемым НПВП, доля зарегистрированных ЛС М02-группы составляет 22,93% (рис. 1).

*М03 – Миорелаксанты.* Одним из наиболее значимых компонентов патогенеза болевого синдрома являются ригидность и мышечный спазм. Наличие боли усиливает тонус мышц, приводит к спазму сосудов, гипоксии и вазоактивному отеку тканей, которые, в свою очередь, также вызывают боль, образуя порочный круг «боль–спазм–боль». Для купирования повышенного мышечного тонуса или уменьшения его интенсивности используются миорелаксанты. Их применение способствует не только существенному снижению гипертонуса, но и уменьшению выраженности болевого синдрома, улучшению функциональной способности опорно-двигательного аппарата. М03-группа представлена 26 зарегистрированными препаратами, среди которых 9 – миорелаксанты периферического действия (атракурия бесилат, пипекурония бромид, суксаметония хлорид) и 17 – центрального (тизанидин, тольперизон, баклофен, тиоколлаксид и фенираמידол).

Тольперизон является миорелаксантом центрального Н-холинолитического действия. Структура тольперизона близка к структуре местных анестетиков (лидокаина), что обуславливает присущий ему анальгетический эффект. Кроме того, он обладает слабым спазмолитическим и сосудорасширяющим действием.

Баклофен обладает умеренной антиспастической и анальгезирующей активностью. Препарат является аналогом g-аминомасляной кислоты (ГАМК) и используется при лечении болезненных мышечных спазмов у пациентов с поражением структур спинного и головного мозга.

Особое место среди других миорелаксантов занимает производное имидазола – тизанидин. Он относится к миорелаксантам центрального действия и является специфическим агонистом  $\alpha 2$ -адренергических рецепторов. Основная мишень действия препарата – проводящие пути спинного мозга. Тизанидин эффективен как при остром болезненном мышечном спазме, так и при хронической спастичности спинального и церебрального генеза. Помимо выраженного антиспастического действия, тизанидин обладает прямым анальгезирующим действием. Он также усиливает анальгезирующее действие нестероидных противовоспалительных препаратов. В известной степени его влияние на интенсивность боли усиливается его седативной активностью.

По мнению специалистов, симптом-модифицирующая терапия болевого синдрома и ригидности при воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов и позвоночника должна быть комплексной и направлена как на уменьшение интенсивности боли или полное их устранение, так и на ликвидацию ригидности.

*М04 – Противоподагрические препараты.* Данная группа представлена одним лишь препаратом – Аллопуринол, таблетки 0,1 г, Борщаговского ХФЗ (Украина).

*М05 – Препараты для лечения заболеваний костей.* Остеопороз – это системное заболевание, характеризующееся потерей общей костной массы, в связи с чем кости становятся хрупкими и ломкими даже при небольших нагрузках. 23 препарата, влияющих на структуру и минерализацию костей зарегистрированы в МЗ РК. Патогенетическая терапия остеопороза традиционно

включает препараты, замедляющие костную резорбцию (бисфосфонаты, селективные модуляторы эстрогенных рецепторов – СМЭР, эстрогены, кальцитонин), медикаменты, стимулирующие костеобразование (паратиреоидный гормон, фториды, анаболические стероиды, андрогены, соли стронция, гормоны роста), и препараты многопланового действия (витамин D, статины, оссеин-гидроксиапатитный комплекс). Все перечисленные группы медикаментов повышают в разной степени МПКТ в позвоночнике, в меньшей степени в области бедра, снижают частоту новых переломов позвоночника. Однако, что касается уменьшения частоты переломов шейки бедра, наиболее тяжелого перелома, то специалисты считают доказанным это только для бисфосфонатов, в первую очередь алендроната, ризендроната.

*М09 – Препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата другие.* В настоящее время все более значимое место в терапии остеоартроза (ОА) занимают симптоматические препараты медленного действия с возможной структурно-модифицирующей активностью (SYSODOA). Они, как и НПВП, включены в рекомендации EULAR и OARSI по лечению ОА. К ним сегодня относят: глюкозамин (ГА) и хондроитин сульфат (ХС). По данным Госреестра МЗ РК, хондропротекторы составляют 3,87% от всех препаратов для лечения костно-мышечной системы. Характерной особенностью для них являются противовоспалительный эффект, сравнимый с НПВП и позволяющий снизить дозу последних, возможность сочетания с парацетамолом и НПВП, длительное сохранение лечебного эффекта, высокая безопасность и отсутствие серьезных побочных эффектов. При этом они способствуют замедлению прогрессирования ОА (по данным рентгенологических исследований). По данным госреестра МЗ РК, 25.01.2011 г. закончился срок регистрации инъекционной и пероральной лекарственных форм препарата

ДОНА, производства Роттафарм Лтд (Ирландия).

В Госреестре МЗ РК представлен целый ряд лекарственных форм препаратов ХС и ГА: таблетки, капсулы, порошки для приема внутрь, растворы для внутримышечного и внутрисуставного введения, гомеопатические капли.

Одной из важнейших задач, обеспечивающих эффективность лечения пациентов, является выбор врачом оптимальной для каждого пациента формы выпуска лекарственного вещества с учетом состояния и возраста больного. От избранной для конкретных клинических целей лекарственной формы зависят не только пути введения лекарственного средства в организм, но и отдельные особенности фармакокинетики (биодоступность, скорость всасывания в кровь и др.) и связанные с этим скорость развития, выраженность и продолжительность терапевтического эффекта. Детям и лицам пожилого и старческого возраста лекарственные средства для внутреннего применения целесообразно назначать в виде жидких форм (растворов, капель и т.д.). Это обоснованное утверждение. У пожилых людей в связи с развитием атрофических процессов слизистой ротовой полости, состоянием зубов и, что немаловажно, с изменением процессов глотания, нарушаются процессы переваривания и всасывания веществ в желудочно-кишечном тракте. Ослабление скорости обменных процессов с возрастом, сопутствующая патология, снижение физической активности ведут к ослаблению моторики желудочно-кишечного тракта.

Как известно, все структуры позвоночного столба, за исключением костной ткани, содержат нервные окончания и могут быть причиной появления боли. Существенным звеном хронического болевого синдрома является психологический стресс, который сам по себе утяжеляет хроническую боль за счет психосоматических патологических реакций (мышечные и сосудистые спазмы, дисфункции ор-

ганов и др.) и вследствие часто развивающихся у таких больных патологических психических реакций (нарушения сна, агрессия, истерия). Возникшие в результате прогрессирования заболевания функциональные нарушения приводят к повышению уровня невротизации и психологической дезадаптации, что ухудшает качество жизни. Наряду с воспалительным процессом, эти факторы также существенно влияют на уровень субъективного восприятия боли. Доказано, что восприятие боли у больных ревматоидным артритом определяется в основном степенью нарушения психологического статуса больных, а не выраженностью объективных изменений опорно-двигательного аппарата.

У пациентов с хроническим болевым синдромом развивается так называемое болевое поведение, которое по мере сохранения или прогрессирования боли сопровождается реактивной депрессией, состоянием беспомощности и безнадежности, негативным отношением к лечению и т.д. Эти психологические реакции также требуют коррекции. В подобных случаях эффективны психотерапевтические мероприятия и психотропные средства (транквилизаторы и нейролептики). Транквилизаторы, угнетая аффективный компонент боли без изменения порога болевой чувствительности, повышают устойчивость организма к хроническому болевому воздействию, разрывая порочный круг «боль–тревога–боль».

Следует подчеркнуть, что патологические состояния КМС касаются не только непосредственно этой системы, но и других систем организма (ЦНС, дыхательной, сердечно-сосудистой, ЖКТ, эндокринной и др.), негативно сказываются на репродуктивном здоровье, ведут к инвалидности в социально активном возрасте, доставляют физические и психологические страдания.



# Применение ступенчатой терапии больных остеоартрозом коленных суставов препаратом Олфен

Г.Х. ГАБДУЛИНА, С.А. ДАНИЛЕНКО, А.А. АХМЕТОВ  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ЛДЦ «Авиценна», г. Алматы

*Бұл мақалада Олфен сияқты қабынуға қарсы стероидты емес препараттың клиникалық тиімділігі мен қауіпсіздігінің мәселелері қарастырылады. Бақылауда остеоартрозға шалдыққан 18 науқас болды. Олардың клиникалық көрінісі синовиті бар гонартроз болды. 15 күн ішінде науқастар препаратпен сатылы ем қабылдады. Алғашқы 5 күн ішінде тәулігіне 75 мг дозадағы парентеральді инъекция түрінде қолданады, одан кейін 10 күн ішінде науқастар препаратты тәулігіне 100 мг дозада ішу арқылы қабылдады. Зерттеуде көзбен көру ұқсас Шкала– тыныштықта және қимыл қозғалысы кезінде ауыруды бағалау, Лекеннің қызметтік индексі, ACR бойынша препараттың тиімділігін бағалау сияқты параметрлер пайдаланылды. Алынған қорытындының нәтижесі кезінде қимыл қозғалысы және тыныш жағдайда ауру белгілерінің айқын дәрежесінің нақты азайғаны, емделушілердің функционалды белсендігі елеулі түрде артқаны, Лекен индексінің 3 есеге азайғаны белгілі болып отыр. Осылайша, Олфенмен сатылы ем жүргізу остеоартрозда кешенді ем жүргізуге ұсынылған.*

*In this article question of efficacy and safety of such nonsteroidal anti-inflammatory drugs as olfen is reviewed. 18 patients with osteoarthritis which clinical aspect was gonarthrosis and occurrence of synovitis were under the supervision. In the current of 15 days the patients were taken the graded treatment. In the first five days they were taken the Olfen's injections at the dose 75 mg a day. During 10 days the patients were lead Olfen at the dose of 100 mg a day. Such parameters as Visually Analogue Scale - estimation of pain at rest and in motion, the functional index of Leken, estimation of efficiency of the preparation according to ACR were used during the research. At the analysis of the received results authentic decrease in a painful syndrome is specified. The functional active of the patients is increased. The functional index of Leken is increased in three times. Thus the adaptation of the graded treatment with Olfen can be recommended in complex therapy of osteoarthritis.*

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц. Это самое частое заболевание суставов во многих популяциях земного шара, которое обычно манифестирует в возрасте старше 40 лет. Большое эпидемиологическое исследование в США выявило

рентгенологические признаки ОА, по крайней мере одной суставной группы, у 1/3 взрослых в возрасте 25–74 лет, причем распространенность ОА увеличивалась с возрастом. Так, среди лиц 65 лет заболевание диагностировали в 50%, а в возрасте старше 75 лет – в 80% случаев. Клинический диагноз ОА, когда присутствует главный критерий заболевания – боль в суставах в течение большинства дней предыдущего месяца был диагностирован у 12% пациентов, включенных в это исследование. По оценкам эпидемиологов, установленный врачами диагноз

имеют больше 20 млн взрослых в США. Средняя распространенность манифестного ОА в Шотландии увеличивалась от 5% в возрастной группе 40–50 лет до 25% к возрасту 70 лет. В Швеции распространенность клинического ОА в коленных, тазобедренных суставах и суставах кистей в возрастной группе 50–79 лет составила 5,8% /5/.

Основным клиническим симптомом ОА является болевой, для уменьшения которого активно применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Они обладают сочетанием противовоспалительного и анальгетического действия. Основным механизмом действия НПВП, определяющим их эффекты и токсичность, является подавление активности циклооксигеназы (ЦОГ) /1; 3/.

Длительная терапия НПВП может быть причиной целого ряда побочных эффектов, в первую очередь со стороны ЖКТ. Считается установленным, что риск гастропатии составляет 1% у пациентов, принимающих НПВП в течение 3–6 месяцев, и 2–4% у пациентов, принимающих их в течение года /3/. В этой связи поиск новых форм НПВП, сочетающих в себе высокую эффективность и безопасность одновременно, представляется весьма актуальным.

В нашем наблюдении был использован новый представитель группы диклофенака – Олфен (Merpha, Швейцария). Имеются несколько форм препарата: Олфен-75, инъекционная форма, содержащая 75 мг диклофенака натрия и 20 мг лидокаина гидрохлорида; Олфен-100, ректальные капсулы, содержащие 100 мг диклофенака натрия; Олфен-50, таблетированная форма, содержащая 50 мг диклофенака натрия.

Таблетки Олфен созданы с применением особой технологии компанией Merpha, направленной на постепенное высвобождение действующего вещества, – маленьких сферических частиц (pellets), которые упаковываются в капсулы или прессуются в таблетки. Такая техноло-

гия обеспечивает равномерное распределение действующего вещества и его постепенное всасывание, долговременную химическую стабильность препарата, высокую предсказуемость терапии и безопасность лечения. Олфен равномерно всасывается слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта, создает оптимальную концентрацию активного вещества в плазме, достаточную продолжительность действия. Энтеросолюбильное покрытие обеспечивает полное всасывание в тонкой кишке без неблагоприятных эффектов в желудке и пищеводе.

**Цель наблюдения** – изучение клинической эффективности ступенчатой терапии и переносимости препарата Олфен у больных гонартрозом.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 18 пациентов с ОА коленных суставов. Для исследования пациенты отбирались по следующим критериям:

1. Возраст старше 40 лет.
2. Первичное обращение при длительности суставного синдрома не более 3 месяцев.
3. Наличие одного из следующих симптомов: боль и крепитация в коленных суставах, утренняя скованность  $\leq 30$  мин, явления синовита.
4. Наличие болевого синдрома, характеризующего по ВАШ 40 мм и более.

Критериями исключения были высокая активность воспалительного процесса, признаки иного ревматического заболевания, период обострения язвенной болезни желудка или

двенадцатиперстной кишки, тяжелая сопутствующая патология. В течение 15 дней пациенты получали монотерапию НПВП. Первые 5 дней препарат применялся в виде парентеральных инъекций в дозе 75 мг в сутки, затем пациенты были переведены на пероральный прием в дозе 100 мг в сутки в течение 10 дней.

Больные распределились следующим образом: женщин – 13, мужчин – 5, средний возраст  $60,3 \pm 2,03$  года. Длительность заболевания была в среднем  $6,7 \pm 1,50$  года. Диагноз ОА устанавливался согласно критериям Альтмана (1991 г.). Эффективность терапии оценивали в течение 15 дней по динамике боли в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональному индексу тяжести Лекена. Степень эффективности лечения оценивали по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR). Для определения рентгенологической стадии ОА использовали классификацию Келлгрена и Лоурсена (1957 г.). Пациенты по рентгенологическим стадиям распределились следующим образом: II стадия – 12 человек, III стадия – 6 человек.

**Результаты и обсуждение.** При анализе полученных результатов лечения отмечается достоверное уменьшение боли при движении на 10 мм (по ВАШ) к 5-му дню наблюдений у пациентов, получавших препарат в виде парентеральных инъекций в дозе 75 мг в сутки. Также наблюдалось уменьшение болей в покое на 10 мм (по ВАШ). К 15-му дню наблюдений у пациентов на

фоне дальнейшего перорального приема препарата отмечается уменьшение боли при движении на 30 мм (по ВАШ). При этом боль в покое снизилась на 20 мм (по ВАШ), практически прошла у 4 пациентов (табл. 1).

Для оценки эффективности НПВП использовался функциональный индекс тяжести Лекена. Как видно из приведенной таблицы 1, отмечается значительное увеличение функциональной активности пациентов, уменьшение индекса Лекена в 3 раза.

При оценке эффективности терапии по ACR (табл. 2) – 50%-ная эффективность терапии данным препаратом наблюдалась у 8 пациентов, 70%-ная – у 6 пациентов.

Нежелательные явления отмечены у 2 больных: у 1 пациента в виде временных гастралгий к 10 дню наблюдения и у 1 – расстройство стула к 15 дню наблюдения. Отмены препарата не потребовалось.

**Выводы**

1. Препарат Олфен продемонстрировал высокую эффективность в комплексном лечении больных ОА коленных суставов.

2. Олфен обладает выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектом.

3. Использование ступенчатой терапии Олфеном может быть рекомендовано в комплексном лечении остеоартроза.

4. Отмечена хорошая переносимость препарата Олфен.

*Список использованной литературы можно запросить в редакции.*

Таблица 1. Эффективность терапии Олфеном у больных гонартрозом

	День осмотра	5 день	10 день	15 день
Индекс боли по ВАШ, мм при движении	58,53±4,13	41,92±3,84*	34,31±3,80*	28,54±3,50*
Индекс боли по ВАШ, мм в покое	43,38±4,52	34,85±4,16**	29,31±4,08*	22,46±3,30*
Функциональный индекс Лекена	12,62±1,42	9,62±1,08**	6,85±0,80*	4,62±0,48*

p\*\* < 0,01, p\* < 0,05

Таблица 2. Оценка эффективности терапии по критериям ACR

Показатель ACR	20%	50%	70%
Олфен	4	8	6

# Структурно-модифицирующие препараты в лечении остеоартроза

Г.Х. ЖАНСАРИНА, Г.М. УСЕРБАЕВА, Ж.А. РСАЛИНА,  
Л.Т. ТАНАТАРОВА

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», Военно-клинический госпиталь МО РК, г. Алматы

Остеоартроз – самая распространенная форма поражения суставов и одна из главных причин нетрудоспособности, вызывающая ухудшение качества жизни и значительные финансовые затраты.

Заболеваемость остеоартрозом резко увеличивается с возрастом, достигая трети населения в пожилом и старческом возрасте. Согласно демографическим прогнозам, к четвертому десятилетию XXI века численность людей старшего возраста увеличится на 20%, следовательно, увеличится и количество лиц, страдающих остеоартрозом.

Согласно классификации Американской ассоциации ревматологов и Европейской антиревматической лиги, средства для лечения остеоартроза подразделяются на симптом-модифицирующие и структурно-модифицирующие – в зависимости от степени их влияния на прогрессирование заболевания:

1) симптоматические препараты немедленного действия, а именно ацетаминофен, опиоидные анальгетики, анальгетические препараты и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а также глюкокортикостероиды, которые при выраженных признаках воспаления могут вводиться внутрисуставно;

2) группа препаратов, модифицирующих структуру болезни, или так называемых

хондропротекторов, которые сегодня являются одним из принципиальных назначений больным остеоартрозом. Часто еще их относят к симптоматическим препаратам медленного действия (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis – SYSADOA).

В целом, для всех хондропротекторов Е.Л. Насонов отмечает следующие общие черты:

- 1) их противовоспалительный эффект сравним с НПВП;
- 2) они позволяют снизить дозу НПВП;
- 3) эффект сохраняется после окончания лечения;
- 4) они сочетаются с парацетамолом и НПВП;
- 5) при их применении практически отсутствуют побочные эффекты;
- 6) они замедляют прогрессирование остеоартроза.

Последнее утверждение о модификации заболевания и хондропротекции еще не полностью доказано, но в ряде работ показана возможность для некоторых хондропротекторов замедлять структурные изменения суставов при остеоартрозе, это хондроитин сульфат (ХС) и глюкозамина сульфат (ГС).

По данным некоторых клинических исследований (Uebelhar, Verbruggen) зарегистрировано не только уменьшение клинических проявлений остеоартроза, но достоверно меньшее сужение суставной щели по сравнению с плацебо через 2–3 года лечения.

Исследование, проведенное в Швейцарии в течение года, тоже затронуло вопрос о наличии у ХС структурно-модифицирующих свойств, поскольку препарат оказывал стабилизирующее влияние на ширину суставной щели и метаболические процессы в субхондральной кости и хряще.

При проведенном мета-анализе пятнадцати международных рандомизированных клинических исследований, где эффективность хондропротекторов хондроитин сульфата и глюкозамин сульфата оценивалась влиянием на боль и функциональную активность суставов; структурно-модифицирующие свойства анализировались по рентгенологическому индексу сужения суставной щели (индекс «joint space narrowing» – JSN). Было установлено достоверное влияние данных препаратов на индекс JSN. Общая величина эффекта ES (effect size)=0,41; 95% ДИ 0,21; 0,60, что было оценено авторами как слабый или средний эффект. Эффективность в отношении симптомов также была достоверно выше в группе пациентов, принимавших хондропротекторы, по сравнению с получавшими плацебо.

По результатам многих клинических исследований зарегистрирован реальный анальгетический, противовоспалительный эффект, с уменьшением потребности в НПВП при пероральном назначении хондроитин сульфата, глюкозамин сульфата, диацереина и при введении внутрисуставно гиалуроновой кислоты. Отличительной их особенностью является время наступления эффекта, обычно спустя 2–8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2–3 месяцев после его прекращения.

Например, в 2008 г. был проведен анализ различных препаратов, входящих в группу симптоматических препаратов

медленного действия (SYSADOA) В целом, была проведена оценка использования таких препаратов, как хондроитин сульфат, диацерин, глюкозамин сульфат, препаратов авокадо/сои и гиалуроновой кислоты. В ходе проведенных исследований отмечено влияние этих препаратов на снижение боли, улучшение функциональной способности суставов при низкой токсичности. В последний мета-анализ вошли 20 клинических исследований.

Вместе с тем многообещающие данные по структурно-модифицирующему действию хондроитин и глюкозамин сульфата требуют дальнейшего подтверждения в длительных контролируемых исследованиях.

Использование комбинации глюкозамин и хондроитин сульфата тоже доказано в некоторых экспериментальных и клинических исследованиях.

Следует подчеркнуть высокую безопасность применения препаратов хондроитин сульфата, отмеченную во всех исследованиях.

Возможно в будущем нужно проводить еще более длительные исследования (оценка влияния на прогрессирование остеоартроза сложна и требует многолетнего лечения со стандартизированной оценкой рентгенологических проявлений болезни), которые подтвердят эффективность по структурно-модифицирующему действию, безопасность при длительном использовании хондропротекторов и помогут разработать новые схемы лечения.

Можно надеяться, что расширение и углубление знаний о патогенезе заболевания, механизмах действия препаратов

на разные патогенетические звенья болезни помогут разработать новые препараты, которые будут способны изменить течение остеоартроза.

Таким образом, лекарственные средства, применяемые при остеоартрозе, многочисленны и разнообразны и врач должен четко себе представлять, что больному остеоартрозом требуется не только терапия анальгезирующими средствами, а длительное (в течение месяцев и лет) лечение препаратами со структурно-модифицирующим эффектом.

### Литература

1. Florent Richy et al. Structural and Symptomatic Efficacy of Glucosamine and Chondroitin in Knee Osteoarthritis Arch Intern Med. 2003;163:1514–1522.

2. Горячев Д.В. Место препаратов хондроитина сульфата (Хондроксид и др.) в арсенале средств для лечения остеоартроза // ПМЖ, 2008, том 16, №10 :693–698.

3. Bruyere O. Evaluation of symptomatic slow-acting drugs in osteoarthritis using the GRADE system. BMC Musculoskeletal Disorders 2008, 9:165–174.

4. Reichenbach S., Sterchi R., Scherer M., Trelle S., Burgi E., Burgi U. et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. Ann Intern Med 2007, 146(8):580–90.

5. Hathcock JN, Shao A. Risk assessment for glucosamine and chondroitin sulfate. Regulatory Toxicology and Pharmacology, 2007; 47: 78–83.

6. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // Cons. med., 2005, т. 7, №8. – С. 634–638.

7. Florent Richy et al. Structural and Symptomatic Efficacy of Glucosamine and Chondroitin in Knee Osteoarthritis Arch Intern Med. 2003;163:1514–1522.

8. Altman R.D. et al. on behalf of the American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis on the hip and the knee. Arthritis Rheum. 2000;43:1905–1915.

9. Pendleton A., Arden N., Dougados M. et al. EULAR recommendations for the management of osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIIT). Ann Rheum Dis. 2000;59:936–944.

10. Pavelka K., Gatterova J., Olejarova M. et al. «Glucosamine Sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis.» Arch. Int. Med., 2002, V.162:2113–2122

11. Reginster J.Y., Deroisy R., Rovati L.C. et al. «Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomized, placebo-controlled clinical trial.» Lancet, 2001, V.357: 251–256

12. Michel B.A., et al. IBSA Satellite symposium, EULAR 2002, Stockholm, Sweden knee osteoarthritis: a pilot study. Osteoarthritis Cartilage 1998; 6 (suppl A): 31–36.

13. Verbruggen G, Goemaere S, Veys E. Chondroitin sulfate: S/DMOAD (structure disease modifying anti-osteoarthritic drugs) in the treatment of finger joint OA. Osteoarthritis Cartilage 1998; 6 (suppl A): 37–38.

14. Busci L, Poor D. Efficacy and tolerability of oral chondroitin sulfate as a symptomatic slow acting drug for osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 1998; 6 (suppl A): 37–38.

15. Dreiser RL. A large, randomised, placebo controlled, double-blind study of Glucosamine Sulfate vs Piroxicam and their association of the kinetics of the symptomatic effect in knee osteoarthritis. Rheumatol Europe 1997; 26: Suppl 2, 285.

16. Uebelhart, Thonar E, Delmas P et al. Effects of oral chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis: a pilot study. Osteoarthritis Cartilage 1998; 6 (suppl A): 39–46.

### ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ

#### ЦИТОХРОМ С ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАНО...

Компания ООО «Самсон-Мед» инициировала клиническое исследование, посвященное оценке эффективности препарата Цитохром С в комплексной терапии хронических неverifiedированных гепатитов в сочетании с токсическим поражением печени.

По материалам Remedium.ru



# Поражение печени ассоциированное с НПВП

О.А. НИЗОВЦЕВА

ГУ НЦ Биомедицинских технологий РАМН, г. Москва

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – большая группа лекарственных средств, нашедших свое широкое применение в различных областях медицины благодаря уникальному сочетанию противовоспалительного, жаропонижающего и анальгетического действия. По данным ВОЗ, около 20% населения земного шара регулярно принимают НПВП /1; 2/: для лечения ревматических и дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата, неврологической патологии воспалительного генеза, для купирования болевого синдрома, в том числе в онкологии и в послеоперационном периоде у хирургических больных, лихорадки различной этиологии, при альгодисменорее и др.

Побочные эффекты НПВП, в том числе серьезные, довольно часто отмечаются вследствие широкого, а нередко и бесконтрольного их применения при различных патологических состояниях. В структуре нежелательных реакций первое место занимает НПВП-индуцированная гастропатия. Важное значение с точки зрения склонности НПВП вызывать поражение желудочно-кишечного тракта имеет их селективность в отношении изоформ ЦОГ. Относительный риск тяжелых желудочно-кишечных осложнений существенно выше на фоне приема тех препаратов (индометацин, пироксикам), которые обладают низкой селективностью в отношении ЦОГ-2. При использовании селективного ингибитора ЦОГ нимесулида показатель риска гастротоксического действия составляет 8,2%, для неселективных ингибиторов

ЦОГ: пироксикама колеблется от 6,4 до 19,1%, диклофенака – от 7,9 до 23,4% /3/.

Лекарственное поражение печени (ЛПП) является редким осложнением терапии НПВП. О ЛПП известно более 60 лет, они составляют около 10% от всех побочных реакций макроорганизма, связанных с применением лекарственных препаратов. ЛПП в США являются причиной 2,5–3% всех случаев остро развившейся желтухи, в Европе этот показатель несколько выше и составляет 3–4% /4/. Острые ЛПП способны вызывать примерно 1000 препаратов, более 200 из которых потенциально гепатотоксичны /5/. Хронические ЛПП развиваются значительно реже. В целом, лекарства обуславливают до 40% всех случаев гепатита и до 25% – фульминантной печёночной недостаточности /6; 7/. В отличие от лёгких и почек, одинаково страдающих от токсического действия препаратов, вводимых внутривенно и перорально, ЛПП чаще возникают при энтеральном применении, что связано с особенностями кровоснабжения печени и метаболизма в ней лекарственных веществ /8; 9/.

Печень играет центральную роль в метаболизме многих лекарственных средств, являясь основным участником биотрансформации ксенобиотиков. ЛПП могут имитировать почти любые проявления острой или хронической болезни этого органа /10/. Клинические проявления гепатотоксичности включают признаки поражения желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, болью в животе, холе-

статической желтухой, зудом, острым воспалением, циррозом с печёночной недостаточностью, энцефалопатией и отёком мозга. Морфологические изменения варьируют от гепатита, холестаза, жировой дистрофии печени, гранулематозного гепатита, перипортального воспаления до фиброза с участками цирроза, повреждений сосудов и опухолей. Наиболее часто повреждения печени вызывают анаболические средства, пероральные контрацептивы, противотуберкулезные, противогрибковые препараты и антибиотики /10; 11/.

Функциональное состояние печени при ЛПП меняется неспецифично и сопровождается развитием таких состояний, как холестаз, цитолиз и воспаление. В патогенезе гепатотоксического действия лекарственных средств выделяют: снижение специфической функции гепатоцитов; нарушение микрогемодинамики; нарушение секреции желчи; развитие новообразований. В настоящее время нет специфических клинико-лабораторных и морфологических критериев обусловленности поражения печени используемыми лекарственными средствами. В большинстве случаев можно подзревать данную связь, поэтому целесообразно говорить о возможном гепатотоксическом эффекте применяемых лекарственных средств. Необходимо учитывать, что поражение может быть усугублено состоянием индивидуальной реактивности больного, гипоксией, хроническими инфекциями и, что особенно важно, взаимодействием факторов окружающей среды и наследственности /11/.

Лекарственное поражение печени, в том числе и НПВП, является одной из серьёзных проблем современной гепатологии. Несмотря на то что гепатотоксические реакции в структуре побочных эффектов

# НАЙЗ®

Нимесулид

Таблетки для приема внутрь 100мг №20

**ЖИЗНЬ  
В ДВИЖЕНИИ**

Показания  
к применению:

- лечение острой боли
- симптоматическое лечение болевого синдрома при остеоартрите
- первичная дисменорея



- Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие
- Препятствует разрушению хрящевой ткани
- Селективный конкурентный ингибитор циклооксигеназы-2
- Хорошо проникает в кислую среду очага воспаления, синовиальную жидкость

Представительство Компании «Д-р Редди'с Лабораторис Лимитед» в Республике Казахстан  
050057, г. Алматы, ул. Джандосова, 21, а/я-7, тел/факс: +7 727 3941294, 3941305

РК-ЛС-5-№013862 от 21 апреля 2009г.

Разрешение на рекламу 2808 от «12» ноября 2010 г.

Перед применением внимательно прочитайте инструкцию по медицинскому применению. Отпускается по рецепту врача



НПВП занимают малую долю, широчайшая их распространённость на фармацевтическом рынке и обычная высокая длительность их приёма обуславливает значительное количество случаев НПВП-гепатопатии. Гепатотоксичность НПВП сегодня служит предметом пристального изучения уже на уровне национальных департаментов здравоохранения /12; 13/. Практически любой препарат из рассматриваемой группы может явиться причиной поражения печени. Несмотря на то что относительный риск клинически значимого повреждения печени вследствие применения НПВП относительно невысок (8–27 случаев на 100 тыс. пациентов в год), последствия возникшего НПВП-индуцированного повреждения печени зачастую становятся самыми серьёзными: фульминантная печёночная недостаточность и гепаторенальный синдром /14/.

В патогенезе НПВП-ассоциированного поражения печени обсуждается роль блокады ферментных систем цикла Кребса и разобщения окислительного фосфорилирования (по типу синдрома Рейе) в митохондриях гепатоцитов, блокады фосфодиэстеразы IV, нарушения экскреции желчи вследствие образования объёмных комплексов метаболитов НПВП с желчными кислотами, энтеропечёночной рециркуляции НПВП, а также иммунологических нарушений. Однако НПВП не попадают в гепатоцит в концентрации, достаточной для реализации этих механизмов, и все случаи развития гепатотоксичности связаны с метаболической или иммунологической идиосинкразией, развитие которой нельзя прогнозировать и воспроизвести в эксперименте.

Факторы риска изучены недостаточно в связи с редкостью патологии. К ним можно отнести: женский пол пациента,

возраст старше 65 лет, наличие хронического аутоиммунного заболевания, наличие хронического диффузного заболевания печени, снижение функции почек, гипоальбуминемию, терапию высокими дозами НПВП, наличие хронического заболевания, требующего приёма НПВП, полипрагмазию /15; 16/. Наиболее часто при НПВП-ассоциированном поражении печени отмечается бессимптомное повышение уровней АлАТ и АсАТ у 1–5% больных, регулярно принимающих НПВП (обычно в 2–5 раз от нормы, редко – более чем в 50 раз). Клинически выраженные гепатотоксические реакции (острый лекарственный гепатит) наблюдаются редко – с частотой около 1 случая на 10 тыс. пациентов, регулярно принимающих НПВП. Эти данные получены на основании информации пяти популяционных исследований, охвативших более 1 млн больных /17/. В более редких случаях поражение печени может сопровождаться холестатической желтухой или фульминантной печёночной недостаточностью с вероятным летальным исходом.

Изучение проблемы гепатотоксичности НПВП началось с аспирина. К началу 80-х годов XX в. было опубликовано около 50 работ, описывающих поражение печени более чем у 300 больных, лечившихся ацетилсалициловой кислотой /18/. Почти в 3% случаев оно было тяжёлым, у двух пациентов имел место летальный исход. С приёмом аспирина также связывают так называемый синдром Рея, при котором сочетаются острое поражение печени (жировая дегенерация, некроз, портальное и перипортальное воспаление), гипогликемия, ацидоз, выраженная энцефалопатия у детей и подростков. В связи с этим с 1980 г. были сделаны предостережения по применению аспирина у детей, справедливые и сегодня.

На предмет гепатотоксичности также изучались результаты рандомизированных исследований применения различных НПВП (диклофенак, напроксен, ибупрофен, целекоксиб, рофекоксиб, вальдекоксиб, мелоксикам) у взрослых пациентов, страдающих остеоартритом или ревматоидным артритом. Всего в исследование были включены 67 статей из баз данных и 65 исследований из архивов FDA. Авторы мета-анализа анализировали частоту повышения уровня аминотрансфераз (более чем в 3 раза от нормы), случаев серьёзной патологии печени, а также случаев отказа от препарата, госпитализации или смерти, связанных с патологией печени на фоне лечения НПВП. Оказалось, что использование диклофенака и рофекоксиба достоверно ассоциировано с более высоким риском повышения уровня аминотрансфераз по сравнению с плацебо (0,29%) и другими НПВП (для всех в среднем частота этой побочной реакции составила менее 0,43%): диклофенак вызывал повышение аминотрансфераз в 3,55% случаев, рофекоксиб – в 1,8%. Серьёзная патология печени, ассоциированная с приёмом НПВП, встречалась очень редко и была сравнима с плацебо для всех препаратов (не превышала 0,04–0,06%). Клинически значимая частота отказов от препарата вследствие гепатотоксических реакций наблюдалась только для пациентов, принимавших диклофенак (2,17%), в то время как для остальных препаратов она была сравнима с плацебо. Из 37 671 случая госпитализации пациентов, включённых в исследования, только 1 случай был связан с гепатотоксическим действием НПВП, а из 51 942 случаев смерти – также зарегистрирован лишь 1 случай, ассоциированный с поражением печени на фоне лечения НПВП; у обоих пациентов использовался напроксен. В результате этого

исследования авторы сделали вывод, что хотя диклофенак и рофекоксиб демонстрируют более выраженное влияние на риск повышения уровня трансаминаз, ни в одном из проанализированных исследований не было выявлено клинически значимого увеличения риска серьёзных поражений печени, случаев отказа от препарата, госпитализации, смерти, которые можно было бы связать с гепатотоксическим влиянием НПВП.

Нимесулид (Найз) был разработан ещё в 1985 г. и является одним из первых НПВП, при изучении которого продемонстрирована более высокая селективность в отношении ЦОГ-2 и накоплен большой клинический опыт. В настоящее время нимесулид зарегистрирован более чем в 50 странах мира, в том числе в России /19; 20/. В многочисленных исследованиях *in vitro* и *in vivo* было показано, что препарат примерно в 5–20 раз более селективно ингибирует ЦОГ-2, чем ЦОГ-1. Клиническая эффективность нимесулида у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата продемонстрирована в серии двойных слепых контролируемых исследований /21/. При остеоартрозе нимесулид в суточной дозе 200 мг обладает сходной эффективностью с пироксикамом, напроксеном, диклофенаком, кетопрофеном и этодолаком. Частота побочных эффектов на фоне приёма препарата не отличается от таковой у плацебо или лучше, чем на фоне приёма других НПВП. По результатам нескольких плацебо-контролируемых исследований (22 939 пациентов с остеоартрозом, леченных нимесулидом в дозе 100–400 мг/сут в течение 5–21 дней), общая частота побочных эффектов, главным образом со стороны желудочно-кишечного тракта, составила только 8,2%. При этом развитие побочных эффектов явилось основанием

для прерывания лечения только у 498 больных (0,2%), а серьёзных анафилактических реакций или осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (язвы, кровотечение) зарегистрировано не было.

В настоящее время особое внимание привлекают побочные реакции со стороны печени, вызываемые нимесулидом /22/, применение которого в 2002 г. было приостановлено в Финляндии и Испании /23; 24/, а с 2007 г. – в Ирландии, где было зарегистрировано 6 случаев, потребовавших трансплантации печени пациентам, получавшим нимесулид. В клинических исследованиях продолжительностью 15 и 30 дней нимесулид вызывал менее чем двукратное повышение активности печёночных ферментов у 0,4% пациентов /25/. При удлинении продолжительности лечения до 6–12 месяцев повышенная активность ферментов регистрировалась у 1,5% больных. Подобные лёгкие нарушения функции печени описаны при применении практически всех НПВС /26/.

В период между 1985 и 2001 гг. основной производитель препарата компания Helsinn Healthcare получила сообщения о 195 побочных реакциях со стороны печени, из которых 123 были оценены как серьёзные и 72 – несерьёзные /23/. По подсчётам, за этот период нимесулид получили 304 млн пациентов, т.е. частота поражений печени при его применении составила 0,1 на 100 тыс. пациентов. За период с 1995 г. по настоящее время в Ирландское медицинское агентство поступило всего 53 сообщения о гепатотоксических реакциях в связи с применением нимесулида. Таким образом, частота поражения печени при приёме нимесулида сопоставима с таковой для большинства НПВС.

Аналогичные результаты были получены и в ретроспективном когортном исследовании, проведённом в одном из

районов Италии, где нимесулид является самым широко применяемым НПВС /27/. При этом было обследовано около 400 тыс. пациентов, принимавших НПВП за период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 2001 г., а всего проанализировано 2 млн назначений. Суммарная частота гепатопатий составила 29,8 на 100 тыс. пациентов-лет и ассоциировалась в большей степени с другими НПВП (диклофенаком – 39,2 на 100 тыс. пациентов-лет), чем с нимесулидом (35,3 на 100 тыс. пациентов-лет). Авторы исследования делают вывод, что риск поражения печени у пациентов, принимающих как нимесулид, так и другие НПВП, достаточно низок, а описанные в литературе факты гепатотоксических реакций на фоне приёма нимесулида носят характер отдельных случаев и не могут свидетельствовать о повышении риска в целом.

По мнению ведущих специалистов-гепатологов, НПВП фактически находятся на последнем месте в ряду причин лекарственных поражений печени и во много раз уступают в частоте развития гепатопатий таким распространённым лекарственным средствам, как антибиотики, противотуберкулезные и противосудорожные средства. По сравнению с риском развития НПВП-индуцированных гастропатий, риск НПВП-ассоциированного поражения печени минимален. Из этого соотношения следует, что при выборе НПВП преимущества за селективными ЦОГ-2 ингибиторами, в том числе нимесулидом. Таким образом, нимесулид, высокоэффективный противовоспалительный препарат, селективный ингибитор ЦОГ-2, вызывает нежелательные реакции реже, чем многие другие НПВС. Риск гепатотоксического действия нимесулида не следует переоценивать.

*Список использованной литературы можно запросить в редакции.*



# Medica mente, non medicamentis\*

А.А. РАХМЕТОВА, Н.У. ПЕРНЕБЕКОВА

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», г. Алматы

В последние годы значительно возрос интерес к методам народной и нетрадиционной медицины, которые вобрали в себя эмпирический опыт предшествующих поколений, и являются эффективным дополнением к существующим методам «классического научного» лечения в современной медицине.

Сегодня уже очевидна необходимость усвоения концепций и использования в практической деятельности наиболее интересных методов, наработанных вековым опытом врачевания различных народов, т.е. альтернативные подходы в медицине. Объединение классического и альтернативных подходов способно помочь нам перейти к более сбалансированному образу жизни и не только научиться качественно лечить болезни, но и не болеть.

Несмотря на то что альтернативная медицина представлена множеством разнообразных форм, практически для всех характерны общие принципы:

1. Холлистический подход. Человек – единое целое (разум, тело и дух). Врач принимает во внимание личность индивидуума, ее особенности, а также эмоциональный склад, стиль жизни, привычки, внешнее окружение пациента.

2. Баланс. Эмоциональная, физическая, умственная и духовная сбалансированность. Причиной болезни является какой-то возникший в организме дисбаланс. Считается, что эта сбалансированность связана с жизненной силой, или с энергией, которая, как предполагается, проходит через тело и Вселенную. Чтобы активизировать жизненную силу или придать ей определенную направленность, используются разнообразные методы.

3. Самоисцеление. Повышение адаптационно-компенсаторных возможностей, восстановление и мобилизация собственных ресурсов организма.

Среди болезней, с которыми рано или поздно сталкивается большинство людей, одно из первых мест занимают нарушения функций опорно-двигательного аппарата и

позвоночника. По распространенности они стоят на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний. Поскольку опорно-двигательная система – это наш каркас, опора и основа, то ее разбалансированность провоцирует болезни других систем и отдельных органов, а также снижение подвижности и ухудшение общего состояния организма.

Что же провоцирует бесконечные болезни опорно-двигательного аппарата? Специалисты утверждают, что к факторам риска относятся гиподинамия, несбалансированное питание, избыточный вес, механические травмы, нерациональный режим физических нагрузок, переохлаждение, ношение неудобной обуви. Все это не может не сказаться на состоянии опорно-двигательного аппарата.

Что может противопоставить официальная медицина остеохондрозам, остеопорозам, артритах, радикулитам и сколиозам? На первый взгляд выбор богат. Только в Казахстане разрешено к применению 361 лекарственное средство для лечения заболеваний костно-мышечной системы. В основном это анальгетики, противовоспалительные средства, миорелаксанты. К сожалению, при всей современной научной и технической вооруженности официальная медицина утверждает: любое заболевание позвоночника и суставов – это практически навсегда.

Врачи древности понимали, что конкретный случай заболевания имеет множество оттенков и причиной его служит общее состояние человека, неразделимое на духовное и физическое. Истари на том же основывались способы народного лечения, а сегодня тех же взглядов придерживается так называемая нетрадиционная медицина. При всем различии методов и подходов общей чертой многих систем нетрадиционной медицины является цельный подход к человеку и понимание огромной роли его духовной сферы, эмоций, психики и воли в состоянии здоровья. Болезнь на физическом плане является отражением тех процессов, что происходят на более тонких, энергетических уровнях. И лечение поэтому следует начинать с

них. Воздействовать через психику и волю на тело, на самые материальные физиологические процессы в организме учит целый ряд систем.

Наиболее часто в практике используют следующие методы альтернативной медицины:

- остеопатия;
- гомеопатия;
- натуропатия;
- традиционная китайская медицина (акупунктура, акупрессура);
- аюрведическая медицина.

Данные методы лечения существуют в рамках определенных школ, которые придерживаются собственных этических норм и стараются контролировать действия своих врачей так же, как это делается в официальной медицине.

Эффективные способы нетрадиционного лечения и сохранения здоровья позвоночника, имеющие наибольшую популярность, предложили Поль Брэгг, Кацудзо Ниши, Валентин Дикуль. Уникальность этих методов заключается в том, что авторы создали их на собственном опыте, пропустили, что называется, через себя.

Поль Брэгг прославился благодаря своей системе лечебного голодания, однако его интересы в области медицины и изучения человеческого организма были очень широки. В результате многолетних исследований он пришел к выводу, что здоровье человека определяется в первую очередь состоянием позвоночного столба. Именно Брэггу принадлежит знаменитое высказывание: «Позвоночник – это вешалка всех болезней». В соответствии со своей концепцией здоровья и болезней Брэгг о огромное внимание уделял способам сохранения и восстановления функций позвоночника. Начиная первые опыты оздоровления на самом себе и своих родных, позднее он стал известен тем, что лечил растяжения, последствия автомобильных аварий, травмы – в частности, спортсменов, наблюдая которых медики лишь качали головами. Поль Брэгг разработал уникальную «Программу по оздоровлению позвоночника», которая получила широкое признание потому, что сам создатель являл блестящий пример ее эффективности. Благодаря своим разработкам, а также сильному характеру и неукротимому желанию стать здоровым он не только навсегда избавился от болезней, но и прожил долгую активную жизнь. Он погиб в преклонном возрасте во время занятий серфингом, накрытый гигантской волной.

Система Брэгга по восстановлению гибкости позвоночника уникаль-

\*Лечи умом, а не лекарствами

на своей простоте и доступностью людям всех возрастов. Он разработал методику, строящуюся на трех «китах»: регулярные физические нагрузки, правильное питание, хороший отдых. В комплексе все это помогает восстановить подвижность межпозвоночных дисков, избежать остеопороза и отложения солей. Регулярные занятия в совокупности с оздоровительным голоданием, здоровым питанием, активным образом жизни и умением сохранять положительный настрой подарили великолепное здоровье и долголетие самому Брэггу и тысячам его последователей.

Знаменитая система здоровья японского ученого *Кацудзо Ниши* – не просто комплекс правил и упражнений, а целая философия. Он свел воедино многие элементы самых разнообразных практик, которые на выходе образовали целостную систему, обучающую жить согласно законам природы. Ниши осознал, что не существует болезни отдельно взятых органов, – все они являются следствием патологических изменений физиологических и энергетических систем организма, и одной из причин их возникновения является моральное истощение. Опираясь на эти представления, он создал концепцию оздоровления, известную как Система здоровья Ниши. Она построена на определенных философских взглядах («законы жизни управляют законами здоровья») и принципах гигиены. В ее основе лежит убеждение, что организм – это единая саморегулирующаяся система, способная самостоятельно восстановить нарушенные функции и преодолеть болезнь. Для этого необходимо не мешать внутренним силам организма работать правильно, т.е. способствовать оздоровлению и повышению продолжительности жизни, прислушиваться к ним и стимулировать их. Именно в способах такой стимуляции и заключается система Ниши, сочетающая в себе знания о питании, дыхании, движении, физической культуре и водолечении, и заключает в себе все необходимое для того, чтобы восстановить утраченную гибкость, выносливость позвоночника и оказывают комплексное оздоровляющее воздействие на весь организм.

*Валентин Дикюль* – создатель системы реабилитации людей, перенесших тяжелейшие повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата. В ее основу лег собственный трагический и мужественный опыт. Именно эта система здоровья является сегодня ключевой в плане

обобщения положительного опыта, накопленного официальной и альтернативной медициной. Валентин Дикюль, борясь с последствиями серьезнейшей травмы, познакомился практически со всеми известными методиками лечения болезней опорно-двигательного аппарата. Он собрал свое знание буквально по крупицам, используя любые возможности пополнить их «копилку».

Система Дикюля имеет строгое научное обоснование, построена на фундаменте точных данных физиологии, химии, физики. Победив свою болезнь, Дикюль помогает другим встать на тот же путь к здоровью, который прошел сам. Его называют целителем, врачом. И это справедливо, ведь Дикюль так много изучил и в теории, и на практике, что совершенно закономерно перед ним открылось новое поприще, на которое он сознательно вступил, чтобы помогать людям, близким к отчаянию.

Феномен Дикюля заключается в том, что автор методики в буквальном смысле слова поставил на ноги и себя, и тысячи своих пациентов и последователей. Все они единодушно утверждают: главное – настрой, дух, целеустремленность, настойчивость и терпение. Именно эти качества – залог выздоровления.

Два века назад было сформировано особое направление клинической медицины, получившее название *гомеопатия*, создателем которой является австрийский врач Фридрих Христиан Самуэль Ганеман (1755–1843). Основным законом, на котором базируется гомеопатия – это закон подобия «*similia similibus curantur*» – «подобное лечится подобным».

Одной из величайших загадок гомеопатии является то, что положительный эффект производится веществами, которые разведены до бесконечно малых концентраций. Вопрос об эффективности малых доз до сих пор вызывает много кривотолков, споров и недоверия.

Сам Ганеман утверждал, что действие оказывается на жизненную силу людей. По его мнению, жизненная сила – это некая организующая и оживляющая энергия, которая поддерживает нас в здоровом состоянии. «Жизненная сила» – понятие примерно аналогичное понятию «ци» в китайской медицине или «праны» в аюрведе. Использование одной неуловимой энергии лекарства, влияет на другую энергию – жизненную силу организма и поднимает ее на более высокую ступень организации, помогая ликвидировать симптомы, наблюдающиеся у тела.

Лечение заболеваний двигатель-

ного аппарата по принципам классической гомеопатии часто довольно сложно, поскольку речь идет о продолжительных, часто прогрессирующих процессах. Конечно, с помощью гомеопатии нельзя вылечить перелом кости, но можно содействовать успешной костной регенерации после смещения кости, так как действие гомеопатических средств направлено на мобилизацию компенсаторных механизмов организма.

При выборе методов лечения болезней костно-мышечной системы больной может обратиться и к *натуропатии*. На протяжении веков у метода были известные сторонники, начиная с древнегреческого врача Гиппократ, чьим главным правилом было «не навреди». Убеждением в том, что целебные силы скрыты внутри самого организма, что лечит природа, а врач ей только помогает, лежало в основе принципов врачевания Авиценны, Парацельса и других знаменитых врачей прошлого. Врачи-натуропаты считают, что причина многих болезней кроется в неправильном образе жизни и мыслей, и если гармонизировать жизнедеятельность организма, используя естественные методы оздоровления, то это позволит надолго сохранить крепкое здоровье.

К натуропатическим методам лечения относятся голодание, гидротерапия, солнечные и воздушные ванны, физические упражнения, биорезонансная, су-джок-терапия, ароматерапия, цветомедитация, применение биологически активных пищевых добавок и др. Цель всех этих методов – достижение гармонии физического и душевного состояния человека без применения фармакологических лекарственных средств. Нужно стать человеком, который пытается сам бороться за свое выздоровление, за здоровье своих детей, стремится вернуться к активной жизни.

Натуропаты акцентируют внимание на возможности самостоятельно выздоровления и самовнушения. Для достижения успеха необходимо, чтобы больной активно участвовал в процессе лечения.

Чаще всего врачи, представители официальной медицины, признают основные положения натуропатии и рекомендуют использовать ее методы в сочетании с лекарственной терапией. Однако они не рекомендуют полностью отказываться от применения лекарственных препаратов, если заболевание поддается медикаментозному лечению.

*Ароматерапия*. Использование натуральных эфирных масел пред-

ставляет собой древнее искусство, которое берет свое начало со времен древних египтян и персов. Однако своим вторым рождением в современном виде эта методика обязана французскому химику Р. Геттефосси.

В ароматерапии используются высококонцентрированные масла, полученные путем перегонки экстрактов из растительного сырья. Каждое масло имеет свои специфические свойства, физические и/или психологические. Одни успокаивают или оказывают стимулирующее действие, другие уменьшают боль, третьи могут использоваться для борьбы с инфекцией или для профилактики. Различные виды ароматических масел можно использовать, когда принимаете ванну, при ингаляции, энергично втирать в места, где прощупывается пульс, прикладывать как компрессы.

Большинство ароматерапевтических средств достаточно безопасны для применения, но прежде чем использовать ароматические масла как в лечебных, так и в профилактических целях, следует обратиться за советом к квалифицированному ароматерапевту.

*Гидротерапия* буквально означает «лечение водой», которое может принимать самые разнообразные формы: от горячей ароматической бани или сауны до минеральных ванн.

Исцеляющие свойства воды известны с незапамятных времен. Многие первые оздоровительные курорты Древней Греции и Рима специально располагались у водных источников, богатых полезными минеральными веществами. Именно целебному воздействию этих минеральных веществ на пораженные артритом конечности или воспаленные от ревматизма суставы обязаны своей популярностью водные курорты. Бум курортных городков при минеральных источниках, охвативший Европу в XVII в., вполне понятен и отражает популярность вод.

При проведении гидротерапии используют воду для проведения специальных курсов лечения. В настоящее время такое лечение может включать паровые ванны, джакузи, пузырьковые ванны, игольчатый и контрастный душ. На больные суставы накладывают холодные и горячие компрессы, а на водных курортах пьют воду, богатую минеральными веществами, проводят различные упражнения в воде, принимают процедуры в горячем природном источнике.

Гидротерапия часто предписывается натуропатами как часть системы

лечения. Чередование горячей и холодной воды помогает взбодрить тело, улучшает кровообращение, облегчает боль и снимает напряжение.

Возможно одним из самых древних в медицине способов облегчения боли является *массаж*. Каждый человек с детства знает, что, если потереть ушибленное место, станет легче, и мягкие формы массажа сейчас широко используются при лечении многих заболеваний. Еще Гиппократ писал: «Для того чтобы быть здоровым, необходимо каждый день принимать ароматизированную ванну и делать массаж ароматическими маслами». Вплоть до XIX в. массаж как широко используемый метод упоминался почти во всех учебниках по медицине. С появлением большого количества химических лекарственных препаратов он утратил популярность.

В результате изобилующего стрессами образа жизни современного человека в организме накапливается хроническое мышечное напряжение, которое отрицательно сказывается на функциях организма и на его психологическом состоянии. Массаж способствует снятию напряжения и расслаблению, дает ощущение комфорта, что полезно как с физиологической, так и с психологической точки зрения. Массаж особенно полезен в тех случаях, когда затруднен отток лимфы в результате травмы или хирургического вмешательства. Улучшение циркуляции лимфы активизирует очистку организма от токсинов. Благодаря этому массаж может сочетаться с любыми другими направлениями медицины, повышая их эффективность.

Всплеск интереса к экзотической восточной медицине порожден положительными отзывами о *китайской системе здоровья и медицины*, в основе которой лежит принцип «ци», жизненной силы, сконцентрированной в нашем теле. Чтобы тело было здоровым и находилось в равновесии, должно соблюдаться равновесие между двумя противоположными началами – инь и ян. Инь иногда называется женским началом, а ян – мужским, они соответствуют нашим представлениям о противоположностях: горячее и холодное, темное и светлое, активное и пассивное.

Если человек здоров, то в его организме поток энергии «ци» свободно распространяется по 12 меридианам, которые идут через тело от рук и ног к голове. Каждый из этих меридианов связан с различной системой или органом тела. При заболевании нарушается баланс между инь и ян и поток энергии пре-

рывается. Вдоль этих каналов расположены акупунктурные точки, где, как утверждается, концентрируется «ци». Стимулируя эти точки иглами или массажем, можно восстановить поток энергии.

*Акупунктура (иглоукалывание)* – это древняя практическая методика, которая является неотъемлемой частью традиционной китайской медицины. Для акупунктуры используются иглы из нержавеющей стали, золота или серебра которые вкалываются в кожу в различные акупунктурных точках. На теле человека таких точек насчитывается до двух тысяч. Иглы затем поворачиваются или перемещаются для того, чтобы отрегулировать поток «ци» по меридиану. Сейчас применяется также электроакупунктура, которая может быть использована для измерения энергетических потоков в различных точках с целью обнаружения области заболевания. С помощью клемм, подсоединенных к иглам, через пациента пропускается слабый электрический ток. Это помогает обнаружить и снять блокаду, а также облегчает боль.

Акупунктура иногда сочетается с лечением травами, поскольку эти два метода предлагают различные, но параллельные пути регулирования баланса «ци» и укрепления пораженного органа.

Сейчас официальная медицина начинает признавать акупунктуру в лечении множества заболеваний, хотя врачи настаивают, что не стоит отказываться от стандартных методов фармакотерапии.

*Акупрессура* – еще более древний метод, чем акупунктура, он был известен еще в III в. до н. э. В восточной терапии он первоначально появился в Китае, но различные его вариации известны и в других странах. Древние китайцы обнаружили, что давление на определенные точки тела может облегчать боль и улучшать самочувствие. Этот метод основывается на том же самом принципе меридианов и точек, что и акупунктура, но для восстановления потока «ци» в пораженных органах используются не иглы, а давление пальцев. Акупрессура – безопасный метод при большинстве состояний и, как утверждают, особенно эффективна при головной боли, болях в спине, астме, аллергии. Она обычно используется в сочетании с другими методами, чаще всего с йогой или лечением травами.

Не менее модной стала и *аяурведическая медицина*. Веды – это древнеиндийский философский и духовный трактат, составленный почти 5 тыс. лет назад. Веды состоят из 4 так называемых ведических наук:



самопознания, йоги, ведической астрологии и аюрведы.

Как и другие направления натуральной медицины, аюрведа базируется на понятии жизненной энергии, которая называется прана и служит первичным элементом жизни, тела и сознания. Подобно китайской «ци» – это незримая сила, от которой зависят жизнь и здоровье. Поскольку прана считается неким продуктом питания, поступающим в тело при дыхании, важную роль в аюрведе играют дыхательные упражнения. Дыхание – прямой путь к внесению в организм и наращиванию там жизненной энергии. Для того чтобы впитывать прану и использовать ее для оживления и оздоровления тела, в аюрведе используют ряд дыхательных упражнений, называемых пранаяма.

В основе аюрведы лежит концепция о том, что все сущее состоит из пяти главных элементов: земли, воздуха, огня, воды и эфира. Эти элементы формируют все материальное – и жизненные процессы в том числе.

Здоровье, согласно аюрведе, есть равновесие и гармония между всеми этими силами в человеке, а также между человеком и окружающей его средой. Дисбаланс может быть вызван постоянным стрессом, недостаточным отдыхом, некачественной пищей, плохой экологической обстановкой и многими другими факторами. Одной из важных причин возникновения дисбаланса могут быть подавленные эмоции. Лечение направлено не против болезни как таковой, а скорее на восстановление целостности организма и повышение его сопротивляемости. Основной задачей лечения является восстановление равновесия, очистка и гармонизация всей телесно-душевной системы.

Многие аюрведические методики сейчас объединены с натуропатией и включают лечебное голодание, специальный режим питания, применение препаратов из лекарственных растений и гомеопатических средств. Врач, практикующий аюрведу, порекомендует физические и расслабляющие упражнения, систему правильного дыхания, медитацию, массаж.

Применение аюрведы ограничивается в случаях травматических повреждений, острой боли, запущенных болезней и тех, которые требуют хирургического вмешательства.

Все большую популярность среди людей разного возраста занимает *йога*. Ее цель – достижение физического и духовного единства и таким образом улучшения общего здоровья

и самочувствия. Йога дает терапевтический эффект для широкого круга физических и психических недугов. Этот метод работает на нескольких уровнях. Укрепление мышц помогает телу вернуть естественную правильную осанку, что полезно при проблемах с суставами, таких как артриты и ревматизм, боли в спине и шее.

Один из альтернативных методов манипуляций с телом, который практикуется уже многие сотни лет, *osteопатия*. Термин «osteопатия» был предложен более 130 лет назад американским врачом-хирургом Э.Т. Стиллом, который сформулировал основные принципы остеопатии и разработал комплекс специальных ручных приёмов диагностики и лечения целого ряда заболеваний. Стилл создал первую остеопатическую школу (в США) и выдвинул постулат, который стал главной концепцией остеопатии: «Структура управляет функцией, функция определяет структуру», т.е. организм – единое целое и необходим комплексный подход к лечению. Другими важными идеями в остеопатии стали следующие постулаты: «Жизнь – это движение» – все органы, ткани человеческого тела в норме находятся в физиологической подвижности, изменяемой ритмом мышечных сокращений, дыхательных движений, пульсации сосудов. В ответ на травматическое воздействие, эта подвижность может нарушаться, что приводит к расстройству функции фиксированного органа. «Правило артерии первостепенно» – подразумевает важность нормального кровообращения в поддержании здоровья человека. «Организм – саморегулирующаяся система» – указывает на возможность тела адаптироваться к неблагоприятным внешним воздействиям, в том числе травмам. «Нервная система – основа интеграции» – включает главенство нервной системы в обеспечении полноценной работы других физиологических систем тела.

Эти принципы не являются эмпирическими законами, скорее они служат подосновой остеопатической философии и взгляда на здоровье и болезнь.

Основной целью остеопатии является поддержание структуры организма в сбалансированном состоянии, чтобы он мог работать с максимальной возможной эффективностью и справляться с внешними проблемами с помощью самоисцеления.

Чаще всего нарушения в организме, беспокоящие больного, заметит только остеопат во время осмотра (напряженные мышцы, затрудненные движения и т.д.). Врач может помочь

организму «вспомнить» здоровое состояние и вернуться к нему. Лечение направлено на то, чтобы заставить внутренние силы организма скорректировать дисбаланс. Как только равновесие восстанавливается, в организме начинается процесс самостоятельного оздоровления.

Многие врачи, пусть даже не разделяющие эти мнения, соглашаются, что приемы, которые используют остеопаты, должны применяться при лечении многих заболеваний костно-мышечной системы. Проведенные исследования показали, что остеопаты могут облегчить болезненные симптомы и сократить время болезни пациента.

Кроме описанных в данной статье альтернативных методов лечебного и профилактического воздействия на заболевания костно-мышечной системы, в медицине широко используются мануальная терапия, хиропрактика, иглоукалывание, физиотерапия, гирудотерапия, рефлексотерапия и др. Эффективность всех подобных методов доказана при лечении многих заболеваний, они могут вполне органично дополнять основной курс медикаментозного лечения, однако большинство врачей считают, что острые заболевания, связанные с риском для жизни, лучше лечить методами традиционной медицины.

При этом важно не забывать, что эмоциональный подъем или концентрация сил в связи с тяжелыми испытаниями мобилизуют человеческий организм, позволяют быстрее и легче преодолеть их. В экстремальных условиях раскрываются огромные резервы нашего тела. Общеизвестно, что редко болеют люди целеустремленные, одержимые идеей, занятые научным поиском, какой-либо деятельностью, которой отдаются целиком, вкладывая в нее все силы, и находят в ней смысл жизни. Тогда как негативная мысль разъедает волю, питает энергию болезни. Роль психики, эмоций и волевого начала настолько очевидна, что даже врачи, придерживающиеся традиционных взглядов, не отрицают данного факта.

Становясь на путь исцеления, больной должен выбрать разумный способ оздоровления (после совета со специалистом), где найдется место как современным методикам, так и приемам народной медицины, помочь себе воспользоваться внутренними резервами, усилить собственные защитные силы.

И помните главный совет Поля Брэга, объединяющий все рекомендации: *ведите активный образ жизни!*



# Опыт применения Арколайт у больных остеоартрозом

Г.Ж. ЖАЙЫНБАЕВА

Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент

*Арколайт ББҚ-ны негізгі еммен бірге қолданып емдік қасиетін зерттеу барысында 20 адам остеоартроз диагнозмен ем қабылдады. Байқауда болған 40 науқас. 60 күн бойы жоғарыда аталған дәріні қабылдады. Арколайт емдік әсері жоғары екенін және науқас ағзасы жеңіл қабылдайтыны дәлелденді.*

*The efficiency of Arkolait in the treatment of 20 patients with osteoarthritis is investigated. 40 patients with osteoarthritis with clinical aspect were under supervision. In the current of 60 days the patients were the graded treatment. Arkolait – provides an effective and fast treatment is well tolerated and safe.*

Остеоартроз (ОА) – самое частое заболевание суставов во многих популяциях земного шара. ОА выявляют у 10–12% взрослых, а в пожилом и старческом возрасте – у 70–80%. Учитывая распространенность остеоартроза, его лечение является важной социальной проблемой. В последние годы в качестве патогенетической терапии все активней применяются хондропротекторы, структурно-модифицирующее действие которых доказано многочисленными исследованиями. Наше внимание привлекла биологически активная добавка (БАД) Арколайт, производства компании Панацея Биотек Лтд, Индия.

**Цель настоящего исследования** – изучение клинической эффективности препарата Арколайт в лечении остеоартроза.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 40 пациентов с ОА, из них 30 женщин, 10 мужчин. Средний возраст пациентов составил  $50,2 \pm 7,3$  лет. Длительность заболевания была в среднем  $6,9 \pm 2,03$  года. Диагноз ОА устанавливался согласно критериям Альтмана (1991). Функциональная недостаточность суставов II степени наблюдалась у 80% больных, III степени – у 1%, I степени – у 19%. У 60% больных наблюдалась II рентгенологическая стадия (J. Kellgren), у 40% – III стадия. Больных рандомизировали на 2 группы: основную и контрольную. Группы были сопоставимы по возрасту, полу больных, длительности и стадии заболевания, сопутствующей патологии. Больным I группы (20 человек) назначали Арколайт по схеме 1 таблетка 2 раза в день

(1 г в сутки) 1 месяц, затем по 1 таблетке в день (0,5 г в сутки) 1 месяц. Пациенты II контрольной группы (20 человек) принимали плацебо. Продолжительность курса лечения – 60 дней. Эффективность терапии оценивалась по динамике боли в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональному индексу тяжести Лекена.

## Результаты и обсуждение.

При анализе полученных результатов лечения отмечается, что у пациентов, принимавших Арколайт, который использовался как дополнение к базовой терапии, наблюдалось достоверное уменьшение болевого синдрома при нагрузке и в покое. Эффект лечения БАДом Арколайт расценен больными следующим образом: значительное улучшение – 52,5%, улучшение – 45,0%, без эффекта – 2,5%; врачом – значительное улучшение – 52,5%, улучшение – 47,5%.

Переносимость Арколайта у 42,5% пациентов I группы отмечалась как хорошая, у 57,5% – как отличная.

## Выводы.

1. Арколайт является эффективным и хорошо переносимым БАДом для патогенетической терапии ОА в комплексе с основной терапией
2. Арколайт по эффективности и переносимости превосходит плацебо.

## Литература

1. Насонова В.А., Сигидин Я.А. Патогенетическая терапия ревматических заболеваний. – М., 1985. – 286 с.
2. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации по ревматологии. – М., 2006. – 265 с.

Таблица. Сравнительная эффективность лечения больных ОА БАДом Арколайт и контрольной группы

Показатели	I группа, n=20		II группа, n=20	
	1 день	60 день	1 день	60 день
Индекс боли по ВАШ при движении, мм	54,13±4,12	27,59±3,20	53,47±3,31	40,7±2,90
Индекс боли по ВАШ в покое, мм	39,98±13,4	21,48±2,70	38,78±15,9	33,23±2,41
Функциональный индекс Лекена	11,45±1,28	3,61±0,37	10,95±1,54	8,75±0,15

## Боль сердечная – проблема «вечная»?

Данные ВОЗ свидетельствуют: причиной трети всех летальных случаев на планете являются сердечно-сосудистые заболевания, ежегодно по этой причине уходит в мир иной более 17 млн землян. К 2015 г., согласно прогнозам ее аналитиков, число потерь из-за ишемической болезни сердца, патологии сосудов головного мозга, атеросклероза периферических артерий, ревматических поражений сердца, врожденных пороков развития сердца, тромбоза глубоких вен и эмболизации сосудов легких и других нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы мы будем терять ежегодно около 20 млн человек. Доминирующую роль в смертности от ССЗ займут острый коронарный синдром и инсульт.

### Каждый десятый среди нас – сердечник

Не обошла стороной эта проблема и нашу страну. Болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности и смертности казахстанцев, с ними связан практически каждый второй случай летального исхода. Ежегодно по этой причине мы теряем более 80 тыс. сограждан! Различными патологиями со стороны сердечно-сосудистой системы страдает свыше 1,8 млн казахстанцев. По данным Казахского НИИ кардиологии и внутренних болезней, распространенность заболеваний системы кровообращения в нашей стране за последние два десятилетия выросла почти в 10 раз – со 127,5 случая на 100 тыс. населения в 1989 г. до 1204,3 в 2008 г. Это самый высокий показатель в мире, и второй среди стран Содружества. В европейских странах этот показатель ниже в разы, в Дании, например, на 100 тыс. населения приходится 200,8 человек с таким недугом, в Англии – 211,1, в Венгрии – 502,4.

### ВОС все равно, что СОС

Сигналом бедствия, сродни известному всей планете СОС, стал сегодня еще один диагноз кардиологов – ВОС. Внезап-

ная остановка сердца все чаще становится причиной смерти, и не только пожилых людей, обремененных артериальной гипертензией, слабыми сосудами и другими возрастными болячками, но и совсем молодых. ВОС на сегодня является одной из наиболее распространенных причин смертности во всем мире. В Казахстане ежегодно от внезапной остановки сердца умирает около 20 тыс. человек, причем, большинство из них – это еще молодые, трудоспособные люди. Характерными особенностями ВОС являются неожиданность и быстрота. Выжить такой больно сможет, если специализированная медицинская помощь подоспеет в течение первых трех-пяти минут после потери сознания и сможет вновь запустить остановившееся сердце. К 14-й минуте его шансы на жизнь равны нулю. Надо ли говорить, что за такой скоростью развития событий не успевают самые современные наши реанимобили?...

... Прошлой осенью мы похоронили любимого племянника Володю, сиротами остались двое сыновей-подростков. Ничто не предвещало беды – утром он, как обычно, позвонил нам, чтобы узнать о здоровье дядюшки-тетушки. Между делом пожаловался – что-то неважно себя чувствует, поэтому

запланированную на сегодня рыбалку придется отменить. Но вместо того чтобы пойти в больницу или просто полежать, отправился на рынок – закупить продуктов. Семья только что закончила евроремонт и приглашала всех родственников и друзей оценить его... А в 12 часов дня позвонила его жена – у Володи остановилось сердце. «Скорая», даже с учетом вечных алматинских пробок, приехала относительно быстро, минут через 15 после вызова, но сделать врачи уже ничего не смогли...

В такой критической ситуации единственным эффективным способом восстановить нормальный ритм сердца является дефибрилляция. Международная ассоциация реаниматологов настоятельно рекомендует размещать в общественных местах автоматические наружные дефибрилляторы, с помощью которых можно вновь «запустить» сердце и дождаться приезда неотложки. В США, в странах Западной Европы дефибрилляторы установлены во многих местах скопления населения – вокзалах, рынках, супермаркетах, это стало нормой, благодаря чему практически каждого второго пациента с ВОС удается вернуть к жизни. Увы, мы их видим только на экранах зарубежных фильмов. О целесообразности осуществления такого проекта в Казахстане говорится очень давно и очень много, но дальше разговоров дело не идет...

...– Сейчас мы все корим себя – не уберегли прекрасного парня. Окажись рядом с ним в тот момент хоть один человек, имеющий представление, как оказывать помощь в экстренных случаях – возможно, все бы обошлось. Но кто из нас сегодня, даже периодически чувствуя боль за грудиной, носит с собой в кармане тот же нитроглицерин? Кто сможет пра-

*вильно сделать искусственное дыхание или непрямой массаж сердца? Помнится, в советское время нас всех, работающих в госучреждениях, учили на курсах гражданской обороны, как оказывать помощь в таких вот экстренных случаях, как привести в чувство, оказать первую помощь. Кто сегодня этим занимается? Российское телевидение в последнее время очень активно разъясняет населению азы здоровой жизни, на ОРТ, и на РенТВ, и на других каналах регулярно идут очень интересные и доступные для понимания рядового зрителя передачи о самых распространенных заболеваниях, и на них не чураются приходить главврачи и ведущие специалисты самых престижных московских клиник. Но как редко такие высокопрофессиональные программы на наших отечественных каналах! Зато рекламы о чудодейственных препаратах и «безалкогольном пиве» – хоть отбавляй!*

### Что было, что будет, чем «сердце успокоится»?

Катастрофическая ситуация с уровнем сердечно-сосудистой заболеваемости среди казахстанцев заставила Правительство страны предпринимать экстренные меры. С «мертвой точки» проблема сдвинулась с принятием госпрограммы «Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи населению в РК на 2007–2009 годы», на реализацию которой было выделено 25 млрд тенге. За счет этих средств были значительно усилены и оснащены кардиологические клиники не только Астаны и Алматы, что было характерной «спецификой» развития кардиологической и кардиохирургической помощи в нашей стране, но и многих регионов. Сегодня шесть областей республики имеют собственные

кардиоцентры, жители остальных областей могут получать специализированную помощь в региональных центрах в Алматы – на базе ННЦХ им. А.Н. Сызганова, в Астане – на базе Национального научного медицинского центра, в Павлодаре, где открыт современный кардиохирургический центр, и в Актобе – на базе ЗКГМУ. 12 кардиохирургических отделений функционируют в областных и городских больницах. То есть на сегодня в Казахстане создана целая сеть кардиохирургических подразделений, которая располагает 2983 кардиологическими койками. А в 2006 г. их было всего 101!

Главным же достижением, конечно, стало открытие в Астане Национального научного кардиохирургического центра, где сконцентрированы лучшие кардиологические силы республики. Сегодня здесь проводится сложное диагностирование – биопсия миокарда, зондирование полостей сердца и др., осуществляются кардиохирургические операции III-VII категорий сложности, такие как пересадка сердца и легких, имплантация искусственного сердца, в массовом порядке проводится коронарография, стентирование, оперируются врожденные пороки сердца и другие патологии у взрослых и детей.

Благодаря реализованной государством программе была значительно усилена материальная база кардиологических клиник, началась централизованная подготовка кардиохирургов, их специализация в ведущих клиниках мира. Эти совместные усилия практически сразу сказались на медицинской статистике – уровень заболеваемости ССЗ уже в 2009 г. снизился до 1987,1 человека на 100 тыс. населения. Наметилась тенденция к снижению смертности среди таких больных, в 2009 г. уровень смертности

среди них составил уже 423,8 на 100 тыс. населения. Положительная тенденция укрепилась в 2010 г.

Все это внушает большие надежды. Но есть одно «но»...

### Рецепт сердечного здоровья от академика Чазова

Известный российский кардиолог Евгений Иванович Чазов, неоднократно участвовавший в съездах кардиологов Казахстана, рассказал в одном из недавних номеров «АиФ», каким путем пошли в решении той же проблемы безудержного роста числа сердечных заболеваний среди населения российские медики.

В России, надо отметить, в последние годы в охрану здоровья также направляются большие средства, создаются первичные и региональные сердечные центры для быстрого и правильного оказания помощи, в том числе хирургической, врачи первичного звена обеспечены современными руководствами по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Результат не замедлил сказаться: смертность от ССЗ сократилась на 7%, ежегодно сердечные центры спасают 150 000 жизней. И это только начало.

Евгений Иванович рассказал об интересном опыте своих российских коллег. За 2005–2009 гг. им удалось выявить около шести миллионов человек, которые раньше и не подозревали, что у них высокое артериальное давление. А ведь именно АГ – первый звоночек со стороны сердца, что оно нуждается во внимании. Как это удалось сделать? Врачам всей страны было настоятельно рекомендовано, даже вменено в обязанность, измерять давление каждому, кто приходил в поликлинику. Таким образом

и удалось выявить эти шесть миллионов больных. Все они были взяты на учет, и их стали интенсивно лечить от артериальной гипертензии. В итоге смертность в стране за эти годы – только за счет снижения числа гипертоний и инсультов у таких больных, снизилась на 17 процентов!

Академик Чазов высоко оценил то внимание, которое уделяется развитию кардиологической службы в Казахстане.

– Я видел в Астане самый высокотехнологичный Национальный научный медицинский центр, где проводят качественные кардиохирургические операции, и другие клиники Национального медицинского холдинга, которые являются последним словом в медицине, – сказал Евгений Иванович в интервью журналистам, освещающим работу I Евразийского конгресса кардиологов и III Национального конгресса кардиологов Казахстана.

*Рецепт сердечного здоровья от российского академика Е. Чазова: «Успешная борьба с болезнями системы кровообращения стоит на трех китах: профилактика, диспансеризация и широкое использование новых технологий диагностики и лечения заболеваний».*

### ЗОЖ – первый помощник

США удалось за два десятилетия добиться двукратного снижения сердечно-сосудистых смертей. За счет чего? Американцы взяли на вооружение ЗОЖ. Ведь уже давно доказано, что доля врачебных усилий и мер, направленных на модификацию факторов риска, примерно равны. И что ни один самый добросовестный и самый грамотный врач не поможет больному, если тот не станет ему союзником и помощником в борьбе с недугом.

Опыт других развитых стран также подтвердил, насколько важен для профилак-

тики сердечно-сосудистых заболеваний здоровый образ жизни – отказ от вредных привычек, правильное питание, активная физическая форма.

Сегодня самым активным пропагандистом правильного образа жизни в Казахстане является Республиканский Центр ЗОЖ – им подготовлены масса видеороликов, сюжетов для радио и телевидения, брошюр, плакатов о том, как уберечь себя от «сердечного недуга» – о вреде алкоголя, табака, необходимости вести физически активный образ жизни, рационально питаться. Нам, простым смертным, остается одно – заставить себя задуматься обо всем этом. А, задумавшись, начать действовать так, как рекомендуют нам врачи, и как подсказывает здравый смысл. И тогда, возможно, никаких «но» на пути к нашему сердечному здоровью и долголетию и не останется?...

Наталья ТОДОРОВА

## КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ • СЕМИНАРЫ

### СИМПОЗИУМ ПО ДИАБЕТУ В ОН-ЛАЙН РЕЖИМЕ

*В непривычном формате прошел 29 января т.г. Саммит экспертов по медицинскому менеджменту диабета «Формирование будущего вместе», организованный известной фармацевтической компанией Санофи-авентис (Sanofi-aventis). Он проходил в немецком городе Франкфурте и транслировался по Всемирной сети во все офисы зарубежных представительств компании, а также в офисы врачей, выразивших желание принять участие в работе веб-симпозиума на тему «Улучшение лечения диабета через клинический опыт и исследования».*

Почти четыре часа в он-лайн режиме научные доклады таких известных международных экспертов в области диабетологии и ведущих сотрудников Глобального Медицинского Отдела по Диабету Санофи-авентис, как доктора Пьер Шансель, Питер Бойли и Риккардо Перфетти из Франции, Жеремиа Боли из Италии, Джулио Розенсток, Мэтью Риддл, Джон Бьюз и Тил Стернер из США, Люсьен Абенхайм из Великобритании, Ханнеле Йики-Ярвинен из Финляндии могли слышать врачи, специалисты здравоохранения во всех странах мира, где есть представительства Санофи-авентис.

В Алматы на встречу были приглашены ученые и практикующие врачи, многие годы занимающиеся проблемами диабета. Спикеры познакомили интернет-аудиторию с данными по эффективности и безопасности применения базального инсулина – инсулина гларгина за последние 10 лет, а также исследованиями, инициированными компанией в ведущих научных центрах и клиниках мира, ответили на многочисленные вопросы интернет-аудитории.

Председатель веб-симпозиума доктор Джулио Розенсток из США пообещал, что с материалами этой необычной конференции врачи разных континентов смогут познакомиться в региональных офисах компании или на ее сайте – [www.sanofi-aventis.com](http://www.sanofi-aventis.com).

Наталья ТОДОРОВА



# Профилактика гиповитаминозов у беременных

А.Г. АСЛАНОВ, П.В. БУДАНОВ, М.В. РЫБИН  
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

*Жүктілік кезіндегі асқынулардың және жаңа туған нәрестелер арасындағы дерттің өсуіне байланысты жүктілікке дайындалу, бала көтеру және отбасын жоспарлау мәселелерінің көкейкестілігі жылдан жылға артып келеді. Әйелдерде поливитаминдерге деген тапшылықтың ерекше қарқынмен жиілеп кетуі, жүктілік кезінде витаминдерге деген қажеттіліктің артуы, витаминдерді тек жүктілік кезінде ғана емес, оған дайындық кезеңінен бастап тағайындауды талап етеді. Құрамында қажетті микроэлементтер мен витаминдердің жиынтығы бар Мегадин пронатал препараты жүкті әйелдерге қажетті мөлшерді толықтай қамтамасыз етеді. Жүктіліктің алдында және кезінде, лактация кезеңінде Мегадин пронаталды қолданса, жүктілік кезіндегі асқынулар мен перинатальдық шетінеулер жиілігін төмендетеді.*

*The problem of family planning and pregravid preparation for carrying of a pregnancy becomes more topical with every year due to the growth of complications of pregnancy and neonatal morbidity. A high rate of polyvitamin deficiency in women, increased need for vitamins during gestation necessitate administration of vitamin supplements not only during pregnancy but also by way of preparing to it. The drug Megadyn pronatal containing a complex of vital vitamins in combination with trace elements fully provides pregnant women with required amounts of vitamins. The use of Megadyn pronatal prior to and during pregnancy and in the lactation period results in lower rates of complications of pregnancy and perinatal losses.*

По данным крупномасштабных исследований, проведенных Институтом питания РАМН, большинство россиян имеют скрытый или явный гиповитаминоз целого ряда витаминов и некоторых минералов во все периоды года. Гиповитаминоз (недостаток витаминов), и дисмикроэлементоз (дисбаланс микроэлементов) – болезни цивилизации, связанные с гиподинамией, высокой долей рафинированных, термически обработанных, замороженных, высококалорийных продуктов в питании.

Рациональное питание женщин во время беременности определяет как ее собственное здоровье, так и полноценное развитие и здоровье будущего ребенка. Особая роль в этом принадлежит витаминам. Организм матери во время беремен-

ности является единственным источником витаминов и других пищевых веществ для плода.

Рацион современного человека из натуральных продуктов, вполне адекватный нашим энерготратам, даже избыточный по калорийности, оказывается не в состоянии обеспечить организм

необходимым ему количеством витаминов (табл. 1).

Доказано, что у женщин дефицит витаминов в крови может быть следствием применения оральных контрацептивов. При физиологически протекающей беременности с 4-го месяца потребность организма женщины в витаминах начинает увеличиваться, так как запасы витаминов и микроэлементов используются для роста плода. Высокая потребность в железе и некоторых витаминах связана с увеличением объема крови при беременности и кровопотерей во время родов. Секретция грудного молока (в среднем 700–900 мл в сут.) в период кормления ребенка грудью также способствует истощению запасов витаминов и микроэлементов. Потребность в витаминах у женщин во время беременности и лактации возрастает более чем в 1,5 раза.

Дефицит незаменимых пищевых веществ, в том числе витаминов, во время беременности отрицательным образом сказывается на здоровье не только самой женщины, но и будущего ребенка. Дефицит витаминов в преемственный период и тем более во время беременности, когда потребность женского организма в этих незаменимых пищевых веществах особенно велика, наносит ущерб здоровью матери и ребенка, повышает риск перина-

Витамин	Женщины	Беременные женщины
С, мг	70–80	90–100
А, мг	0,8–1,0	1,0–1,2
Е, мг	8	10
D, МЕ	100	500
В1, мг	1,1–1,5	1,5–1,9
В2, мг	1,3–1,8	1,6–2,1
В6, мг	1,8	2,1
Р, мг	14–20	16–22
Фолат, мкг	200	400
В12, мкг	3,0	4,0
С, мг	70–80	90–100

тальной патологии, увеличивает детскую смертность, является одной из причин недоношенности, врожденных уродств, нарушений физического и умственного развития детей.

Дефицит витаминов способствует возникновению и развитию железодефицитной анемии, поскольку обеспеченность витаминами С и В<sub>2</sub> влияет на всасывание и транспорт же-

леза, в синтезе гема участвуют фолиевая кислота и витамин В<sub>12</sub>, в созревании эритроцитов – витамин В<sub>6</sub>.

Недостаточность витамина В<sub>6</sub> нередко является одной из

Таблица 2. Содержание витаминов и минеральных веществ в витаминно-минеральных комплексах для беременных

Компонент	Мегадин пронаталь	Матерна	Матерна NEW	Прегнавит	Витрум Пренатал	Витрум Пренатал Форте	Гендевит	Мегадин
Витамин А, МЕ	3333 МЕ	2500	1500	3000	4000	2500	3300	1,2 мг
Бета каротин, МЕ	-	2500	1500	-	-	2500	-	-
Витамин Е, МЕ	10	30	30	10	11	30	5	15 мг
Витамин D, МЕ	500	400	250	200	400	400	250	12,5 мг
Витамин С, мг	150	100	100	75	100	120	75	100
Витамин В <sub>1</sub> , мг	20	3	3	1,5	1,5	3	1,5	1,6
Витамин В <sub>2</sub> , мг	5	3,4	3,4	2,5	1,7	3,4	1,5	1,8
Пантотеновая кислота, мг	11,6	10	10	10	-	10	3	10
Витамин В <sub>6</sub> , мг	10	10	10	5	2,6	10	2	2,6
Витамин В <sub>12</sub> , мкг	5	12	12	5	4	12	10	4
Фолиевая кислота, мг	1	1	1	0,75	0,8	0,8	300	800
Никотинамид, мг	50	20	20	15	18	20	19-21	19
Биотин, мкг	25	30	30	-	-	30	-	20
Йод, мкг	-	150	150	-	-	150	-	-
Железо, мг	10	60	60	30	60	60	-	60
Кальций, мг	51,3	250	250	250	200	200	-	125
Магний, мг	21,2	25	50	-	-	25	-	100
Медь, мг	1	2	2	-	-	2	-	1
Марганец, мг	5	5	5	-	-	5	-	1
Цинк, мг	5	25	25	-	25	25	-	7,5
Хром, мкг	-	25	25	-	-	25	-	-
Молибден, мкг	10	25	25	-	-	25	-	-
Селен, мкг	-	-	25	-	-	20	-	-
Фосфор, мг	47	-	-	-	-	-	-	125
Количество таблеток в упаковке, шт	30	100	100 и 30	30	100 и 30	100 и 30	50	30
Режим дозирования, таблетки в сутки	1	1	1	1-3	1	1	1	1

причин раннего токсикоза, а его достаточное поступление нормализует обмен триптофана и тем самым оказывает нейропротекторное действие. Кроме того, недостаток витамина B<sub>6</sub> способствует задержке жидкости в организме.

Дефицит витаминов B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> и фолиевой кислоты сопровождается повышением уровня гомоцистеина в крови; обладающего не только цито-, но и нейротоксическим действием, а также увеличивающего у беременных угрозу выкидыша.

Однако каким бы сбалансированным ни было питание беременной и кормящей матери, полностью удовлетворить ее потребности за счет пищи в витамине Д и фолиевой кислоте невозможно.

Обнаружение полигиповитаминозных состояний диктует необходимость дополнительной витаминизации.

При этом целесообразен прием не индивидуальных витаминов, а их комплексов, так как преобладают полигиповитаминозные состояния, при которых организм испытывает недостаток одновременно нескольких витаминов (табл. 2).

В настоящее время известно исключительно большое количество отечественных и зарубежных поливитаминных препаратов, предназначенных для беременных женщин. Как правило, все они содержат полный набор витаминов в количе-

стве, сопоставимом с РНП.

С целью выяснения эффективности препарата Мегадин Пронатал, содержащего комплекс витаминов в сочетании с микроэлементами, для профилактики осложнений гестации и перинатальной заболеваемости были обследованы 135 женщин. Все пациентки были разделены на 4 группы (табл. 3).

Средний возраст пациенток существенно не различался и составил 26,4±1,7 лет. Все женщины были распределены по группам и отобраны более чем из 600 пациенток. Для достижения однородности обследованных отбор проводился с учетом соматических и гинекологических заболеваний, инфекционного индекса, социального статуса и среднего уровня доходов, паритета родов, метода родоразрешения, наследственного риска врожденных аномалий развития плода.

Результаты проведенного исследования показали, что наименьшая частота осложнений беременности была у женщин 1-й группы, получавших Мегадин Пронатал в качестве предгравидарной подготовки.

Отмечено снижение частоты анемии у беременных пациенток 1-й и 2-й групп на 37,1%, рождения детей с массой тела менее 3000 г в 2,6 раза. Риск развития раннего токсикоза и невынашивания наиболее значительно уменьшался при начале приема Мегадин Пронатал до

наступления беременности (на 44,3% и 23,6% соответственно у женщин 1-й группы).

Пороки развития нервной трубки эмбриона/плода были зарегистрированы только в группе беременных, не получавших поливитамины. Пренатально была диагностирована spina bifida, ребенок успешно прооперирован в возрасте 1 мес. жизни, и 1 микроцефалия.

Обращает на себя внимание важность применения поливитаминов в период лактации. Так, среди женщин, продолживших принимать Мегадин Пронатал после родоразрешения, средняя продолжительность лактации составила 1,1±0,6 года, а в 3-й и 4-й группах – 0,65±0,4 года. Частота гипогалактии также была ниже у пациенток, принимавших Мегадин Пронатал, в 1,8 раза.

Интересным представляется и повышение общей резистентности организма на фоне приема поливитаминов. Хотя специального анализа не проводилось, отмечена более высокая общая инфекционная заболеваемость у женщин, не получавших поливитамины.

Таким образом, поливитаминный препарат Мегадин Пронатал содержит витамины, макро- и микроэлементы в строго сбалансированном, оптимальном для беременных количестве. Регулярный прием поливитаминного препарата способствует развитию здоро-

Таблица 3. Распределение групп обследованных женщин

Периоды приема Мегадин Пронатал	1 группа (n=40)	2 группа (n=30)	3 группа (n=25)	4 группа сравнения (n=40)
За 2–3 мес. до наступления планируемой беременности	+	–	–	–
На протяжении беременности	+	+	+	–
В период лактации	+	+	–	–

вого ребенка, обеспечивая повышенные потребности матери и плода в витаминах и минералах до и во время беременности, а также при кормлении грудью.

Мегадин Пронатал способствует поддержанию благоприятного протекания беременности, хорошего состояния и самочувствия будущей матери. Фолиевая кислота в количестве 0,8 мг предупреждает развитие дефектов нервной трубки практически на 100%, снижает риск развития остальных пороков на 47%. Железо в количестве 60 мг способствует нормальному развитию ребенка и предупреждает развитие анемии у матери. Магний в количестве 100 мг способствует предупреждению

преждевременного прерывания беременности.

Мегадин Пронатал рекомендуется применять по 1 таблетке в день женщинам до беременности, далее на протяжении всей беременности и во время кормления грудью.

#### Литература

1. Профилактика врожденных пороков развития у плода и новорожденного / Под ред. В.И. Краснопольского. – М., 2001.
2. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР. МЗ СССР. – М., 1991.
3. Спиричев В.Б. Сколько витаминов человеку надо. – М., 2000.
4. Barker D.J.P: «Mothers, babies, and disease in later life». London: Brit Med J Books, 1994.
5. Czeizel A.E., Dudas I. Prevention

of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *New Eng J Med.* 1992; 327: 1832-5.

6. EUROCAT Working Group. Prevalence of neural tube defects in 20 regions of Europe and the impact of prenatal. *J.Epid Common H* 1991;45: 52-8.

7. Elwood M., Litle J., Elwood J.H. *Epidemiology and control of the neural tube defects: Oxford: Oxford University Press.* 1992.

8. Fowler B. *Disorders of homocysteine metabolism. J. Inherit Metab Dis* 1997;20:270-85.

9. Kirke P.N., Mills J.L. Whitehead A.S., Molloy A., Scott J.M. *Methylenetetrahydrofolate reductase mutation and neural tube defects. Lancet* 1996; 248:1037-8.

10. Lucas A. A programming by early nutrition in man. In: Bock GR; Whelan J (eds) *The childhood environment and adult disease. Ciba Foundation Symposium* 156.

#### ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ

### ВВЕДЕНИЕ НДС НА ЛС ПРИВЕДЕТ К ИХ УДОРОЖАНИЮ НА 12-15%, СЧИТАЮТ ФАРМПРОИЗВОДИТЕЛИ

Представители фармацевтической общественности Кыргызстана высказывают свое несогласие с инициативой правительства страны ввести НДС на лекарственные средства.

Как сообщает пресс-служба Минздрава КР, на проведенных 2 и 3 февраля 2011 г. собраниях, они обсудили все возможные риски, которые могут привести к последствиям на фармацевтическом рынке и отразиться на качестве жизни граждан республики.

Была создана инициативная группа, которая будет представлять и защищать интересы фармпоставщиков и производителей. В неё вошли представители Ассоциации фармпроизводителей, а также член Общественного наблюдательного совета при Минздраве Космосбек Чолпонбаев.

В подготовленном проекте обращения к президенту и правительству, депутатам Жогорку Кенеша указали ожидаемые последствия от введения НДС, в частности, угроза снижения качества лекарственного обеспечения страны в целом; цены на лекарственные средства увеличатся на 12–15%; увеличится контрабандный ввоз лекарственных средств и другое.

\* \* \*

### ИНТЕРЕС К КЛЕТЧНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ С КАЖДЫМ ГОДОМ РАСТЕТ

3 февраля 2011 г. в Москве в рамках международного конгресса «Хирургия и косметология в омоложении лица и периорбитальной области» состоялся симпозиум «Клеточные технологии в пластической и реконструктивной хирургии», организованный Институтом Стволовых Клеток Человека (ИСКЧ) и кафедрой пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского государственного медицинского университета.

На симпозиуме выступили с докладами ведущие специалисты в области клеточных технологий, пластической и реконструктивной хирургии, эстетической медицины из России, США, Германии, Италии. Президент Всегерманского общества Стволовых Клеток Юрген Хешелер отметил большой интерес к клеточным технологиям у исследователей и специалистов не только в России, но и в Германии.

Симпозиум показал, что эстетическая медицина – это одно из направлений, в котором клеточные технологии развиваются достаточно активно.

По материалам *Remedium.ru*



# Коррекция железодефицитной анемии у беременных

Л.И. ПЛОТНИКОВА  
Родильный дом №2, г. Алматы

*Бір флаконнан тәулігіне екі рет бір ай бойы 20 жүкті әйелге жеңіл дәрежелік анемия емдеу мақсатымен темір протеин-сукцинилат – Ферлатум препараты қолданылды. Зерттеу нәтижесінде Hb деңгейі 15,9% көтерілді, эритроциттер саны 29% жоғарылады. Бәрлік жүкті әйелдер дәрілік затты жақсы көтеріп, терапия нәтижесінде жағдайының жақсарғанын байқады.*

*With the purpose of treatment moderate anaemia at 20 pregnant women have been used a preparation of ferrum protein-succinilat-Ferlatum by 1 bottle twice a day during the month. As a result of investigation is registered a raising of level Hb to 15,9%, there was an increase in the number of red cells to 29%. All pregnant women are registered good transportation of the preparation and improvement the state of health as the result of therapy.*

Железодефицитные анемии беременных (ЖДА) являются одним из наиболее распространенных видов анемии, а также наиболее частым осложнением во время беременности.

По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных не зависит от их социального и материального положения и достигает 80–90% /1/.

К концу беременности неизбежно наступает обеднение железом организма матери в связи с депонированием его в фетоплацентарном комплексе (около 450 мг), увеличением объема циркулирующей крови (около 500 мг) и в послеродовом периоде в связи с физиологической кровопотерей в третьем периоде родов (150 мг) и лактацией (400 мг). Суммарная потеря железа к окончанию беременности и лактации составляет 1200–1400 мг.

У 20–25% женщин выявляется латентный дефицит железа. В III-м триместре он обнаруживается почти у 90% женщин и сохраняется после родов и лактации у 55% из них. Во второй половине беременности анемия диагностируется почти в 40 раз чаще, чем в первые не-

дели, что, несомненно, связано с нарушением гемопоэза из-за изменений, вызванных гестацией /2/.

ЖДА – это заболевание, характеризующееся снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. Это приводит к нарушению образования гемоглобина, а в дальнейшем эритроцитов, развитию гипохромной анемии и трофических нарушений в тканях.

Группы риска по развитию ЖДА во время беременности обусловлены множеством факторов, среди которых следует выделить перенесенные заболевания (частые инфекции: острый пиелонефрит, дизентерия, вирусный гепатит), экстрагенитальную фоновую патологию (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит, ревматизм, пороки сердца, сахарный диабет, гастрит), частые беременности, наступление беременности на фоне лактации, беременность в подростковом периоде, анемию при прошлых беременностях, вегетарианскую диету, уровень гемоглобина (Hb) в I-м триме-

стре беременности менее 120 г/л, осложнения беременности (ранний токсикоз, вирусные заболевания, угроза прерывания), многоплодную беременность, многоводие.

ЖДА осложняет течение беременности и родов, влияет на развитие плода и, прежде всего, на рост и развитие мозга ребенка, состояние его иммунной системы. Даже при скрытом дефиците железа у женщин возможно неблагоприятное течение беременности в виде угрозы ее прерывания и гестоза. Кроме того, при ЖДА часто возникает невынашивание беременности, кровотечения в родах и послеродовом периоде, рождение детей с низкой массой тела /3/.

**Целью исследования** явилась оценка эффективности коррекции ЖДА у беременных с использованием препарата Ферлатум (протеин сукцинилат железа 800 мг).

Ферлатум – полусинтетический железо-протеиновый комплекс, в котором атомы трехвалентного железа окружены белковым носителем, вырабатываемым из белка коровьего молока (казеина).

Ферлатум обладает следующими свойствами:

- в кислой среде желудка, вследствие преципитации белка, вокруг атомов железа образуется плотная белковая оболочка, предотвращающая контакт железа со слизистой и исключая раздражающее действие препарата на желудочно-кишечный тракт;

- в нейтральной или слабощелочной среде кишечника происходит растворение преципитата и всасывание железа.

Таким образом, Ферлатум не раздражает слизистую оболочку желудка и максимально всасывается в кишечнике, поэтому практически не имеет побочных эффектов (боль в эпигастрии, тошноты, привкуса железа на

языке, нарушения стула), присущих другим железосодержащим препаратам.

Крайне важно, что степень усвояемости препарата не зависит от приема пищи (его можно принимать как до, так и после еды) и не требует особой диеты в отличие от других железосодержащих препаратов.

Ферлатум обеспечивает стабильное и равномерное повышение уровня железа в плазме крови без пиков концентраций, что оптимально для транспорта железа и его депонирования в тканях.

**Материал и методы.** 20 беременным женщинам с умеренной анемией назначали Ферлатум по 800 мг/15 мл 2 раза в день в течение 1-го месяца.

Средний возраст беременных составил 29,3±5,1 лет, первобеременные женщины – 35,4%, повторобеременные – 64,6%. По сроку беременности 68,5% женщин находились в начале третьего триместра, 31,5% – во втором триместре беременности. У всех исследуемых женщин беременность сопровождалась экстрагенитальной патологией: хронический пиелонефрит (89,7%), эндемический зуб (53,9%), хронический тонзиллит (43,2%), заболевания желудочно-кишечного тракта (96,1%). У 87,4% беременных женщин отмечалось ослож-

ненное течение беременности (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы, у 15 (75%) беременных с умеренной анемией первый триместр беременности протекал на фоне раннего токсикоза. У 10% исследуемых беременных с умеренной анемией отмечалось маловодие и ЗВУР, у 15% – умеренная антенатальная гипоксия плода.

В таблице 2 представлены данные лабораторных методов исследования до и после применения Ферлатума у обследуемых женщин.

В результате проведенного лечения отмечалось увеличение содержания Hb у исследуемых беременных на 15,9%, с 98,5 г/л до 114,2 г/л. Количество эритроцитов также увеличилось с  $3,1 \times 10^{12}$  /л до  $4,0 \times 10^{12}$  /л (прирост составил 29%), уровень цветного показателя до лечения составил 0,85, а после лечения – 0,92.

Эффективность препарата оценивали по субъективным признакам со стороны беременной и данным лабораторных исследований (уровень Hb, количество эритроцитов, уровень цветного показателя до и после терапии Ферлатумом). Состояние беременной женщины (ее жалобы, самочувствие) оценивали до и после лечения Ферлатумом.

**Результаты.** Все исследуемые женщины отмечали хорошую переносимость препарата, отсутствие выраженных побочных эффектов, отказов от приема препарата не было. При оценке субъективного состояния большинство беременных отмечали улучшение самочувствия, жалобы на слабость, быструю утомляемость отсутствовали.

Таким образом, Ферлатум хорошо переносился женщинами и показал достаточную эффективность при лечении умеренной анемии у беременных женщин.

**Литература**

1. Ферлатум. Сборник клинических наблюдений (Пособие для врачей). – Алматы, 2007.
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 815 с.
3. Шехтман М.М., Никонов А.П. Железодефицитная анемия у беременных и ее лечение// Consilium Medicum, Гинекология, 2000, том 2. – №5. – 6 с.

Осложнения	%
Ранний токсикоз	75,0
Многоплодная беременность	15,0
Изосерологическая несовместимость по резус-фактору	10,0
Преэклампсия легкой степени	15,0
Маловодие	10,0
Предлежание плаценты	5,0
Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР)	10,0
Антенатальная гипоксия	15,0

Показатель	До лечения	После лечения
Гемоглобин, г/л	98,5±7,3	114,2±6,7
Эритроциты, $\times 10^{12}$	3,1±0,6	4,0±0,5
Цветной показатель	0,85±0,07	0,92±0,08

**ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ**

**ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СПОСОБСТВУЕТ СНИЖЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА**

Согласно новым «Глобальным рекомендациям по физической активности для здоровья», выпущенным ВОЗ, занятия умеренной физической активностью на протяжении 150 минут в неделю могут способствовать снижению риска развития рака молочной железы и рака толстой кишки.

По материалам Remedium.ru

УДК 615.451.16:616.233-002-053.2

# Проктозан при консервативном лечении геморроидальной болезни

Ж.Ж. ШАЙХИЕВ

Областная клиническая больница, г. Уральск

На сегодняшний день в колопроктологии проблеме лечения геморроя посвящено большое количество публикаций. Геморроем страдает более 10% взрослого населения планеты, а частота его в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41% /1; 3/.

Благодаря внедрению в широкую клиническую практику новейших консервативных и малоинвазивных способов лечения, выполнение радикальной геморроидэктомии показано не более чем у 30% всех больных геморроем.

Болевой синдром возникает при обострении заболевания (тромбоз, перианальный отек), либо при наличии сопутствующих заболеваний (анальная трещина, свищ прямой кишки). Наружный геморрой чаще всего протекает бессимптомно, если только не развивается тромбоз, сопровождающийся сильной болью. Наибольшее количество клинических симптомов геморроя возникает из-за увеличенных внутренних геморроидальных узлов. Гиперплазия кавернозной ткани, растяжение связочно-мышечного аппарата (связки Паркса и мышцы Трейтца), расширение подслизистого артериовенозного сплетения приводит к выпадению внутренних геморроидальных узлов и слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки через анальный канал. Выпадение слизистой прямой кишки ведет к попаданию слизистых выделений на перианальную кожу, вызывая

зуд и дискомфорт в области заднего прохода. В патогенезе гиперплазии кавернозной ткани анального канала важнейшую роль играют нарушения местной органной регуляции кровообращения, которые обуславливают усиленный приток артериальной крови по улитковым артериям в кавернозную ткань и сниженный отток по венам вследствие их спазма, что в конечном итоге приводит к увеличению размеров внутренних геморроидальных узлов /1/.

Важнейшим провоцирующим началом в развитии геморроя является повышение внутрибрюшного давления и давления в сосудах тазового дна. Повышение внутрибрюшного давления имеет место при тяжелой физической работе, подъеме тяжестей, при работе, связанной с длительным пребыванием на ногах, при длительном сидении и при длительной ходьбе. К предрасполагающим факторам также относятся запоры, неустойчивый стул, беременность, семейный анамнез /3/.

На сегодняшний день перед колопроктологами стоит сложный вопрос: как и когда лечить геморрой? Ведь само по себе наличие геморроидальных узлов без выраженных клинических проявлений еще не является показанием к оперативному вмешательству. В настоящее время для лечения геморроя применяется консервативная терапия, малоинвазивные способы лечения либо хирургическое вмешательство /2/.

Целью настоящего сообщения является рассмотрение проблемы развития современного консервативного лечения геморроя. Консервативная терапия представляет немедикаментозные и лекарственные способы лечения. Немедикаментозное лечение традиционно включает в себя диету и тщательную личную гигиену. Диета должна быть направлена на предупреждение запоров и, следовательно, предупреждение натуживания, повышения венозного давления в прямокишечных венозных сплетениях во время дефекации.

Фармакотерапия острого и хронического геморроя преследует две главные цели: купирование симптомов острого геморроя и профилактика обострений при хроническом течении.

Имеющийся арсенал фармакологических препаратов в настоящий момент позволяет купировать воспаление; устранять болевой синдром; воздействовать на микроциркуляцию в кавернозных образованиях, улучшать кровоток, создавать условия для остановки кровотечения; оказывать тромболитическое действие при геморроидальных тромбозах.

Для купирования воспаления применяют различные мазевые формы, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды. Местное тромболитическое действие оказывают различные мазевые препараты. При геморроидальных кровотечениях применяется как местная, так и системная терапия. Также применяются флеботропные пероральные препараты.

В отделении колопроктологии ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» г. Уральска с августа по октябрь 2010 г. проводились клинические исследования препарата Проктозан для ректального и наружного применения в виде мази и свечей производства компании STADA, Германия.

Таблица 1. Распределение больных по степени осложнений

Вид патологии	Основная группа	Контрольная группа
Острый геморрой I степени	5	2
Острый геморрой II степени	10	5
Острый тромбоз геморроидальных узлов	12	8
Всего	27	15

Фармакологическое действие препарата Проктозан обусловлено противовоспалительным действием за счет наличия буфексамака – производного арилуксусной кислоты, который при местном применении способен проникать через роговой слой кожи, но при этом практически не всасывается в системный кровоток. За счет содержания висмута субгаллата и титана диоксида Проктозан обладает вяжущим и подсушивающим действием, способствуя заживлению ран. Входящий в состав препарата лидокаина гидрохлорид, по сравнению с другими локальными анестетиками, обладает средней силой и продолжительностью действия при быстром появлении эффекта обезболивания.

**Цель и задачи исследования.** Изучение клинического эффекта препарата Проктозан (свечи и мазь для ректального и наружного применения) при лечении геморроидальной болезни.

**Материалы и методы исследования.** Для клинического исследования мы выбрали группу больных из 27 человек

(основная) с острым геморроем, острым тромбозом геморроидальных узлов, которые лечились в отделении колопроктологии Областной клинической больницы г. Уральска. Для контроля под нашим наблюдением находилась группа из 15 человек (контрольная), которые в основном соответствовали людям из основной группы по полу, возрасту, формам, выраженности патологического процесса.

Мазь и свечи Проктозан использовали в качестве монотерапии в сочетании с гигиеническими ваннами с окислителями.

**Результаты и обсуждение.** Препарат Проктозан назначался пациентам с острым геморроем I и II степени и острым тромбозом геморроидальных узлов в виде мази 2 раза в день ректально и в виде мазевого суспензория первые 5 дней. Затем по 1 свече 3 раза в день последние 6–8 дней. Мазь применяли наружно в виде мазевого суспензория утром и вечером на наружные геморроидальные узлы в течение 10 дней.

Для лечения больных контрольной группы с острым геморроем и тромбозом гемор-

роидальных узлов использовались традиционные методы лечения.

Для оценки терапевтического действия препарата при остром геморрое и тромбозе геморроидальных узлов, в сравнении с контрольной группой, мы анализировали субъективные ощущения больных, объективные признаки, регистрируемые врачом при динамическом наблюдении за пациентом. Особое внимание уделяли явлениям воспаления (отеку перианальной зоны, гиперемии слизистой). При анализе субъективной оценки динамики болевого синдрома, зуда перианальной кожи, местных воспалительных явлений в виде гиперемии кожи у больных геморроем I, II степени, которые получали препарат Проктозан, был отмечен значительный позитивный эффект в течение 7–10 дней и у всех больных результаты лечения были расценены как отличные.

В контрольной группе (15 пациентов) отмечены более длительные сроки лечения в сравнении с основной группой больных.

**Выводы.** На основе результатов проведенных клинических исследований можно сказать, что препарат Проктозан (мази и свечи для ректального и наружного применения) достаточно эффективны в лечении острого геморроя и тромбоза геморроидальных узлов, хорошо переносятся больными, не вызывая побочных явлений.

*Список использованной литературы можно запросить в редакции.*

Таблица 2. Распределение больных по полу и возрасту

Группа больных	Пол	Всего	Возраст				
			21–30	31–40	41–50	51–60	старше 60
Контрольная	муж.	9	2	4	2	1	–
	жен.	6	1	2	2	1	–
	всего	15	3	6	4	1	–
Основная	муж.	18	6	6	5	1	–
	жен.	9	–	4	3	2	1
	всего	27	6	10	8	3	–



# Бевацизумаб в комбинации с капецитабином и оксалиплатином в лечении больных метастатическим колоректальным раком

К.К. СМАГУЛОВА

КазНИИ онкологии и радиологии МЗ РК, г. Алматы

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) занимает четвертое место в мире (ежегодно регистрируют около 1 234 000 новых случаев), а удельный вес в общей структуре заболеваемости составляет от 2 до 10% (GLOBOCAN, 2008 г.). В 2009 г. в Республике Казахстан зарегистрировано 1224 новых случаев рака ободочной кишки и 1140 новых случаев рака прямой кишки /1/.

Несмотря на то что рак ободочной и прямой кишки имеет многочисленные симптомы, до 80% больных поступают в клинику с III и IV стадиями заболевания, а у каждого третьего оперированного диагностируют отдаленные метастазы, преимущественно в печень (80%) и реже в другие органы (легкие, яичники, кости и головной мозг).

Лекарственная терапия – неотъемлемая часть комбинированного и комплексного лечения больных колоректальным раком II–IV стадии. Более чем у 70% пациентов с данной патологией химиотерапию используют на различных этапах лечения, при диссеминированной форме заболевания это основной метод лечения.

За последние годы наблюдается существенный прогресс в

результатах лечения больных метастатическим колоректальным раком (МКРР). Довольно длительно единственными препаратами, активными при этой локализации оставались средства из группы фторпроизводных пириимидина – 5-фторурацил (5-ФУ), вошедший в практику еще в 60-е годы. Биохимическая модуляция препарата с помощью лейковорина позволила несколько увеличить противоопухолевую активность комбинации, что обеспечивает продолжительность жизни больных до 10–12 мес. /2/. В 90-х годах в практику вошли принципиально новые препараты, обладающие противоопухолевой активностью при КРР: иринотекан, оксалиплатин, капецитабин. Начиная с 2000 г. режимы с этими препаратами значительно увеличили продолжительность жизни пациентов и её качество: IFL (иринотекан, 5-ФУ, лейковорин) до 14, 8 мес. /3/, инфузии режима FOLFIRI обладают большей эффективностью и меньшей токсичностью /4/, FOLFOX (оксалиплатин, 5-ФУ, лейковорин) имеет сравнимую эффективность, но меньшую токсичность по сравнению с IFL и FOLFIRI /5; 6; 7; 8/. Для получения максимального эффекта необходимо использовать все наиболее активные цитостатики.

Появление новых противо-

опухолевых препаратов улучшило прогноз больных МКРР. Однако практически все больные погибают от прогрессирования заболевания, что по-прежнему делает актуальным поиск новых подходов лечения, одним из которых является таргетная терапия. Для разработки таргетных препаратов используется научно обоснованный подход с проведением клинических исследований опухолей, в которых высока частота эксперсии молекулярных мишеней для конкретного таргетного препарата. Одним из препаратов, относительно недавно вошедших в клиническую практику, является бевацизумаб (авастин), который в настоящее время зарегистрирован для лечения больных метастатическим раком толстой кишки, молочной железы, немелкоклеточным раком легкого, раком почки и глиобластомы.

Бевацизумаб (авастин) – рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела, которые блокируют действие фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) – протеина, участвующего в процессе неоваскуляризации опухоли. Он не является цитостатическим препаратом в привычном понимании этого слова, так как его действие напрямую направлено не на опухолевые клетки, а на опухолевые сосуды, обеспечивающие оксигенацию и питание опухоли. В связи с этим основным действием бевацизумаба является не достижение непосредственного противоопухолевого эффекта, а длительное поддержание опухоли в стабильном состоянии, позволяющем пациенту сосуществовать с опухолью. Важность использования бевацизумаба для лечения больных МКРР была доказана в многочисленных клинических исследованиях. В основополагающем рандомизированном контролируемом исследовании III фазы сравнивали



**АВАСТИН**  
бевацизумаб



- метастатический КРР
- метастатический РМЖ
- метастатический НМКРЛ
- метастатический рак почки
- глиобластома

Представительство компании  
Хоффманн-Ля Рош Лтд. в Казахстане  
050008, Республика Казахстан,  
г. Алматы, пр. Абая, 52  
Тел.: +7(727) 334 19 19  
Факс: +7 (727) 334 19 20

Регистрационное удостоверение: РК-АС-5-№ 009863 от 25.09.2006  
Регистрационное удостоверение: РК-АС-5-№ 009862 от 25.09.2006  
Разрешение на рекламу № 2657 от 06.08.2010



**Торговое название:** Авастин

**МНН:** Бевацизумаб

**Лекарственная форма:** Концентрат для приготовления раствора для инфузий 100 мг/Амл, 400 мг/16мл.

**Состав:** один флакон 100 мг/4 мл содержит активное вещество - бевацизумаб 100 мг, один флакон 400 мг/16 мл содержит - бевацизумаб 400 мг.

**Показания к применению**

- метастатический колоректальный рак (МКРР) в комбинации с в/в 5-фторурацилом / фолиевой кислоты (5-ФУ/ФК) или в/в 5-ФУ/ФК/иринотеканом в терапии 1 линии

- местно рецидивирующий или метастатический рак молочной железы (МРМЖ) в комбинации с паклитакселом в качестве терапии 1 линии

- нерезектабельный, метастатический или рецидивирующий немелкоклеточный рак легкого (НМКРЛ), не плоскоклеточный гистологический тип в комбинации с химиотерапией на основе препаратов платины

- распространенный и/или метастатический почечноклеточный рак (МПКР) в комбинации с интерфероном альфа-2а в качестве терапии 1 линии.

- глиобластома (злокачественная глиома IV степени ВОЗ): в монотерапии или в комбинации с иринотеканом в качестве терапии второй линии

**Способ применения и дозы.** Лечение Авастином рекомендуют проводить до прогрессирования основного заболевания. Начальную дозу вводят в течение 90 мин. в виде в/в инфузии после химиотерапии, последующие дозы можно вводить до или после химиотерапии. Если первая инфузия хорошо переносится, то вторую инфузию можно проводить в течение 60 минут. Если инфузия в течение 60 минут хорошо переносится, то все последующие инфузии можно проводить в течение 30 минут. Авастин вводят только внутривенно капельно; вводить препарат внутривенно струйно нельзя!

**Метастатический колоректальный рак:** доза Авастина 5 мг/кг массы тела, один раз каждые 14 дней.

**Метастатический рак молочной железы:** доза Авастина 10 мг/кг массы тела один раз в 2 недели или 15 мг/кг массы тела один раз в 3 недели.

**Немелкоклеточный рак легкого:** доза Авастина 7,5 мг/кг массы тела или 15 мг/кг массы тела один раз в 3 недели.

**Распространенный и/или метастатический почечноклеточный рак:** в дозе 10 мг/кг массы тела один раз в 2 недели.

**Глиобластома (злокачественная глиома IV степени ВОЗ):** в дозе 10 мг/кг массы тела один раз в 2 недели.

Лечение Авастином продолжают до прогрессирования основного заболевания.

**Режим дозирования у особых групп пациентов.** Авастин не рекомендуется применять у детей, так как данных по эффективности и безопасности не достаточно. Не требуется коррекции дозы у пожилых. Безопасность и эффективность бевацизумаба у пациентов с почечной и печеночной недостаточностью не изучалась.

**Побочные действия.** У пациентов, получавших Авастин, наиболее часто наблюдаются: утомляемость или астения, диарея, тошнота и боли в животе.

Анализ данных по клинической эффективности показывает, что частота гипертонии и протеинурии на фоне лечения Авастином имеет дозозависимый характер. Более чем у 10% пациентов наблюдались: лейкопения, нейтропения, анорексия, периферическая сенсорная нейропатия, расстройства вкуса, головная боль, расстройства зрения, гипертония, диспноэ, эпистаксис, ринит, диарея, тошнота, рвота, запор, стоматит, кровотечения из прямой кишки, экфолиативный дерматит, сухость кожи, изменение цвета кожи, протеинурия, лихорадка, астения, боль.

**Дополнительная информация о серьезных побочных реакциях.**

**Желудочно-кишечные перфорации.** В клинических исследованиях у желудочно-кишечных перфорациях сообщалось с частотой менее 1% у пациентов с МРМЖ или НМКРЛ, и до 2% у с МКРР.

**Фистулы.** Существуют сообщения о единичных серьезных случаях развития фистул. Фистулы желудочно-кишечного тракта были характерны для пациентов с МКРР и реже – для пациентов с другими локализациями опухоли.

**Кровотечения.** В клинических исследованиях частота кровотечений 3 и 5 степени по критериям общей токсичности Национального института Рака наблюдались у 0,4 - 5% всех пациентов, получавших Авастин, и 2,9% в группах, где больные получали стандартную химиотерапию. Массивные легочные кровотечения/кровохарканье у пациентов с НМКРЛ 3-5 степени тяжести отмечены с частотой 2,3% в группе Авастина с карбоплатином и паклитакселом, и менее 1% - в группе только химиотерапии. Пациенты с кровотечениями/кровохарканьем в анамнезе были исключены из исследования. Возможными факторами риска были: плоскоклеточный гистотип опухоли, прием антиревматических и противовоспалительных лекарственных средств, антикоагулянтов, предшествующая лучевая терапия, лечение Авастином, атеросклероз в анамнезе, прикорневое (центральное) расположение опухоли и кавитация опухоли до или во время лечения. Статистически значимая корреляция с кровотечениями на фоне Авастина показана только для плоскоклеточного типа опухоли. Пациенты с НМКРЛ с подтвержденным плоскоклеточным вариантом рака или смешанным клеточным типом с преобладанием плоскоклеточного исключались из последующих исследований III фазы, тогда как пациенты с неизвештым гистотипом опухоли были включены. Желудочно-кишечные кровотечения у больных МКРР расценивались как ассоциированные с опухолью. Во всех клинических исследованиях, *кроме-слизистые кровотечения наблюдались с частотой 20-40%* у пациентов, получавших Авастин. Наиболее частым из них было носовое кровотечение 1 степени, которое длилось менее 5 минут, прекратилось без медикаментозного лечения и не потребовало изменений режима введения Авастина.

**Гипертония.** Наблюдалась увеличение частоты гипертонии (все степени) до 34%. Гипертония 3 и 4 степени (потребовавшая назначения оральных антигипертензивных средств) у пациентов, получавших Авастин, встречалась с частотой 3 - 17,9%. Гипертония 4 степени - у 1,0% пациентов. Гипертония обычно хорошо контролировалась лекарственными препаратами из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, диуретиков, блокаторов кальциевых каналов, редко становилась причиной госпитализации или отмены Авастина.

**Артериальные тромбозы.** Общая частота достигала 3,8% в группах. Цереброваскулярные инциденты отмечены с частотой 2,3% у больных. Инфаркт миокарда развился у 1,4% пациентов.

**Венозные тромбозы.** Частота венозной тромбозии в клинических исследованиях была одинаковой в группах, получавших Авастин и только химиотерапию. Суммарная частота случаев венозной тромбозии варьирует от 2,8% до 17,3% в группах, получавших Авастин, по сравнению с 3,2% - 15,6% в контрольных группах.

**Застойная сердечная недостаточность (ЗСН)** развивалась чаще всего при МРМЖ, 3-5 степени тяжести в 2,9-3,5% случаев. Большинство этих пациентов показали улучшение симптоматики и/или функции левого желудка после соответствующей медикаментозной терапии. Предварительное назначение антрациклинов и/или предварительное лучевое лечение на область грудной клетки рассматривается в качестве возможного фактора риска ЗСН.

**Протеинурия.** Протеинурия 3 степени отмечалась менее, чем у 3% пациентов. Протеинурия 4 степени (нефротический синдром) - у 1,4% пациентов.

Пациенты с гипертонией в анамнезе могут иметь повышенный риск развития протеинурии при лечении Авастином. Мониторинг протеинурии с помощью анализа мочи рекомендован до начала и на протяжении терапии Авастином.

**Пожилые пациенты.** В рандомизированных клинических исследованиях установлено, что возраст старше 65 лет сопровождается увеличением риска развития артериальных тромбозов, включая цереброваскулярные тромбозы, транзиторные ишемические атаки, и инфаркт миокарда. С большей частотой, по сравнению с группой младше 65 лет, наблюдались лейкопения и тромбоцитопения 3-4 степени, все степени нейтропении, диарея, тошнота, головная боль и утомляемость.

**Противопоказания:** повышенная чувствительность к бевацизумабу или к любому другому компоненту препарата, повышенная чувствительность к препаратам на основе клеточных мембран китайского хомячка или к другим рекомбинантным человеческим или гуманизированным антителам, нерезектабельные метастазы в головной мозг (ЦНС), беременность и грудное вскармливание

**Лекарственные взаимодействия.** Не выявлено клинически значимых фармакокинетических взаимодействий одновременно вводимых цитостатиков на распределение Авастина. Не обнаружено различий в значениях клиренса бевацизумаба у пациентов, получавших Авастин в комбинации с ИФЛ в монотерапии. Влияние 5-ФУ, карбоплатина, паклитаксела и доксорубина на клиренс бевацизумаба рассматривается клинически не значимым. Результаты исследований продемонстрировали отсутствие достоверного влияния бевацизумаба на фармакокинетику: иринотекана и его активного метаболита SN38, капецитабина и его метаболитов, оксалиплатина, интерферона альфа-2а, гемцитабина.

**Особые указания**

Внутрибрюшинное воспаление может быть фактором риска для перфорации желудка или кишечника у больных МКРР, поэтому необходимо проявлять осторожность при лечении бевацизумабом таких пациентов. При развитии перфорации лечение Авастином следует прекратить. Больным с метастазами в головной мозг не следует назначать Авастин. Если во время лечения возникло кровотечение 3 или 4 степени тяжести Авастин следует отменить. Перед началом лечения пациентов с врожденным геморрагическим диатезом, приобретенной коагулопатией или получавших полные дозы антикоагулянтов по поводу тромбозии следует оценить риск кровотечения. Пациенты, у которых в недавнем прошлом было легочное кровотечение (более 2,5 мл крови), не должны получать Авастин. При назначении Авастина пациентам с гипертонией необходимо проявлять осторожность и постоянно контролировать АД. У пациентов с артериальной гипертонией, требующей лекарственной терапии, рекомендуется временно прекратить терапию Авастином до достижения адекватного контроля АД. Если не удастся установить медикаментозный контроль АД и/или при развитии гипертонического криза прием Авастина необходимо прекратить. У пациентов с признаками синдрома обратимой задней лейкоэнцефалопатии (СОЗЛ) рекомендуется прекратить введение Авастина. С осторожностью проводить лечение у пациентов с артериальной тромбозией, с клинически выраженным заболеванием сердца или уже существующей застойной сердечной недостаточностью. При развитии легочной тромбозии, угрожающей жизни больного (степень 4) лечение Авастином следует прекратить, при 3 степени и ниже пациенты нуждаются в более тщательном наблюдении. Авастин может отрицательно влиять на заживление ран. Лечение бевацизумабом следует начинать не ранее, чем через 28 дней после хирургического вмешательства или до полного заживления хирургической раны. При развитии осложнений, связанных с заживлением раны, Авастин необходимо временно приостановить до полного заживления раны. До начала и во время терапии Авастином рекомендуется проводить анализ мочи на протеинурию. При развитии протеинурии 4 степени Авастин необходимо отменить.

**Беременность и лактация.** Иммуноглобулины IgG проникают через плаценту и предполагается, что Авастин подавляет ангиогенез у плода, что может привести к развитию серьезных нарушений у плода. Поэтому Авастин нельзя принимать во время беременности. Женщины детородного возраста должны использовать контрацепцию во время и после (до 6 месяцев) лечения.

Учитывая то, что иммуноглобулины IgG выделяются с грудным молоком, и то, что бевацизумаб может нанести вред развитию и росту новорожденного, женщины должны прекратить грудное вскармливание во время лечения и не кормить ребенка как минимум на протяжении 6 месяцев после введения последней дозы Авастина.

**Условия хранения:** хранить в холодильнике при температуре от +2°C до +8°C, в оригинальной упаковке для защиты от света. Не замораживать. Не взбалтывать. Продукт должен быть использован немедленно после приготовления. Хранить в недоступном для детей месте!

**Срок хранения:** 2 года

**Условия отпуска из аптек:** по рецепту

**Производитель:** Для Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцария, произведено Дженентек Инк., США. Представительство «Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд» в Казахстане 050008, г.Алматы, пр. Абая 52. Тел.: +7(727) 334-19-19, факс 334-19-20

**Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.**



иринотекан, 5-ФУ и ЛВ (режим IFL) в сочетании с бевацизумабом, с одной стороны, и режим IFL в сочетании с плацебо, с другой стороны, у больных метастатическим колоректальным раком, ранее не получавших химиотерапию (AVF2107g). Медиана продолжительности жизни была выше у пациентов, получавших терапию IFL в сочетании с бевацизумабом, чем у пациентов из группы IFL – 20,3 мес. по сравнению с 15,6 мес. соответственно /9/. Исследование NO16966 является базовым международным исследованием III фазы, в которое в его окончательном варианте были включены 2034 пациента. Результаты исследования показывают, что добавление бевацизумаба к ХТ достоверно увеличивает выживаемость без прогрессирования по сравнению с ХТ на 20% /10/. Гипотеза о том, что использование антиангиогенного фактора на фоне применения ХТ может замедлить рост опухоли, была подтверждена в исследовании F.F. Kabbinavar и соавт. (2005) на фоне использования комбинации 5-ФУ/ЛВ и доказана лучшая эффективность бевацизумаба (общая эффективность повысилась почти на 71%, время без прогрессирования – на 64%, а общая выживаемость – на 81% /11/).

**Материал и методы.** В исследование включены 38 пациентов мКРР в возрасте 23–73 лет (средний возраст – 55 лет), из них 16 (42,1%) мужчин, 22 (57,9%) женщины. Общее состояние больных по шкале Карновского не менее 70%. Стадии заболевания: T3N0-2M1 – 10 (26,3%), T4N1-2M1 – 8 (15,8%), T2-3N0-2M0 – 10

(31,6%), T4N1-2M0 – 10 (26,3%). Ранее комбинированное лечение проведено у 20 пациентов (операция+химиотерапия). Все больные поступали на лечение с прогрессированием заболевания после I линии химиотерапии по схемам FOLFIRI или FOLFOX (1 группа). Остальные 18 больных поступали в стационар впервые с мКРР (2 группа). При МТС печени (23 – 60,5%) объем поражения не превышал 60%, с сохранением ее функциональных возможностей. У 3 пациентов МТС печени сочеталось с метастазами в кости скелета и у 3 – с метастазами в легкие. В двух случаях имело место сочетанное поражение метастазами костей скелета и легких и в одном случае МТС легких сочеталось с поражением яичников – контингент больных, включенных в исследование, был весьма тяжелым. Диагноз у всех был верифицирован гистологически.

Больные получали терапию в режиме: Капецитабин по 2000 мг/м<sup>2</sup> 2 раза в день с 1-го по 14-й день, Оксалиплатин 130 мг/м<sup>2</sup> в/в кап 2-часовая инфузия – 1-й день, Бевацизумаб 5 мг/кг 1 раз в 14 дней. Антиэметики назначались по показаниям. Применение колониестимулирующих факторов не регламентировалось.

Объективный эффект оценивался после 3-4 курсов химиотерапии в соответствии с критериями Response Evaluation Criteria in Solid Tumors Group (RECIST). Оценка размеров очага осуществлялась путем ультразвукового исследования (УЗИ), рентгеновской компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Общий объективный эффект получен у 15 (39,5+7,9%): в 1 группе – в 7 (35,0+ 10,6%), во 2-й – 8 (44,4+11,7%) случаях, из них полная регрессия – в 1 (5%) и 2 (11,1%) случаях соответственно. В 30% случаях зарегистрирован частичный эффект и большее количество стабилизаций (50% и 44,5% соответственно). Прогрессирование процесса отмечено в 1-й группе 15%, во 2-й группе 11,1% случаях (табл.).

Сроки ремиссии составили: 1 группа – 8,2 месяца, 2 группа – 12,1 месяца.

Следует отметить удовлетворительную субъективную переносимость комбинаций XELOX+bevacizumab. Тошнота и рвота легко купировались. Случаев фебрильной нейтропении зарегистрировано не было. Тем не менее, 6 циклов химиотерапии были отложены на срок от 1 до 2 недель для нормализации показателей периферической крови. Диарея обычно была I и II степеней, купировалась стандартной терапией лоперамидом. Нейропатия проявлялась дистезиями, при III и IV степени токсичности влияла на качество жизни больных. Назначение витаминов группы В позволило несколько уменьшить проявление периферической нейропатии. Ладонно-подошвенный синдром (ЛПС) развился в основном после 3-го курса химиотерапии, но выраженность была не выше II степени. Гипертензия и носовые кровотечения, характерные побочные явления, которые встречаются при применении бевацизумаба, были I и II степени токсичности. Гипертензия купировалась приемом стандартной гипотензивной терапии, носовые кровотечения

Таблица. Эффективность лечения

	Полный эффект	Частичный эффект	Стабилизация	Прогрессирование
1 группа (n=20)	1 (5%)	6 (30%)	10 (50%)	3 (15%)
2 группа (n=18)	2 (11,1%)	6 (33,3%)	8 (44,5%)	2 (11,1%)

потребовали только местного лечения.

Таким образом, XELOX+Vev проявляет достаточную эффективность у больных с метастатическим колоректальным раком как в I, так и во II линии химиотерапии, с вполне приемлемым профилем токсичности. Применение бевацизумаба в комбинации с оксалиплатином и капецитабином у больных метастатическим колоректальным раком сопровождается низким риском осложнений, улучшает результаты лечения и увеличивает время до прогрессирования, что позволяет надеяться на улучшение отдаленных результатов лечения данной категории больных. «Такие результаты выглядят обнадеживающе как для врачей, так и для больных. Они подтверждают, что режим XELOX предоставляет новые терапевтические возможности для пациентов с метастатическим колоректальным раком. Режим является столь же эффективным, как и обычно назначаемые стандартные схемы, но при этом более удобным в применении. Сравнение со схемой FOLFOX-4 показало, что больные, которые получают комбинацию XELOX, имеют гораздо больше свободного времени без инфузионной терапии (время, затраченное на визит в

клинику, у пациентов из группы XELOX-4 – 48 часов)», – отмечает профессор Jim Cassidy, один из ведущих исследователей по данному проекту, профессор онкологии, руководитель онкологии в Beatson Oncology Centre, at the University of Glasgow, Scotland.

**Литература**

1. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И., Аймагамбетова А.Е., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2009 год. – Алматы, 2010.
2. De Gramont A., Bosset J.F., Milan C., et al Randomized trial comparing monthly low-dose leucovorin and fluorouracil bolus with bimonthly high-dose leucovorin and fluorouracil bolus plus continuous infusion for advanced colorectal cancer a French intergroup study. J Clin Oncol 1997; 15: 808-815.
3. Saltz L.B., Cox J.V., Blanke C et al. Irinotecan plus fluorouracil and leucovorin for metastatic colorectal cancer. Irinotecan Study Group// New Engl. J. Med. – 2000. – Vol.343. – P. 905.
4. Douillard JY., Cunningham D., Roth AD., et al. Irinotecan combined with fluorouracil compared with fluorouracil alone as first-line treatment of metastatic colorectal cancer: a multicentre randomized trial. Lancet 2000; 355; 1041-1047.
5. Saltz L, Clarke S, et al. Bevacizumab in combination with XELOX or FOLFOX-4: Efficacy results from XELOX-1/NO16966, a

randomized phase III trial in the first-line treatment of metastatic colorectal cancer. Gsatrointestinal Cancers Symposium 2007, abstr. 238.

6. Goldberg R, Sargent D, et al. N9741: Survival update and prognostic factor analysis of oxaliplatin and irinotecan combinations for metastatic colorectal cancer. ASCO 2007: 25:185, abstr SCO 2007: 25:185, abstr. 4067.

7. De Gramont A, Maindrault-Goebel F, et al. Final results of OPTIMO2, a large randomized phase II study of maintenance therapy or chemotherapy-free intervals after FOLFOX in patients with metastatic colorectal cancer: A GERCOR study. ASCO 2007: 25:185, abstr. 4013.

8. Tournigand C., Andre T., Achille E, et al. FOLFIRI followed by FOLFOX6 or reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study. J Clin Oncol 2004; 22:229-237.

9. Hurwitz H., Fehrenbacher L., Novotny W., et al. Bevacizumab plus Irinotecan, Fluorouracil, and Leucovorin for Metastatic Colorectal Cancer. N Engl J Med 2004; 350:2335-2342.

10. Giantonio B.J, Catalano P.J, Meropol N.J, et al. High-dose bevacizumab improves survival when combined with FOLFOX4 in previously treated advanced colorectal cancer; results from the ECOG study E 3200. J Clin Oncol 2005; 23.

11. Kabbinnavar Fairouz F et al. Combined analysis of efficacy: addition of bevacizumab to fluorouracil/leucovorin improves survival for patient with metastatic colorectal cancer// J. Clin.ofOncol.–2005.V.23.–P.3706-3712.

**СЕРТИФИКАЦИЯ**

**Перечень продукции, не соответствующей требованиям нормативных документов (январь 2011 г.)**

Данная информация поможет Вам избежать приобретения некачественных лекарственных средств

Дата	Номер регистрационного удостоверения	Наименование продукции	Номер серии	Завод-изготовитель	Наименование органа по подтверждению соответствия	Показатель несоответствия
18.01.2011 г.	PK-ЛС-5N№001244	Азитровид таблетки, покрытые оболочкой, 0,5 г №12	10910, размер партии 6800 уп.	Фармимпекс ООО, Грузия	ОПС РГП «НацЭЛС», г. Алматы	Распадаемость, маркировка

На указанное лекарственное средство не выдан сертификат соответствия. Запрещается реализация данных партий продукции на территории Республики Казахстан.

По решению Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности при проведении плановых проверок объектов фармацевтической деятельности территориальными подразделениями Комитета в случае выявления в обращении указанного лекарственного средства будут приняты меры по его изъятию с последующим информированием Комитета.

Информация предоставлена Отделом сертификации РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК.



see it all



MEDISON

Медицинское оборудование  
для УЗ-диагностики

8 800 080 55 77

звонок для регионов бесплатно  
[www.ordamed.kz](http://www.ordamed.kz)

SONOACE X4

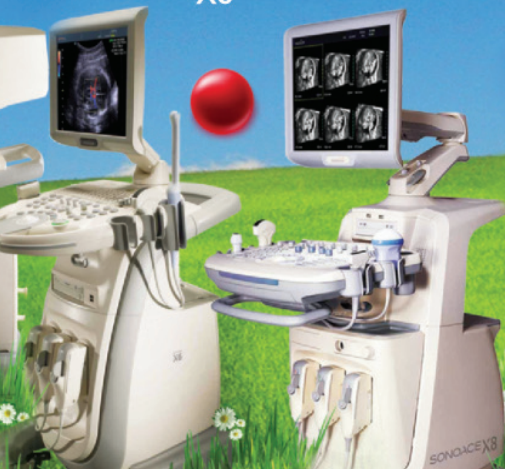
SONOACE X6

SONOACE X8

ACCUVIX V10

ACCUVIX V20

prestige



**Ordamed**

Здоровье технологии для жизни

ТОО "ОрдаМед Центральная Азия", РК, 050009

г. Алматы, ул. Дуйсенова, 25

Тел.: +7 (727) 270 70 72/66/86/91

Факс: +7 (727) 245 64 49

Эл. почта: [info@ordamed.kz](mailto:info@ordamed.kz)

[www.ordamed.kz](http://www.ordamed.kz)

SONOACE X1

MySono U5



УДК 615.451.16:616.233-002-053.2

# Париет® в лечении хронических воспалительных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Г.М. СЕЙДАГАЛИЕВА

ТОО «ТЭС-Медикал» Медицинский центр «Жемчужина», г. Костанай

Хронические воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта становятся все более распространенной патологией. В терапевтическом отделении МЦ «Жемчужина» в период 2008–2010 гг. количество пациентов с данной патологией имеет тенденцию к росту (8,9–14,8–15,8%). Более 70% всех пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта имеют сочетанную патологию с выраженной кислотозависимостью. У терапевтов не вызывает сомнения, что лечение этой группы заболеваний в настоящее время не проводится без препаратов, контролирующих кислотность, в том числе ингибиторов протонной помпы (ИПП).

Фармакологический механизм препаратов этой группы обусловлен их селективным антагонизмом к H<sup>+</sup>K<sup>+</sup>-АТФазе париетальных клеток желудка, которая вступает в необратимую связь с активным метаболитом ИПП сульфенамидом. Благодаря высокой эффективности и безопасности этих препаратов, им отдается предпочтение при лечении всех кислотозависимых заболеваний. Быстро достигаемый эффект блокирования образования кислоты не несет за собой какой-либо опасности, так

как частое и быстрое естественное обновление эпителиальных и железистых клеток слизистой оболочки желудка восстанавливает все функции организма, заблокированные препаратами во время проведения курса лечения. Это подтверждается многочисленными исследованиями, проведенными в разных странах /1–8; 11/.

**Цель данного исследования** – оценка клинической эффективности и безопасности Париета® (МНН: Рабепразол) у больных с кислотозависимыми заболеваниями.

**Материал и методы.** Париет® был включен в схемы лечения 19 больных в возрасте от 20 до 50 лет:

- 6 (31,5%) пациентов – с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с эрозивным эзофагитом с *Helicobacter pylori* (HP) – ассоциированным гастродуоденитом (эрозивным);
- 12 (63,1%) пациентов – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) без кровотечения и прободения;
- 1 (1%) пациент – с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ).

Все пациенты поступили с жалобами на выраженные «голодные», ночные боли в эпигастрии, изжогу. Причиной госпитализации был выражен-

ный болевой и диспепсический синдром.

Пациенты с ЯБДК, ЯБЖ и HP-ассоциированным гастритом, ГЭРБ получали Париет® в составе схемы эрадикационной терапии, включавшей также амоксициллин в дозе 1000 мг 2 раза в день и кларитромицин в дозе 500 мг 2 раза в день. Париет® назначали 20 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Затем пациенты продолжали принимать Париет® в дозе 20 мг 1 раз в день до 6 недель.

Оценка эффективности терапии проводилась путем динамического наблюдения с ежедневной регистрацией субъективных и объективных клинических симптомов, а также эндоскопического контроля, который проводился пациентам с ЯБДК, ЯБЖ через 10 дней, остальным – через 4 недели.

**Результаты.** В ходе лечения болевой синдром купирован в течение 1-х суток у 17 (89%) пациентов, со 2-го дня терапии Париетом® ни один пациент жалоб на боли не предъявлял.

Симптомы изжоги купированы в течение 1-х суток у 16 (84,2%) пациентов, на 2-е сутки у всех 19 (100%).

На фоне проводимого лечения препаратом Париет® у всех больных отмечается существенная положительная динамика основных клинических проявлений. Все пациенты отмечают значительное уменьшение интенсивности или полное исчезновение изжоги, уменьшение интенсивности болевого синдрома в первый день лечения.

Эндоскопический контроль, проведенный через 10 дней у 13 пациентов с ЯБДК и ЯБЖ, во всех случаях подтвердил рубцевание язвенного дефекта (язва в стадии красного рубца), у 6 пациентов с эрозивным гастродуоденитом – эпителизацию эрозий. Через 4 недели ни у кого из пациентов с ГЭРБ не было обнаружено эрозий в пище-



воде, отмечалось уменьшение гиперемии. Эрадикация НР достигнута у 17 из 19 пациентов, что составило 89,4%.

Побочных эффектов на фоне терапии Париетом® не было зарегистрировано ни у одного пациента. Тщательный учет возможных реакций (изменение вкусовых качеств, общего самочувствия пациентов, лабораторных показателей, в частности активность печеночных ферментов, анализ мочи, появление дополнительных жалоб) не выявил каких-либо отклонений.

**Обсуждение.** В результате проведенного лечения выявлена положительная динамика клинических симптомов у пациентов (с 1-го дня приема) и полное исчезновение жалоб уже к 3-му дню приема препарата, а также не наблюдалось никаких побочных реакций, что свидетельствует о высокой клинической эффективности препарата и его хорошей переносимости.

Проведенное изучение эффективности Париета® при кислотозависимых заболеваниях у пациентов позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Быстро устраняет симптомы кислотозависимых заболеваний у пациентов.

2. Не вызывает клинически значимых побочных реакций.

3. Обладает высокой скоростью антисекреторного действия (с первого дня приема).

4. Показывает высокий процент эрадикации НР в схеме лечения.

Таким образом, Париет® является эффективным и безопасным антисекреторным препаратом, который может быть рекомендован при лечении кислотозависимых заболеваний.

#### Литература

1. DeGiacomo, Fiocca R., Villani L., et al. Omeprazole treatment of severe peptic disease associated with antral G cell hyperfunction and hyperpepcinogenemia 1 in an infant. – J.Pediatr., 1990,117,989–993.

2. Frits Nelis G., Westerveld BD. Treatment of resistant reflux oesophagitis in children with omeprazole. – Eur.J.Gastroent. Hepatol, 1990, 2, 215–217.

3. Andersson T., Hassall E, Lundborg P., et al. Pharmacokinetics of orally administered omeprazole in children. – Am. J. Gastroent., 2000, 95, 3101–3106.

4. Jacqz-Aigrain E., Bellaiche M., Faure C., et al. Pharmacokinetics of intravenous omeprazole in children. – Eur. J. Clin. Pharmac., 1994, 47, 181–185.

5. Faure C., Michaud L., Khan Stghaghi E., et al. Intravenous omeprazole in children: pharmacokinetics and effect of 24-

hour intragastric pH. – J.Pediatr. Gastroenterol.Nutr.,2001,33(2),144–148.

6. Kato S., Shibuyu H., Hayashi Y. et al. Effectiveness and pharmacokinetics of omeprasole in children. – J. Pediatr. Gastroent. Nutr., 1996, 128, 415–421.

7. Gunasekaran TS, Hassal E. Efficacy and safety of omeprazole for severe gastroesophageal reflux in children. J.Pediatr.Gastroent.Nutr., 1993, 123, 148–154.

8. Pashankar DS, Israel DM, Jevon GP, et al. Effect of long-term omeprazole treatment on antral G and D cells in children. – J.Pediatr. Gastroent.Nutr., 2001,33(5),537–542.

9. Лопина О.Д. Механизм действия ингибиторов протонного насоса // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2002. №2. – С. 38–44.

10. Тютюнов Н.Н. Рабепразол (париет) и эзомепразол (нексиум): сравнительная оценка клинической эффективности // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2002. – №2. – С. 45–50.

11. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. – М.: Триада, 2000. – 179 с.

12. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Ивашкина Н.Ю. Эффективность нового ингибитора протонной помпы Париета при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2000. – №5. – С. 47–51.

#### БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ



#### ПРИМЕНЕНИЕ БОЛЕУТОЛЯЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ – РИСК СЕРДЕЧНОГО ПРИСТУПА И ИНСУЛЬТА

Привычные болеутоляющие препараты повышают риск сердечных приступов и инсультов.

Эксперты проанализировали результаты более 30 клинических испытаний с участием более чем 116000 пациентов, чтобы исследовать влияние обезболивающих препаратов на здоровье людей. Основной риск для здоровья связан с применением нестероидных противовоспалительных препаратов, таких как новые ингибиторы ЦОГ-2.

В ходе анализа тщательно исследовались ЛС напроксен, ибупрофен, диклофенак, целекоксиб, эторикоксиб, рофекоксиб и люмиракоксиб. Медики постоянно прописывают перечисленные препараты больным, страдающим от болезненных расстройств, включая остеоартрит. Их дозировка нередко оказывается выше, чем в безрецептурных препаратах, применяемых для лечения боли, в т.ч. головной.

Последнее исследование, результаты которого были опубликованы в British Medical Journal, показало, что в сравнении с плацебо люмиракоксиб повышает риск сердечного приступа, а ибупрофен связан с самым высоким риском инсульта.

Диклофенак почти утраивает, а эторикоксиб учетверяет риск внезапной смерти из-за сердечно-сосудистых осложнений. Рофекоксиб (торговое название Виокс™) более чем удваивает риск сердечного приступа, отметили ученые. Препарат был изъят с рынка в 2004 г., когда другие исследования показали, что он повышает риск сердечных приступов.

По данным [www.labclinpharm.ru](http://www.labclinpharm.ru)

## HRT-клуб есть теперь и в Казахстане

*Первое заседание HRT-клуба прошло 28 января т.г. в Казахском НИИ глазных болезней. С этого времени в нашей стране начинается новый отсчет в борьбе с глаукомой – болезнью коварной и, увы, прогрессирующей среди казахстанского населения.*

На заседание первой международной конференции HRT-клуба ее организаторы вынесли обсуждение проблем лечения глаукомы и знакомство с оборудованием признанного в мире лидера в производстве лазерной техники для диагностики патологии сетчатки и зрительного нерва – германской компании Гейдельберг Инжиниринг. Аббревиатура HRT, которая дала название клубу, означает «Гейдельбергский ретинальный томограф». Этот уникальный аппарат, широко используемый во многих глазных клиниках в Европе и мире, дает возможность на ранней стадии и без ошибок определить предпосылки развития глаукомы у больного. Подобные клубы существуют во многих странах мира, появляются они и на территории СНГ – в России, к примеру, HRT-клуб действует уже 7 лет.

Открывая международную конференцию, генеральный директор АО «Казахский НИИ глазных болезней», доктор медицинских наук, профессор Турсунгуль Кобжасаровна Ботабекова отметила, что мы присутствуем на поистине историческом событии – открытии HRT-клуба в Казахстане совпало по времени с началом реализации отраслевой Программы долгосрочных целевых мероприятий по профилактике слепоты от глаукомы в РК на 2011–2015 годы. Благодаря поддержке партии «Нұр Отан» и огромным организационным усилиям со стороны руководства КазНИИ ГБ, скрининг по глаукоме для лиц 40 лет и старше вошел в Государственную программу развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. На ее реализацию из бюджета выделено,

как известно, 400 млрд тенге, примерно 2 млрд из которых пойдут целевым назначением на проведение скрининга по глаукоме. В результате, в течение ближайших пяти лет во всех глазных отделениях областных больниц и двух городских поликлиниках каждого областного центра Казахстана появится уникальное диагностическое оборудование европейского образца для мониторинга больных глаукомой.

Ожидается, что данной скрининговой программой будет охвачено не менее 70% целевой группы. Это позволит выявить как можно больше случаев глаукомы у лиц разного возраста, порой даже не подозревающих о своем заболевании (процент выявленных случаев далеко зашедшей глаукомы 40–60%), сократить уровень инвалидности вследствие этого заболевания, которое на сегодня является весьма актуальной проблемой для отечественной офтальмологии. По данным Минздрава республики, заболеваемость глаукомой растет – на 100 тыс. населения в 2009 году было выявлено 73,6 случая, что в 1,2 раза больше предыдущего года. И это только верхушка айсберга, ведь вовремя распознать глаукому, не имея специального оборудования, очень сложно. В целом по Казахстану зарегистрировано 35 755 больных глаукомой, 62% из них состоят на диспансерном учете. С каждым годом их число растет. Так, в 2009 году было зарегистрировано 7360 больных с впервые выявленной глаукомой, и практически каждый второй случай – это далеко зашедшая стадия болезни. Среди городского населения она встречается в два раза чаще, что обусловлено недостаточной возможностью диагностики у сельчан. В восьми областях отсутствуют глаукомные кабинеты.

Ценно в новом совместном проекте КазНИИ глазных болез-

Т. Ботабекова открывает заседание



ней и его германских партнеров то, что в глазные клиники страны будет поставлен целый аппаратный комплекс – помимо Гейдельбергского ретино-томографа, в комплект войдут оптический когерентный томограф для переднего отрезка с щелевой лампой, компьютерный периметр, бесконтактный тонометр, комбинированная лазерная установка. Это уникальное оборудование, к примеру, так называемый OCT считается «золотым стандартом» диагностики в этой отрасли здравоохранения.

Взяли на себя европейские партнеры и первоначальное обучение персонала, который будет работать на сложном оборудовании. С этой целью из Германии на презентацию первого казахстанского HRT-клуба прибыли ведущие специалисты Академии Гейдельберг Инжиниринг – доктора Штефан Шульц и Марена Лоер, а также представители международной фирмы ASKIN&CO, являющейся официальным представителем компании Гейдельберг Инжиниринг, и ее казахстанского филиала.

Доктор Шульц ознакомил казахстанских коллег, а на конференцию были приглашены главные офтальмологи всех областей, сотрудники алматинских специализированных клиник и КазНИИ глазных болезней, врачи-интерны медицинских вузов, с инновационными тех-



Ш. Шульц проводит мастер-класс

нологиями в диагностике глаукомы, показал на слайдах, какие структурные изменения и прогрессии обнаруживаются при глаукоме, как они взаимодействуют с визуальной функцией органа зрения. Далее он продемонстрировал мультимодальные отображения заболеваний сетчатки, получаемые на аппаратах SPECTRALIS, объединяющих ангиографию и OCT. Это все так называемый «золотой стандарт» диагностики глаукомы в Европе, который станет доступным и казахстанским офтальмологам. Профессор Ш. Шульц лично продемонстрировал действия этих приборов, сев за монитор компьютера, соединенного программным обеспечением с HRT, а любой

из собравшихся в конференц-зале института казахстанский офтальмолог мог побывать в роли пациента у зарубежного специалиста. Все действие, происходящее в процессе диагностики, можно было наблюдать на экране, и эта «живая» диагностика очень впечатлила аудиторию. Затем последовала оживленная дискуссия. И это понятно – поставка такого нужного диагностического оборудования в Акмолинскую, Атыраускую, Западно-Казахстанскую, Мангистаускую, Северо-Казахстанскую, Южно-Казахстанскую области, а также в Астану и Алматы, запланирована уже в этом году. И работать на нем придется самостоятельно!

Наталья ТОДОРОВА  
Фото Айгуль РАХМЕТОВОЙ

#### ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ

##### ЭЛИКСИР БОДРОСТИ

Ученые международного НПХ «Фитохимия» изобрели лекарство для быстрого восстановления после тяжелых травм из надземной части серпухи венценосной, которая широко распространена на территории Казахстана. Препарат полностью растительного происхождения, поэтому не имеет противопоказаний.

##### В КАЗАХСТАНЕ ПЛАНИРУЕТСЯ ОСНАСТИТЬ НОВЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ 13 ОБЛАСТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ

Усилиями Министерства здравоохранения РК и благотворительного фонда «Аяла» реализуется республиканский проект «Дыши, малыш», в рамках которого родильные дома и перинатальные центры получают новое оборудование, что позволит снизить материнскую и младенческую смертность и повысит выживаемость новорожденных с критическим весом.

В рамках этого проекта перинатальный центр и родильные дома Алматы уже получили оборудование на общую сумму 104,7 млн тенге.

По материалам [www.liter.kz](http://www.liter.kz)



УДК 615.451.16:616.233-002-053.2

# Применение масляного экстракта из корней девясила для коррекции показателей ПОЛ-АОС при остром обструктивном бронхите у детей

Р.Н. МУКАШЕВА, Н.М. МАВЛЮДОВА, Г.Н. ЧУКАНОВА,  
Ж.К. ОРДАБАЕВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, г. Актобе

*Алынған мәліметтер бойынша жедел обструктивті бронхит кезінде андыз тамырынан алынған майлы сығындыны қолдану майлардың асқын тотығуын әлсіретіп, антиоксиданты жүйенің қызметін қалпына келтіретінін көрсетті.*

*Having investigated the influence of inula root oil extracts (IROE) on the indices of POL-AOS the authors of the article came to the conclusion that the IROE phytoextract reduce the activation of oxidant processes and restore the functional antioxidant enzymes to the normal quantity limits as well.*

**Актуальность.** В настоящее время серьезной проблемой здравоохранения являются заболевания дыхательных путей, особенно у детского населения, в связи с их широкой распространенностью и наносимым экономическим ущербом. Они составляют до 90% всей инфекционной бронхолегочной патологии детского возраста /1/, а в нашей республике занимают первое место по уровню заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет /2; 3/.

У детей раннего возраста одними из самых распространенных являются бронхиты /4/, при которых частота бронхиальной обструкции составляет от 5 до 40% /5/. По данным статистики, по Республике Казахстан заболевание органов дыхания у детей от 0 до 5 лет на 1000 детей в 2008 г. составило 1 329,1, в г. Актобе – 1 122,8, в 2009 г. – 1 387,0, г. Актобе – 1 057,2 /6/. Согласно современным взглядам, веду-

щую роль в формировании многих патологических процессов, в частности в генезе острых заболеваний, сопровождающихся нарушением бронхиальной проходимости, играет окислительный стресс /7–9/. Процесс активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) рассматривается как один из универсальных механизмов повреждения клетки и может приводить к повреждению или модификации всех основных функций биологических мембран – барьерной, рецепторной, каталитической /10–12/. При этом степень подобных нарушений в структурах биомембран при многих заболеваниях, в том числе и при обструктивном бронхите, зависит от общей выраженности в больном организме дестабилизирующих метаболизм цитомембранных процессов: свободнорадикального окисления (СРО) и перекисного окисления липидов /13–15/.

В связи с этим большое значение в лечении бронхообструктивных состояний имеют лекарственные препараты, обладающие способностью угнетать процессы ПОЛ и повышать антиоксидантную защиту (АОЗ) организма. Однако следует отметить, что большинство современных лекарств, используемых в пульмонологии, являются синтезированными и обладают значительным количеством побочных эффектов, а в раннем детском возрасте снижены возможности метаболизма и обезвреживания ксенобиотиков, что может привести к увеличению числа осложнений от фармакотерапии.

Поэтому в настоящее время остается актуальным поиск, разработка и внедрение в клиническую практику малотоксичных и эффективных антиоксидантов для снижения гиперактивности процессов СРО и нормализации баланса в системе ПОЛ-АОЗ.

На кафедре фармакологии Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова разработан и разрешен к применению в качестве БАД масляный экстракт из корней девясила (МЭКД). Экспериментальными исследованиями Р.С. Кузденбаевой и соавт. (2004 г.); Н.Т. Алдияровой (2005 и 2006 гг.); А.С. Жолмурзаевой и соавт. (2008 г.) установлено, что МЭКД обладает низкой токсичностью, хорошей переносимостью и имеет выраженные антиоксидантные свойства, что явилось основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования** – изучение возможности коррекции в системе ПОЛ-АОЗ у детей с острым обструктивным бронхитом (ООБ).

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 72 пациента (35% девочек, 65% мальчиков) в возрасте от 1 года до 3-х лет с



ООб, состояние которых при поступлении оценивалось как тяжелое (69%) и средней тяжести (30%). Пациенты 1 группы (n=41) получали бронхолитик (атровент) и МЭКД в дозе 5 мл 3 раза в день в течение 14 дней. Группу сравнения (2 группа) составили пациенты (n=31), получавшие бронхолитик и муколитический препарат Атик (МНН: ацетилцистеин) сироп по 5 мл 3 раза в день в течение 14 дней. Группы рандомизированы (в исследование включали каждого второго поступающего в клинику пациента) и по основным клиническим признакам (основным и сопутствующим заболеваниям, возрасту, полу, клинико-функциональным, клинико-лабораторным показателям в начале исследования) сопоставимы.

Для оценки процессов ПОЛ определяли количественное содержание отдельных первичных и вторичных продуктов СРО липидов: диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) спектрофотометрическим методом /16; 17/. Состояние ферментативного звена антиоксидантной системы (АОС) оценивали по степени активности внутриклеточных (каталаза-КАТ, супероксиддисмутаза-СОД) и внеклеточных (церулоплазмина-ЦП) ферментов /18/. В качестве дополнительного критерия, позволяющего судить о преобладании одного из метаболических

звеньев, рассчитывали коэффициент МДА/СОД. Исследования показателей ПОЛ-АОС производили при поступлении (до лечения) и выписке из стационара (после лечения). Полученные результаты проанализировали и сопоставили с данными здоровых детей того же возраста (n=14).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из полученных нами данных о состоянии антиоксидантной системы (ПОЛ-АОС) следует отметить, что у обследуемых детей в остром периоде ООб (до лечения) отмечалось достоверное повышение в крови концентрации ДК на 38,7%, МДА – на 57,4% и снижение активности СОД – на 60%, КАТ – на 52%, ЦП – на 66% и увеличение коэффициента МДА/СОД до 0,11 в сравнении с показателями здоровых детей (табл.).

Как следует из приведенных показателей, в остром периоде заболевания наблюдается выраженное нарушение баланса в окислительно-восстановительном статусе больных ООб, характеризующееся гиперактивностью ПОЛ и снижением активности ферментов АОС, в нормальных условиях поддерживающей перекисное окисление в биомембранах организма на стационарном уровне.

При проведении фармакотерапии у больных 2 группы по завершению лечения, несмотря на положительную динамику, содержание МДА остается достоверно повышенным на 36%, активность КАТ сниженной на

21%, СОД – на 14%, ЦП – на 21%, коэффициент МДА/СОД выше на 0,03 в сравнении с соответствующими показателями у практически здоровых детей. Следовательно, при традиционной терапии в организме детей с ООб сохраняется дисметаболическая ситуация. В 1 группе наблюдаемых больных, получавших МЭКД, отмечен достоверный и выраженный эффект коррекции показателей ПОЛ-АОС: уровни ДК и МДА, активность ферментов КАТ, СОД, содержание ЦП в крови не имеют достоверных отличий от их значений у здоровых детей. Коэффициент МДА/СОД также свидетельствует о восстановлении баланса между процессами ПОЛ и АОЗ организма.

Полученные нами данные о характере изученных метаболических нарушений на фоне терапии ООб у детей раннего возраста позволяют говорить о том, что включение в нее МЭКД не только ослабляет активизацию оксидантных процессов, но и восстанавливает функционирование антиоксидантных ферментов до пределов нормальных величин.

Таким образом, находит клиническое подтверждение постулат о том, что новый отечественный фитоэкстракт (МЭКД) обладает выраженными антиоксидантными свойствами и может быть рекомендован в терапии ООб детям раннего возраста с целью коррекции дисметаболизма в системе ПОЛ-АОЗ.

**Выводы.**

1. При ООб у детей раннего возраста имеется выраженная активизация ПОЛ и дефицит АОЗ.

2. Традиционная терапия (бронхолитик+атик) не устраняет выявленного дисметаболизма.

3. МЭКД рекомендуется включать в лечение ООб с целью восстановления нарушений в системе ПОЛ-АОЗ.

*Список использованной литературы можно запросить в редакции.*

Таблица. Влияние МЭКД на показатели ПОЛ-АОС у детей с ООб

Показатели	Здоровые дети	До лечения	После лечения	
			1 группа (бронхолитик +МЭКД)	2 группа (бронхолитик +Атик)
ДК (усл. ед.)	0,62±0,01	0,86±0,01*	0,60±0,01°	0,63±0,02 <sup>Δ</sup>
МДА (моль/л)	1,36±0,06	2,14±0,04*	1,25±0,05°	1,85±0,05 <sup>Δ</sup>
СОД (%)	32,5±1,11	19,5±1,83*	37,5±1,76°	28±2,53 <sup>Δ</sup>
КАТ(%)	42,9±1,13	22,3±1,54*	45,4±2,15°	34±1,18 <sup>Δ</sup>
ЦП (моль/л)	0,53±0,01	0,35±0,02*	0,55±0,01°	0,42±0,01 <sup>Δ</sup>
МДА/СОД	0,03	0,11	0,04	0,07

Примечание: \* – различие с контрольной группой;

° – различие с группой до лечения;

<sup>Δ</sup> – различие с группой сравнения (2 группа).

УДК 4.2:616.14-008.64-036.12:617.58

# Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей, осложненной флебостатическими трофическими язвами

В.В. МИХАЛЬЧЕНКО

Медицинский сосудистый центр, клиника МКТУ им. Х.А. Яссави, г. Шымкент

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВННК) имеет огромные социально-экономические последствия вследствие высокой частоты деструктивных нарушений со стороны мягких тканей в различных возрастных группах пациентов.

Патогенез хронической венозной недостаточности (ХВН) до настоящего времени полностью не изучен. Что является пусковым процессом, приводящим к нарушению работы венозной помпы, развитию отека и трофическим нарушениям кожи стопы и голени? Общепринятая точка зрения – повреждение венозных клапанов после перенесенного тромбоза вен нижних конечностей. Органически или функционально несостоятельные венозные клапаны не противодействуют высокому гидростатическому давлению. Венозная гипертензия в первую очередь поражает мелкие вены, венулы и капилляры, вызывая нарушение венозного возврата. Этим объясняется то, что в большинстве случаев процесс долгое время протекает бессимптомно. Чаще всего обследование назначают при появлении жалоб: отек мягких тканей в области голеностопного сустава, тяжесть в ногах после физической нагрузки. Венозная гипертензия,

нарушая микроциркуляцию пораженной нижней конечности, приводит к метаболическим и необратимым деструктивным изменениям тканей и систем.

По данным различных авторов /1; 2; 3/ и наших исследований, основным звеном в изменении микроциркуляторного русла в патогенезе ХВН является активация лейкоцитов, их взаимодействия с эндотелиальными клетками мелких сосудов и выход в ткани.

Длительная венозная гипертензия приводит к стойкому повреждению эндотелия микроциркуляторного русла, поддерживая хроническое течение патологического процесса.

Согласно данным литературы /4; 5; 6; 7/, а также нашим исследованиям, для улучшения микроциркуляции и коррекции метаболических процессов необходимо комплексное лечение ХВННК, осложненной флебостатическими трофическими язвами нижних конечностей (ФТЯНК).

**Целью** нашего исследования являлось изучение и выработка комплексного подхода к лечению ХВННК, осложненной ФТЯНК, и применение инновационной методики лечения: к основному хирургическому комплексу лечения мы добавили препараты, повышающие

венозный тонус, защищающие эндотелий сосудов от повреждения и также обладающие свойством снижать проницаемость сосудов микроциркуляторного русла – флеботоники в сочетании с инфузией озонированных растворов на фоне инъекций актовегина в дозах от 750 мг до 2500 мг. При выборе флеботонического препарата, мы остановили свой выбор на Флебодиа 600 (Иннотек Интернациональ, Франция, таблетки по 600 мг). Активным веществом препарата Флебодиа 600 является полусинтетический диосмин. Фармакологические свойства Флебодиа установлены ещё в 1978 г.

Флебодиа 600 обладает флеботонизирующим действием (уменьшает растяжимость вен, повышает тонус вен (дозозависимый эффект), уменьшает венозную застой), улучшает лимфатический дренаж (повышает тонус и частоту сокращения лимфатических капилляров, увеличивает их функциональную плотность, снижает лимфатическое давление), улучшает микроциркуляцию (повышает резистентность капилляров (дозозависимый эффект), уменьшает их проницаемость), уменьшает адгезию лейкоцитов к венозной стенке и их миграцию в паравенозные ткани, улучшает диффузию кислорода и перфузию в кожной ткани, обладает противовоспалительным действием. Практическая ценность данного препарата – в возможности однократного приёма.

Поэтому препарат Флебодиа 600 особенно важно назначать пациентам в послеоперационном и в реабилитационных периодах – больным, у которых имеются субклинические отеки нижних конечностей (в области голени), появляющиеся после физической нагрузки или длительного статического напряжения в положении сидя или стоя.

Основная задача при первичной консультации – поиск наследственных или приобретенных факторов риска ХВННК и разработка мероприятий по профилактике рецидива заболевания.

**Материал и методы.** Изучены материалы, проанализированы результаты комплексного обследования 672 больных с хронической венозной недостаточностью, осложненной ФТЯНК в стадии декомпенсации венозного кровообращения: исследуемая группа – 564 (83,9%) и контрольная – 108 (16%) пациентов, у 434 (64,5%) из общего числа больных имелись сопутствующие заболевания, 67 (9,9%) больных были в возрасте от 61 года и старше.

У больных с посттромботической болезнью (ПТБ) и варикозной болезнью (ВБ) чаще отмечались язвы размером от 6 см<sup>2</sup> до 29 см<sup>2</sup>: 153 (22,7%) и 110 (16,4%) человек соответственно.

Среди пациентов с сопутствующими заболеваниями был диагностирован сахарный диабет – у 134 (19,9%): легкая форма – у 85 (12,6%), средней тяжести – у 38 (5,6%), тяжелая форма – у 11 (1,6%). Экстрагенитальная патология наблюдалась у 176 (26,1%) женщин.

Заболевания кожи в зоне, прилегающей к трофической язве, отмечались у 99 (14,7%) больных: дерматит – у 21 (3,1%), целлюлит – у 23 (3,4%), экзема – у 22 (3,29%), грибковые заболевания – у 19 (2,8%), рожистое воспаление – у 14 (2,6%).

Заболевания сердечно-сосудистой системы наблюдались у 27 (4%) больных: гипертоническая болезнь – у 17 (2,5%), ишемическая болезнь сердца – у 10 (1,4%) больных.

Патология почек была выявлена у 23 (3,4%), хронический пиелонефрит – у 10 (1,4%), мочекаменная болезнь – у 13 (1,9%).

Патология печени и желчевыводящих путей наблюдалась

у 25 (3,7%): хронический гепатит – у 15 (2,2%), холангит – у 10 (1,4%).

Из группы больных ФТЯНК, имеющих сопутствующую патологию, мы выделили группу риска, имеющих тяжелую форму течения заболевания: сахарный диабет и площадь ФТЯНК 30 см<sup>2</sup> и более (2,6%); беременные женщины с экстрагенитальной патологией (5,7%), а также больные старше 61 года (6%), имеющие ишемическую болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз, хронический пиелонефрит.

Все больные исследуемой и контрольной групп были подвергнуты хирургическому лечению. В большинстве случаев (91,5%) оперативное лечение больным ФТЯНК проводилось после заживления язвы.

Основной целью оперативного лечения являлось устранение рефлюкса из глубоких вен в поверхностную систему на всем ее протяжении.

При выполнении радикального объема флебэктомии по общепринятым методикам для создания косметического эффекта нами были предложены небольшие плоскостные разрезы вертикальные или косопродольные в зависимости от типа варикозного расширения вен.

При наличии варикозно-расширенных поверхностных вен и трофических расстройств в области стопы мы использовали нашу модификацию методики В.Г. Гладких, Б.С. Суковатых.

Суть нашей модификации заключалась в том, что для удаления варикозно-расширенных вен и перевязки коммуникантных вен в зоне трофических расстройств вместо обширных дугообразных или линейных разрезов использовались небольшие плоскостные разрезы. Больным с санированными обширными трофическими язвами (30 см<sup>2</sup> и более) производилась флебэктомия с одномоментной аутодермопластикой

свободным кожным лоскутом в 10,1% случаях нашей модификации. У 81 (14,4%) больного группы риска операция проводилась в баро-операционной.

Для профилактики послеоперационных нагноений у пациентов, ранее перенесших рожистое воспаление (2%), и у больных сахарным диабетом (19,9%) произведена флебэктомия с интраоперационной озонотерапией. С целью исключения смыкания краев операционной раны при проведении озонотерапии в рану вставляли распорки из полиэтиленовых трубок. Процедура проводилась в течение 20 мин по вышеописанной методике. После сеанса озонотерапии рана послойно ушивалась.

В системе комплексного лечения больных с трофическими язвами при ХВН нижних конечностей адекватное оперативное вмешательство являлось только первым этапом. Значительная роль отводилась послеоперационной реабилитации больных. Послеоперационные реабилитационные мероприятия последовательно выполнялись в стационаре и поликлинике. В первые дни после операции проводилась комплексная терапия, направленная на коррекцию микроциркуляторных и метаболических процессов: лечебная гимнастика, гипербарическая оксигенация (ГБО), физиотерапевтические процедуры, сосудорасширяющая терапия: инфузия озонированных физиологических растворов и назначение флеботропного препарата Флебодиа 600, в состав которого входит очищенный диосмин. При наличии сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем, проводили их коррекцию. Терапия была направлена на стабилизацию основных показателей жизнедеятельности организма.

Комплекс лечебных мероприятий у больных в послеопе-

рационном периоде и на стадии реабилитации в условиях поликлиники включал: компрессионную терапию эластической повязкой (ношение бинтов в течение 3–6 мес.), комплекс физических упражнений (ЛФК), физиотерапию. По показаниям с целью улучшения микроциркуляторных процессов, крово- и лимфообращения продолжались курсы ГБО, инфузионной терапии озонированными физиологическими растворами на фоне актовегина в дозах от 750 мг до 2500 мг два раза в год и Флебодиа 600 в течение 2 месяцев 2–3 раза в год.

У пациентов при наличии нарушения свертывающей системы крови, проявляющегося острыми тромбозами и тромбозами, в комплекс лекарственных средств были включены антикоагулянты прямого и непрямого действия (фраксипарин, варфарин и др.) Флебодиа в дозах 1200 мг с последующим приемом 600 мг в сутки.

Особое внимание уделяли следующим рекомендациям: коррекция образа жизни, плоскостопия, нарушения осанки (одежда, обувь, занятия спортом, снижение массы тела, компрессионная терапия, приподнятое положение ног во время сна).

Эффективность проводимого лечения оценивалась по субъективным симптомам: снижение болевых ощущений, чувства тяжести в нижней конечности, дискомфорта, ночных судорог и парестезий, уменьшение маллеолярного объема, отсутствие болевого синдрома при физической нагрузке. Преобладающей жалобой по частоте встречаемости и выраженности была тяжесть в ногах. После проведенного лечения она отсутствовала или была слабо выражена. Болевой и судорожный синдром также значительно снизились – в 95–98% случаев. В результате проведенного исследования было установлено,

что после приема препарата Флебодиа 600 в течение 2 месяцев отмечалось статистически достоверное ( $P < 0,001$ ) снижение субъективных симптомов ХВННК. Клинически это выразилось снижением частоты жалоб: чувства тяжести в ногах, судорог в икроножных мышцах, парестезии, зуда кожи и отека, уменьшение маллеолярного объема пораженной конечности. Побочных эффектов при использовании препарата не наблюдалось.

Результаты считались хорошими (93,4%) если больные не предъявляли жалоб, отсутствовал надлодыжечный отек, иногда сохранялась умеренная пигментация и индурация кожи голени; отмечалось рубцевание язвы, выраженный косметический эффект в области операционных швов, полное восстановление метаболических процессов (нормализация показателей  $pO_2$ ,  $pCO_2$ , ПОЛ, МСМ, SH-группа, ВЭГ в общем кровотоке и крови, оттекающей от пораженной конечности) и трудоспособности пациента.

К удовлетворительным результатам (4,2%) были отнесены все случаи, когда полная эпителизация язвы сопровождалась появлением отека конечности к концу дня, больные предъявляли жалобы на умеренные боли, чувство тяжести и утомляемости при длительной нагрузке; выявлялся остаточный сегментарный варикоз; индурация и пигментация надфасциальных тканей стопы и голени. В цифровых значениях показателей метаболических процессов отмечалась значительная положительная динамика, но полного восстановления  $pO_2$ ,  $pCO_2$ , ПОЛ, значений МСМ, SH-групп, ВЭГ не наблюдалось. Больные не могли переносить длительные нагрузки, вследствие чего сменили профессию.

Неудовлетворительные результаты (1,7%) – пациенты предъявляли жалобы на перио-

дические боли в конечности, судороги, усиливающиеся после нагрузки, отмечались трофические расстройства кожи, рецидив варикоза, трофической язвы; показатели  $pO_2$ ,  $pCO_2$ , ПОЛ, МСМ, SH-группы, ВЭГ оставались в тех же пределах, что и перед началом лечения.

При оценке качества жизни в процессе реабилитации по показателям ближайших и отдаленных результатов отмечена положительная динамика по всем показателям жизни пациента. Использование комплексной терапии совместно с препаратом Флебодиа 600 на фоне озонированной инфузионной терапии позволяет улучшить микроциркуляторные процессы в пораженной конечности (оперированной) и общем кровотоке. Наблюдается улучшение всех субъективных и клинических симптомов в ближайших и отдаленных результатах: уменьшение отека, отсутствие боли при физической нагрузке, ночных судорог и парестезий в дистальных отделах пораженной конечности в 93,5% случаев, улучшение показателей метаболических процессов: ПОЛ, МСМ, ВЭГ, SH-групп в 1,5 раза у 89,7% пациентов. Объективные данные при инструментальном контроле – улучшение показателей реографии и плетизмографии, термометрии и капилляроскопии.

**Заключение.** Таким образом, наши исследования подтвердили, что комплексный подход в лечении больных с ХВННК, осложненной ФТЯНК, необходим, так как доказана взаимосвязь патофизиологических процессов, происходящих на уровне микро- и макроциркуляции при ХВННК. Это необходимо учитывать при решении практических задач. Использование инновационных подходов может оказать существенную помощь в совершенствовании лечебной и профилактической помощи больным с



ХВННК. Применение препарата Флебодиа 600 поливалентного флеботоника, использование его в комплексной терапии действует на основные патогенетические звенья ХВН.

#### Литература

1. Галкин Е.В., Гранова Л.С., Наумова Е.Б. Рентгеноэндovasкулярная хирургия гипофункции яичников при варикозном расширении овариальных вен // Вестник рентгенологии и радиологии, 1991. – №5. – С. 51–59.  
2. Рымашевский Н.В., Казарян Н.В., Окорочков А.А. и др. Роль венозной системы в генезе тазовых алгий // Вестник российской ассо-

циации акушеров-гинекологов, 1996. – №4. – С. 24–27.

3. Емельянов Э.К., Жаркин А.Ф., Петров Ю.А. Клиника, основные принципы лечения варикозной болезни нижних конечностей и ее тромбозомболических осложнений у беременных: Метод. рекомендации. – Волгоград, 1998.

4. Henriot J.P. Венозная недостаточность: сравнительное клиническое исследование однократного приема флебодиа 600 // Phlebologie, 1995. 48. №2.

5. Сапилкин С.В., Федоров Е.Е. Гинкор форте в лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. Том 10. №2. 2004.

6. Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей. – М., 2001.

7. Богачев В.Ю. Системная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей, современное состояние // Русский медицинский журнал, 2004. Том 12; №17. – С. 3–6.

8. Рамелет А.А. Место флеботропных средств в лечении заболеваний вен // Флебология, 1999; №10. – С. 11–15.

9. Кияшко В.А. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности // Русский медицинский журнал, 2001. Том 11; №26. – С. 1214–1219.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ



### АНЕСТЕТИКИ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ (БУПИВАКАИН, ХЛОПРОКАИН, ЛИДОКАИН, МЕПИВАКАИН, ПРОКАИН, РОПИВАКАИН) – СЛУЧАИ ХОНДРОЛИЗА ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИСУСТАВНОЙ ИНФУЗИИ

FDA предупреждает специалистов в области здравоохранения о 35 зафиксированных случаях хондролита (разрушения хряща) у пациентов, получавших продолжительные внутрисуставные инфузии перечисленных местных анестетиков для облегчения послеоперационных болей. В установленных случаях анестетики для местного применения (с эпинефрином или без него) вводились в течение 48–72 час. непосредственно внутрь сустава с помощью эластомерной помпы. В течение второго месяца после получения инфузии начали поступать жалобы на боль в суставе, ригидность и неподвижность. В более чем половине случаев пациентам понадобилось дополнительное хирургическое вмешательство, включая артропластику и артроскопию.

### АГОНИСТЫ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ МОГУТ ПОВЫШАТЬ РИСК ГИПЕРГЛИКЕМИИ

FDA одобрило предупреждения, внесенные в упаковку и инструкцию к препарату Золадекс (гозерелин ацетат), связанные с возможным риском гипергликемии. Применение гозерелина ацетата может негативно повлиять на гликемический контроль при установленном сахарном диабете или провоцировать приступы гипергликемии при впервые выявленном заболевании. FDA предупреждает, что для пациентов, получающих терапию гозерелином, необходим постоянный контроль уровня глюкозы в крови. Золадекс применяется для лечения гормонозависимого рака предстательной железы, гормонозависимого рака молочной железы у женщин в репродуктивном периоде или в перименопаузе, эндометриоза, фибромиомы матки (в комплексе с хирургическим лечением).

### ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ: FDA ВНОСИТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИИ В ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

FDA объявило о требовании к производителям нескольких иммунодепрессивных препаратов (применяемых для снижения риска отторжения при трансплантации органов) внести изменения во вкладыш в упаковку и инструкцию, чтобы подчеркнуть опасность оппортунистических инфекций и их осложнений. FDA особо выделяет риск нефропатии, ассоциированной с полиомавирусом человека. Эти требования предъявлены к следующим препаратам: такролимус (Програф/Prograf, Astellas Pharma), сиролимус (Рапамун/Rapamune, Wyeth), циклоспорин (Сандиммун/Sandimmune, Novartis), модифицированный циклоспорин (Сандиммун Неорал/ Sandimmune Neoral, Novartis; и дженерики), микофенолата мофетил (СеллСепт/CellCept, Roche; и дженерики), и микофеноловая кислота (Майфортик/Myfortic, Novartis).

Это решение объясняется данными, полученными в результате исследования, согласно которым выявлена взаимосвязь между применением этих препаратов и полиомавирусом человека и связанной с ним нефропатией (особенно у пациентов, перенесших пересадку почки).

По данным [www.fda.gov](http://www.fda.gov)