

Редакционный совет

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)
Виталис Бриедис (Литва)
А.И. Гризодуб (Украина)
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)
В.Л. Дорофеев (Россия)
А.Э. Зурдинов (Кыргызстан)
Милан Земличка (Чешская Республика)
М.К. Мамедов (Азербайджан)
Е.В. Матвеева (Украина)
Б.К. Махатов (Казахстан)
И.А. Наркевич (Россия)
Т.М. Нургожин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Беларусь)
А.Б. Шукирбекова (Казахстан)
А.Н. Юнусходжаев (Узбекистан)

Редакционная коллегия

Н.И. Гунько
У.М. Датхаев
М.И. Дурманова
П.Н. Дерябин
И.Р. Кулмагамбетов
Р.С. Кузденбаева
В.Н. Локшин
А.И. Нургаев
А.У. Тулегенова
Ж.А. Сатыбалдиева

Заместитель
главного редактора
Ф.Э. Сулеева

Дизайн и верстка
А.В. Беккер



Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,
тел.: +7 (727) 273 03 73,
+7 (747) 373 16 17 (whatsApp).
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
www.pharmkaz.kz

Отпечатано в типографии

ОО «Казахское общество слепых».
РК, г. Алматы, ул. Айша-биби, 259.
Телефоны: 8 (727) 290 82 13, 290 83 82
Дата издания: 30.10.2019 г.
Тираж: 600 экз. Заказ №111
Периодичность: 1 раз в месяц.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан,
Кыргызстан, Беларусь, Азербайджан

Журнал зарегистрирован Министерством
культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан.
Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж
от 19.03.2003 г.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ | 4 |
| ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ | |
| ДУРМАНОВА М.И. Роль профессиональных объединений в осуществлении национальной лекарственной политики и реализации государственных программ развития здравоохранения в Казахстане | 18 |
| ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ | |
| KOZYKEYEVA R.A., VIJAYASANKAR RAMAN, DATKHAYEV U.M., PATSAYEV A.K., RADHAKRISHNAN SRIVEDAVYASARI, ROSS S. Anatomico-morphological features of <i>Agrimonia Eupatoria Subsp. Asiatica</i> (JUZ.) <i>skalický</i> (<i>rosaceae</i>) fruits..... | 22 |
| ШИЛОВ С.В., УСТЕНОВА Г.О., КИЕКБАЕВА Л.Н., КОРОТЕЦКИЙ И.С., КАБДРАИСОВА А.Ж. Изучение технологических и фармакопейных параметров корня <i>Onosma Gmelinii</i> | 25 |
| АРЫСТАНОВА А.Т., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А., УБАЙДАЕВА А.Б. Патоморфологические процессы слизистой оболочки желудка при отравлении ацетатом свинца | 30 |
| АРЫКБАЕВА А.Б., КУАТБАЙ Э.Б., УСТЕНОВА Г.О., ШАРИПОВ К.О. Синеголовник плосколистный (<i>Eryngium planum</i> L.): изучение технологических параметров растительного лекарственного сырья..... | 33 |
| КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА | |
| СТЕПАНОВА И.С., УТЕЛЬБАЕВА З.Т., БЕРДИШЕВА А.А., АМИРКУЛОВА М.К., РАХИМОВА М.Д. Коррекция гемодинамических нарушений у больных диабетической ретинопатией | 36 |
| АУБАКИРОВА А.Ж., УТЕЛЬБАЕВА З.Т., АМИРКУЛОВА М.К., БЕРДИШЕВА А.А. Лекарственный препарат «Вобэнзим» при лечении хирургической патологии глаз | 39 |
| КУЗДЕНБАЕВА Роза С. Применение лекарственных средств «Тардиферон» и «Гино Тардиферон» при лечении железодефицитного состояния | 41 |
| ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ | |
| БЕГИМОВА Б.Ж., ТОГУЗБАЕВА Г.О. Организация работы процедурного кабинета и обеспечение безопасности медсестры на всех этапах работы с инструментами | 44 |

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ «ТАРДИФЕРОН» И «ГИНО ТАРДИФЕРОН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ

Согласно критериям ВОЗ/ЮНИСЕФ/УООН (Университет Организации объединенных наций), распространенность анемии составляет 40 процентов от общего числа населения планеты и считается наиболее сложной проблемой общественного здравоохранения, когда необходимо принимать срочные меры по массовой профилактике и лечению данного заболевания. [1]

АННОТАЦИЯ

В данной работе мы приводим результаты применения лекарственных средств «Тардиферон» и «Гино-Тардиферон» при лечении железодефицитного состояния. Выбор нами ЛС обусловлен их хорошей переносимостью женщинами с заболеваниями ЖКТ и беременными женщинами. Также выбор этих лекарств не требует больших финансовых затрат, что делает их доступными для широких слоев населения.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, ЖДА, фолиевая кислота, Тардиферон, Гино-Тардиферон, беременность, детские болезни, мужское здоровье, фармаэкономика.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Железодефицитная анемия, как крайняя степень недостаточности железа в организме, остается актуальной проблемой здравоохранения и медицинской науки. В настоящее время ЖДА – одна из главных угроз физическому и интеллектуальному здоровью современного человека и представляют собой глобальную проблему общественного здравоохранения во многих странах мира. Это заболевание является причиной тяжелых поражений внутренних органов, тканей и систем организма, способствует хронизации внутренних болезней, переходу их в трудноизлечимые формы благодаря существенному изменению иммунного статуса.



К наиболее уязвимым в отношении развития железодефицитной анемии (ЖДА) группам относят женщин детородного возраста и беременных женщин (в отдельных регионах от анемии страдают до 84% женского населения).

Также анемией страдают дети, особенно в возрасте от 12 до 14 лет (49,4%), а также в возрасте 6-59 месяцев. Однако, согласно результатам национальных репрезентативных исследований, проведенных в Республике Казахстан в последние 15 лет (с 1995 года), распространенность анемии среди детей до 5-летнего возраста, а также среди женщин репродуктивного возраста постепенно снижается. [2]

Во многом такое значительное снижение стало возможным благодаря оздоровительным мероприятиям, проводимым в целях предупреждения ЖДА в государственном масштабе.

Традиционно мнение, что мужчины не страдают от анемии, однако (по данным исследований) в РК почти каждый третий мужчина (28,1%) также страдает от ЖДА, такое же положение в Российской Федерации. [3,4,5,6]

ПРИЧИНЫ, ПРОВОДЯЩИЕ К АНЕМИИ

Одной из причин анемии у женщин, кроме дефицита железа в пище, является кровопотеря (ежемесячные потери крови с менструацией), а также аборт. Если человек теряет больше железа, чем получает

с пищей, запасы этого элемента в организме истощаются. Сопровождается такое состояние уменьшением способности эритроцитов переносить кислород и нарушением дыхания всех клеток и тканей в организме. Достаточный уровень гемоглобина важно поддерживать во время беременности для того, чтобы плод мог развиваться должным образом. Недостаточность фолиевой кислоты также может служить причиной анемии. Фолиевая кислота необходима для нормального развития и вызревания красных клеток крови, и снижение ее уровня ведет к сокращению числа и увеличению размеров эритроцитов.

Важна не только пища. Анемия может быть вызвана и другими причинами. Одной из них является неправильное планирование семьи. Причинами возникновения ЖДА могут стать частые роды, использование внутриматочной спирали для предохранения от нежелательной беременности (увеличивающая кровопотерю во время месячных), заболевания верхних отделов ЖКТ (к примеру, гастрит). Также заболевание усугубляется малокровием.

Еще одной причиной анемии можно считать загрязнение окружающей среды: содержащиеся в воде и пище соли тяжелых металлов и пестициды «вытесняют» железо из организма.

Результаты национальных репрезентативных исследований показали высокий уровень распространенности анемии как среди детей до 5-летнего и школьного возрастов, так и среди женщин разных возрастов в Казахстане, которая была наиболее высокой в 1995 году. В 2008 году анемия обнаружена у 47,4% детей в возрасте 6-59 месяцев, у 41,2% – в возрасте 5-11 лет и у 49,4% – в возрасте 12-14, все еще оставаясь тяжелой проблемой общественного здравоохранения. В целом, более 40% детей школьного возраста страдает анемией, что существенно ухудшает показатели их здоровья, повышает заболеваемость, снижает трудоспособность и познавательную деятельность, отрицательно сказывается на успеваемости. [7]

Общая распространенность анемии в развитых странах составляет от 5 до 20%, в развивающихся доходит до 80%.

Развитию железодефицитной анемии способствуют следующие факторы:

- Недостаточное поступление в организм железа с пищей (продукты, содержащие мало железа).
- Нарушение всасываемости железа в организме (недостаточное поступление промоторов железа, повышенное потребление ингибиторов железа). Повышенная потеря железа (хронические кровопотери, глистная инвазия, малярия, гиперполименорея, геморрой, язвы желудочно-кишечного тракта и прочие причины).

Развития ЖДА происходит поэтапно. Сначала снижается запасы железа в «депо», затем в тканях и сыворотке крови, и, в конечном итоге, падает уровень гемоглобина.

Как упоминалось выше, последствием дефицита железа у детей считается снижение интеллекту-

ального развития, при котором IQ снижается на 5-7 баллов [8]. Через два года изменения коэффициента умственного развития становятся необратимыми. Также отмечается отставание детей в психомоторном и физическом развитии, выраженное в снижении роста и веса по отношению к возрасту, иммунитета, снижение способности к обучению, повышенная восприимчивость к инфекциям, низкая масса тела при рождении, недоношенность и асфиксия. То есть ЖДА влияет на ребенка еще до рождения. Причиной становится анемия матери при наступлении беременности. Как отмечено в литературных источниках, 40% женщин репродуктивного возраста имеют латентный дефицит железа при субнормальном уровне гемоглобина. В течение беременности и третьем триместре железодефицитная анемия диагностируется у 50% женщин.

Известно, что ежедневная потребность в железе увеличивается с течением беременности в три раза.

ЖДА также подвержены люди, страдающие воспалительными заболеваниями кишечника (гастрит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) [9]. Многие факторы способствуют возникновению анемии у таких пациентов, включая кровопотерю, неадекватное питание и (или) всасывание и воспалительный процесс, при этом имеется выраженная связь анемии с клинической активностью заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

В настоящее время для лечения железодефицитной анемии широко применяют лекарственные препараты, в частности, «Тардиферон» и «Гино Тардиферон».

Тардиферон быстро восстанавливает гемоглобин и запасы железа в организме благодаря значительному содержанию в нем двухвалентного железа. В составе лекарственного препарата содержится 80 мг Fe²⁺ (железа), 30 мг аскорбиновой кислоты и 80 мг мукопротеозы.

Аскорбиновая кислота увеличивает всасывание железа в 4 раза. Мукопротеаза – высокомолекулярный полисахарид, то есть белок, который защищает слизистую желудочно-кишечного тракта от ионов железа, тем самым предупреждая такие явления со стороны ЖКТ, как тошнота, рвота, понос. Благодаря мукопротеазе ионы железа в ЖКТ высвобождаются очень медленно, в течение 5-6 часов, тем самым обеспечивая хорошую абсорбцию железа в течение 24 часов. Учитывая пролонгированное действие препарата, его принимают по одной таблетке в сутки, максимальная доза при средней и тяжелой степени ЖДА (по рекомендации специалистов) – две таблетки в сутки, что имеет экономическое преимущество перед другими препаратами. Наиболее важным преимуществом Тардиферона является хорошая его переносимость женщинами с заболеваниями ЖКТ.

Хорошая переносимость, пролонгированное действие, экономические преимущества Тардиферона позволяют применять его не только в лечебных, но и профилактических целях.

Гино Тардиферон во многом идентичен Тардиферону. Он быстро восстанавливает гемоглобин и запасы железа в организме благодаря своему составу. В лекарственном препарате содержится значительное количество сульфата железа (256,3 мг), двухвалентного железа (80 мг), 30 мг аскорбиновой кислоты, 80 мг мукопротеозы и 35 мг фолиевой кислоты.

Аскорбиновая кислота увеличивает всасывание железа в 4 раза. Мукопротеаза – высокомолекулярный полисахарид. Это белок, который защищает слизистую желудочно-кишечного тракта от ионов железа, тем самым предупреждает такие явления со стороны ЖКТ, как тошнота, рвота, понос. Благодаря мукопротеазе ионы железа в ЖКТ высвобождаются очень медленно, в течение 5-6 часов, что обеспечивает хорошую абсорбцию железа в течение суток.

Фолиевая кислота также играет важную роль в эритропоэзе. Учитывая пролонгированное действие препарата, его назначают в дозе 1 таблетка в сутки, максимальная доза при средней и тяжелой степени ЖДА – 2 таблетки в сутки, что имеет экономическое преимущество перед другими препаратами Гино Тардиферон способствует нормализации маточно-плодово-плацентарного кровотока у 90% пациенток, что свидетельствует о поднятии уровня гемоглобина, влияющего на состояние фетоплацентарной системы у пациенток.

Также отмечается положительный эффект в лечении внутриутробной гипоксии плода у 85% пациенток. Через неделю лечения отмечается ретикулоцитоз. Достоверное повышение уровня ге-

моглобина и эритроцитов наблюдается на 21 день лечения, причем, практически все больные отмечают хорошую переносимость препаратов, которые почти идентичны по всем параметрам.

ВЫВОДЫ

При лечении железодефицитной анемии суточная терапевтическая доза препаратов железа должна быть достаточной для нормализации уровня гемоглобина и восполнения его запасов в костном мозге. Наиболее эффективными и экономически выгодными как для пациентов, так и для государства можно считать Тардиферон и Гино Тардиферон.

SUMMARY

KUZDENBAEVA Roza S.^{1,2},

¹University Medical Center, ²Republican Diagnostic Center, Nur Sultan c.

THE USE OF DRUGS TARDIFERON AND GINO TARDIFERON IN THE TREATMENT OF IRON DEFICIENCY

We present the results of the use of drugs Tardiferon overwhelming number of nephrological and oncological patients. In this paper, we present the results of the use of the drugs Tardiferon and Gino Tardiferon in the treatment of iron deficiency.

Keywords: Iron-deficiency anemia, IDA, folic acid, Tardiferon, Gyno Tardiferon, pregnancy, childhood diseases, man's health, pharmaceutical economy.

Литература:

1. Алиментарная профилактика железодефицитной анемии. [Электронный ресурс]: <https://lektii.org/11-23074.html>.
2. Профилактика железодефицитной анемии. [Электронный ресурс]: <http://kkkbtu.dsm.gov.kz/>.
3. Приказ МЗ РК №794 от 26.11. 2009 г. «Об утверждении правил оказания первичной медико-санитарной помощи и прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи». [Электронный ресурс]: <http://kkkbtu.dsm.gov.kz/>.
4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств. Выпуск X. – М.: Эхо, 2009, 482 с.
5. Куанышбекова Р.Т., Садыкова В.Б., Мырзабекова Г.Т. Работа участкового врача с детьми раннего возраста здоровыми и из групп риска. Руководство для врачей. 2-е издание, переработанное и дополненное. – Алматы, 2003, 128 с.
6. Приказ МЗ РК №764 от 28.12. 2007 г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний». [Электронный ресурс]: <http://kkkbtu.dsm.gov.kz/>.
7. Турбина Н.С. Депрессия кроветворения. – М.: Медицина. 1987, 244 с.
8. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. – М.: Медицина, 1985, 162 с.
9. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. тома 1,2,3. – М.: Ньюдиамед, 2002-2005, 262 с., 247 с., 361 с.

Уважаемые рекламодатели, подписчики и авторы!

Информация о размещении рекламных модулей и имиджевых материалов, условия и правила публикаций в журнале «Фармация Казахстана», прайс-лист, реквизиты ТФ НЦЭЛС в городе Алматы для оплаты статей и подписки размещены на сайте www.pharmkaz.kz. Стандарт оформления статей и сведения о направленности журнала также можно найти на электронном ресурсе издания.

Контакты сотрудников редакции для рекламодателей и подписчиков:

8 (727) 273 03 73, 8 (747) 373 16 17.

E-mail: pharmkaz@dari.kz.

