

А.В.ФАРБЕР, МГУ имени М.В.Ломоносова,

Е.Л.НИКОНОВ, ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации

Ингибиторы протонного насоса:

СИТУАЦИИ OFF LABEL

В настоящее время ингибиторы протонного насоса уверенно занимают лидирующие позиции среди других антисекреторных препаратов, применяющихся для лечения кислотозависимых заболеваний. Однако нередко они назначаются и применяются в ситуациях off label, т.е. с отступлениями от инструкции по применению. При этом использование off label препаратов в клинической практике может создавать прецеденты конфликтных ситуаций между участниками рынка медицинских услуг — лечебно-профилактическими учреждениями, страховыми компаниями и самими пациентами, увеличивать число нежелательных побочных реакций, снижать эффективность лечебно-профилактических мероприятий и в конечном итоге отражаться на качестве медицинской помощи.

В европейских странах проблема применения препаратов в ситуациях off label обсуждается уже давно. Европейский парламент и Совет Европы в 2001 г. приняли Директиву 2001/83/ЕС «О своде законов Сообщества в отношении лекарственных средств для человека», согласно которой инструкция по применению лекарственного препарата является правовым документом, определяющим ответственность врача при назначении того или иного лекарственного средства (ЛС)¹. Возможности возникновения ситуаций off label в российском здравоохранении способствует отсутствие единой нормативно-правовой базы применения ЛС в строгом соответствии с требованиями инструкции по их применению. В ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан говорится о том, что в клинической практике могут использоваться только те ЛС, которые разрешены к применению в установленном законом порядке, т.е. прошедшие процедуру государственной регистрации

и только по зарегистрированным показаниям.

Классифицировать off label назначения ЛС можно следующим образом: применение противопоказанного препарата (в зависимости от возраста, пола, сопутствующих заболеваний, аллергических реакций и индивидуальной непереносимости ЛС); назначение ЛС по новым, не зарегистрированным показаниям; использование ЛС в дозах, отличных от указанных в инструкции к препарату; неблагоприятная комбинация лекарственных препаратов; выбор неоговоренного инструкцией по применению способа введения ЛС [1].

◆ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИПН

Нами было проведено исследование, целью которого стало установить различия инструкций по медицинскому применению препаратов среди ингибиторов протонного насоса для их дифференцированного назначения при лечении кислотозависимых заболеваний и предот-

вращения возможных ситуаций off label при их использовании.

Изучены 25 инструкций по медицинскому применению различных ингибиторов протонного насоса, зарегистрированных в РФ: производные омепразола (гастро-зол, «Фармстандарт-Лексредства», ОАО, Россия; зероцид, Sun Pharmaceutical Industries, Ltd., Индия; лосек МАПС, AstraZeneca, AB, Швеция; лосек, AstraZeneca, AB, Швеция; омез, Dr. Reddy's Laboratories, Ltd., Индия; омепразол-Рихтер, Liconsa, A.S., Испания, «Гедон Рихтер-Рус», ЗАО, Россия; омипикс, M.J. Biopharm, Pvt. Ltd., Индия; омитокс, Shreya Life Sciences, Pvt. Ltd., Индия; оцид, Cadila healthcare, Ltd., Индия; улкозол, Laboratorios BAGO, S.A., Аргентина; ультоп, KRKA, d.d., Словения; хелицид, Zentiva, a.s., Чешская Республика; хелол, Sri Jay Pharma, Индия), лансопразола (ланзоптол, KRKA, d.d., Словения; лансопразол, Hetero Drugs Ltd., Индия, «Макиз-Фарма», Россия; эпикур, «Оболenskoe фармацевтическое предприятие», ЗАО, Россия; реликол, Eczacıbaşı İlaç Sanayi ve Ticaret, A.S., Турция; ланцид, «Микро Лабс», Россия), пантопразола (санпраз, Sun Pharmaceutical Industries, Ltd., Индия; пептазол, Quimica Montpellier, S.A., Аргентина; панум, Unique Pharmaceutical Laboratories, Индия; нольпаза, KRKA, d.d., Словения; зипантола, Pliva Hrvatska, d.o.o., Хорватия; контролок, Pliva Hrvatska, d.o.o., Хорватия), рабепразола (париет, Eisai Co. Ltd., Япония, Janssen Pharmaceutica, NV, Бельгия) и эзомепразола (нексиум, AstraZeneca, AB, Швеция). Среди них 5 препаратов имеют форму для парентерального введения — лосек, улкозол, хелицид, контролок и нексиум. Различия между ИПН оценены по пяти позициям: показания к применению; противопоказания; режим дозирования; применение в особых условиях; реакции, возникающие в результате взаимодействия ИПН с другими ЛС.

При рассмотрении российских федеральных стандартов выявлено, что препараты не всех поколений ИПН санкционируются использовать при лечении кислотозави-

SUMMARY

The article reviews the results of a test aimed at defining the differences in instructions for use of proton-pump inhibitors in order to differentiate prescription cases for the treatment of acid-related diseases and prevent off-label use of the drugs.

A.V.FABER, Lomonosov Moscow State University, **E.L.NIKONOV**, the Central Clinical Hospital of the Presidential Administration of the Russian Federation. **Off-label use of proton-pump inhibitors.**

¹ Данная проблема обсуждалась в журнале «Ремедиум» №8, 2008 г.

ТАБЛИЦА 1 Показания к применению различных торговых наименований омепразола

Показания к применению препаратов	Название препарата, производитель													
	Гастрозол, капс. 20 мг, «Фармстандарт-Лексредства», ОАО (Россия)	Зероцид, капс. 20 мг, Sun Pharmaceutical Industries, Ltd. (Индия)	Лосек МАПС, таб., покрытые оболочкой 10 или 20 мг, AstraZeneca, AB (Швеция)	Лосек Лиофилизат д/пригот. р-ра д/инф. 40 мг, AstraZeneca, AB (Швеция)	Омез капс. 20 мг, Dr. Reddy's Laboratories, Ltd. (Индия)	Омепразол-Рихтер капс. 20 мг, Liconsa, A.S. (Испания), «Гедеон рихтер-РУС», ЗАО (Россия)	Омипикс капс. 10 или 20 мг, M.J. Biorphan, Pvt.Ltd. (Индия)	Омитокс капс. 10 и 20 мг, Shreya Life Sciences, Pvt.Ltd. (Индия)	Оцид капс. 20 мг, Cadila Healthcare, Ltd. (Индия)	Улкозол Лиофилизат д/пригот. р-ра д/в/в инф. 40 мг, Laboratorios BAGO, S.A. (Аргентина)	Ультоп капс. 10, 20 и 40 мг, KRKA, d.d. (Словения)	Хелицид капс. 10 и 20 мг, Zentiva, a.s. (Чешская Республика)	Хелицид Лиофилизат д/пригот. р-ра д/инф. 40 мг, Zentiva, a.s. (Чешская Республика)	Хелол капс. 20 мг, Sri Jay Pharma (Индия)
Лечение ЯБЖ и ЯБДК	+	+	+	+*	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Профилактика рецидивов ЯБЖ и ЯБДК	+										+	+		
Рефлюкс-эзофагит	+	+	+	+*	+	+	+	+	***	+	+	+	+	+
Симптоматическая ГЭРБ			+											
Гиперсекреторные состояния (С-м З-Э, стрессовые язвы ЖКТ, полиэндокринный аденоматоз, системный мастоцитоз)	+	+°	+°	+°*	+°	+°	+°	+°	+°	+°	+°	+°	+°	+°
НПВП-гастропатия	+	+	+		+	+	+	+		+	+	+	+	+
Эрадикация <i>H. pylori</i> у инфицированных больных ЯБЖ и ЯБДК (в составе комбинированной терапии)	+	+	+		+	+	+	+		+	+	-	+	+

* Используется в качестве альтернативы пероральной терапии.
 ** Используется только при лечении эрозивного рефлюкс-эзофагита.
 • Назначается только при синдроме Золлингера-Эллисона.
 ° Назначается при стрессовых язвах и при синдроме Золлингера-Эллисона.

симых заболеваний. Так, в стандартах по лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [3] и язвенной болезни желудка [4] рекомендовано использовать омепразол, рабепразол и эзомеразол; при лечении гастроэзофагеального рефлюкса [5] — омепразол и рабепразол. При анализе инструкций по медицинскому применению выявлены следующие

особенности использования ИПН при лечении кислотозависимых заболеваний.

◆ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Препараты всех поколений ИПН рекомендуется использовать для лечения язвенной болезни желудка и двенадцати-

перстной кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и состояний, сопровождающихся патологической гиперсекрецией (табл. 1, 2, 3). Исключение составляет санпраз, единственный из производных пантопразола, назначение которого не рассматривается при лечении заболеваний с патологической гиперсекрецией.

ТАБЛИЦА 2 Показания к применению различных торговых наименований лансопризола

Показания к применению ИПН	Название препарата, производитель				
	Ланзолтол, капс. 30 мг KRKA, d.d., Novo mesto (Словения)	Лансопризол, капс. 10 мг Hetero Drugs Limited (Индия), «Макиз-Фарма» (Россия)	Эпикур, капс., 30 мг «Оболенское фармацевтическое предприятие» ЗАО (Россия)	Геликол, капс. 10 мг Eczacıbaşı İlaç Sanayi ve Ticaret, A.Ş., (Турция)	Ланцид, капс., 15 и 30 мг «Микро Лабс», (Россия)
Лечение ЯБЖ и ЯБДК	+	+	+	+	+
Профилактика рецидивов ЯБЖ и ЯБДК					
Рефлюкс-эзофагит	+	+	+	+	+
Гиперсекреторные состояния (С-м 3-Э, стрессовые язвы ЖКТ, полиэндокринный аденоматоз, системный мастоцитоз)	+	+	+	+	+
НПВС-гастропатия		+	+	+	+
Эрадикация <i>H. pylori</i> у инфицированных больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки (в составе комплексной терапии)	+	+	+	+	+
* В т.ч. — эрозивно-язвенный эзофагит).					
• Назначается только при синдроме Золлингера-Эллисона.					

ТАБЛИЦА 3 Показания к применению различных торговых наименований пантопризола

Показания к применению ИПН	Название препарата, производитель					
	Санпраз таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг San Pharmaceutical Industries, Ltd. (Индия)	Пептазол таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг Quimica Montpeller, S.A. (Аргентина)	Панум таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг Unique Pharmaceutical Laboratories, (Индия)	Нольпаза таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг KRKA, d.d., (Словения)	Зипантола таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг Pliva Hrvatska, d.o.o., (Хорватия)	Контролок таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 20 и 40 мг; порошок д/пригот. р-ра для в/в введения 40 мг Pliva Hrvatska, d.o.o., (Хорватия)
Лечение ЯБЖ и ЯБДК	+	+	+	+	+	+
Профилактика рецидивов ЯБЖ и ЯБДК						
Эрозивный гастрит	+	+	+	+	+	+
Рефлюкс-эзофагит	+	+	+	+	+	+
Гиперсекреторные состояния (синдром Золлингера-Эллисона, стрессовые язвы ЖКТ, полиэндокринный аденоматоз, системный мастоцитоз)		+	+	+	+	+
Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, связанные с приемом НПВС	+					+
Эрадикация <i>H. pylori</i>	+					+
Лечение и профилактика стрессовых язв и их осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация)						+
* В т.ч. для лечения ГЭРБ: эрозивного рефлюкс-эзофагита, симптоматического лечения неэрозивной рефлюксной болезни.						
• Для раствора для внутривенного введения.						
° Назначается только при синдроме Золлингера-Эллисона.						

Инъекционные формы ИПН (лосек, улкозол, хелицид, контролок и некسيوم) используются в качестве альтернативы пероральной терапии, а также для лечения осложнений кислотозависимых заболеваний.

Абсолютное большинство изученных ИПН могут применяться для эрадикации *H. pylori*. Среди рассмотренных производных омепразола эрадикационная антихеликобактерная терапия не является показанием к назначению оцида; среди производных пантопразола — пептазола, панума, нольпазы и зипантолы. Вызывает удивление, что эрадикация *H. pylori* является одним из показаний к назначению инъекционных форм производных омепразола — улкозола и хелицида.

◆ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Назначение всех ИПН противопоказано при повышенной чувствительности к компонентам препарата и злокачественных заболеваниях ЖКТ, в связи с чем до и после лечения обязателен эндоскопический контроль для исключения злокачественного процесса. Беременность и период грудного вскармливания являются противопоказаниями для применения всех ИПН, за исключением производных омепразола зероцида, лосека МАПС, лосека, омепразола-Рихтер, улкозола, хелицида. Производные лансопразола лансопразол, эпикур и геликол противопоказаны только в I триместре беременности и не противопоказаны во II и III триместрах в отличие от лансоптола и ланцида, применение которых противопоказано на протяжении всей беременности. Применение ИПН группы пантопразола у беременных и кормящих грудью женщин допустимо, но должно осуществляться с осторожностью.

Детский возраст является противопоказанием к назначению производных омепразола: гастрозола, омега, омипикса, омитока, ультопа, хелицида в капсулах и хелола в отличие от остальных представителей производных омепразола (зероцид, лосек МАПС, лосек, омепразол-Рихтер, улкозол и хелицид в растворе), когда детский возраст не является противопоказанием к применению. В детском возрасте не противопоказано назначение производных пантопразола: пептазола,

панума, нольпазы, зипантолы и контролока в отличие от санпраза, применение которого у детей запрещено. В возрасте до 12 лет противопоказано назначение нексиума; а в возрасте до 18 лет — всех производных лансопразола.

Наличие хронических заболеваний печени, в том числе и в анамнезе, является противопоказанием к применению производных омепразола зероцида, омепразола-Рихтер, улкозола, хелицида в растворе, в отличие от ультопа, применение которого в данной ситуации должно осуществляться с осторожностью. Применение остальных производных омепразола при заболеваниях печени не противопоказано. Применение ИПН группы лансопразола при печеночной недостаточности не противопоказано в отличие от ланцида, применение которого в данных условиях запрещено. Применение всех производных пантопразола при печеночной недостаточности должно осуществляться с осторожностью. Печеночная недостаточность не является противопоказанием к назначению париета и нексиума.

Почечная недостаточность не является противопоказанием к назначению всех ИПН группы омепразола, за исключением ультопа, применение которого в данных условиях должно осуществляться с осторожностью. Не противопоказано назначение производных лансопразола, пантопразола и рабепразола при нарушении функции почек. Применение нексиума должно осуществляться с осторожностью только при почечной недостаточности тяжелой степени.

Применение всех производных пантопразола при диспепсии невротического генеза противопоказано.

Наследственная непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция и сахарозо-изомальтазная недостаточность являются противопоказаниями к назначению эзомепразола.

◆ ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Выполнение требований о применении препаратов в особых условиях вкпе с показаниями и противопоказаниями к назначению ЛС позволяет проводить лечение конкретному пациенту с учетом его пола и возраста, наличия сопутствую-

щих заболеваний и степени их компенсации и имеет целью минимизировать побочные эффекты и явления передозировки.

Не рекомендуется применение производных омепразола: зероцида, омепразола-Рихтер, улкозола и хелицида в растворе при беременности, кормлении грудью и у пациентов детского возраста, в отличие от других торговых марок омепразола: лосека, лосека МАПС и хелицида в капсулах, применение которых санкционируется только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает возможный риск для ребенка.

Особыми условиями применения регламентируется назначение некоторых ИПН при нарушениях функции печени. Назначение некоторых торговых марок омепразола должно осуществляться «с осторожностью», при этом доза не должна превышать 20 мг/сут. Выполнение этого положения должно соблюдаться при назначении лосека, омега, омипикса, омитока, ультопа и хелола, в отличие от них, нарушение функции печени не требует «осторожного» применения лосека МАПС и хелицида. Применение геликола и лансопразола у пациентов с нарушениями функции печени также должно осуществляться с осторожностью, применение двух других представителей группы лансопразола — лансоптола и эпикура не требуют «осторожности». Применение всех торговых марок пантопразола при нарушениях функции печени должно осуществляться с осторожностью, при этом дозу необходимо снизить до 40 мг 1 раз в 2 дня.

При тяжелой печеночной недостаточности доза контролока и эзомепразола может быть уменьшена до 20 мг/сут, при нарастании уровня аминотрансфераз крови лечение ИПН рекомендуется прекратить.

Назначение рабепразола больным с нарушениями функции печени не требует корректировки дозы ингибитора секреции.

Нарушение функции почек также является ситуацией, при которой применение некоторых ИПН должно осуществляться «с осторожностью». Это относится к производным омепразола

гастрозолу, омепразолу, эзомепразолу и хелолу; в отличие от них, почечная недостаточность не требует корректировки дозы при назначении лосека и оцида. Применение производных лансопразола геликола и лансопразола у пациентов с нарушениями функции почек требует осторожности, в отличие от других производных лансопразола — лансоптола и эпикура, применение которых в данной ситуации не лимитируется. Коррекция дозы препарата при почечной недостаточности не требуется при назначении лосека, оцида и париета; при почечной недостаточности легкой или средней степени тяжести не требуется коррекция дозы нексиума.

Необходимость в назначении препарата «с осторожностью» у пациентов пожилого возраста требуется при применении производных лансопразола геликола и лансопразола, а также производного пантопразола контролока (его доза не должна превышать 40 мг/сут); отсутствует необходимость в коррекции дозы у пациентов пожилого возраста при использовании лосека и оцида.

◆ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

При обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки большинство из рассматриваемых производных омепразола назначают в режиме 20 мг 1 раз в сутки в течение 2 нед; при неза рубцевавшейся язве назначают дополнительный курс по 20 мг/сут в течение 2 нед; в резистентных случаях суточная доза может быть увеличена до 40 мг; производные лансопразола — по 30 мг/сут в течение 2–4 нед, в резистентных случаях суточная доза может быть увеличена до 60 мг; производные пантопразола — по 40–80 мг/сут в течение 2 нед; париет — по 20 мг 1 раз/сут утром в течение 4–6 нед с возможностью проведения дополнительного курса лечения в течение 4 нед; нексиум — по 20 мг 2 раза/сут в течение 4 нед. При язвенной болезни желудка в фазе обострения большинство изученных производных омепразола назначают по 20–40 мг/сут на 4–8 нед; рассматриваемые производные лансопразола при обострении язвенной болезни желудка назначают в дозе 30–60 мг/сут на 4–8 нед; производные пантопразола — по

40–80 мг/сут в течение 4–8 нед; париет — по 20 мг 1 раз/сут утром в течение 4–6 нед с возможностью проведения дополнительного курса лечения в течение 6 нед; нексиум — по 20 мг 2 раза/сут в течение 4–8 нед.

Для поддерживающей терапии с целью профилактики обострений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки производные омепразола назначают по 10–20 мг/сут в течение длительного времени (до 6 мес); производные лансопразола — по 30 мг/сут; производные пантопразола санпраз и контролок — по 20 мг/сут; нексиум — по 20–40 мг 1 раз/сут.

С целью эрадикации инфекции *H. pylori* производные омепразола назначают по 20 мг 2 раза/сут в течение 7–14 дней в зависимости от схемы антихеликобактерной терапии; производные лансопразола — по 30 мг 2 раза/сут в течение 10–14 дней в зависимости от схемы эрадикационного лечения; производные пантопразола — санпраз (по 40 мг 2 раза/сут) и контролок (по 20 мг 2 раза/сут) на 7–14 дней в зависимости от схемы антихеликобактерной терапии; париет по 20 мг 2



VII МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ

«ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СТОЛИЦЫ – 2010»

11–12 марта 2010 года
Здание Правительства Москвы, (ул. Новый Арбат, 36/9)

Глубокоуважаемые коллеги!

Департамент здравоохранения города Москвы и Московская ассоциация эндокринологов приглашают Вас принять участие в работе VII Московского городского съезда эндокринологов «Эндокринология столицы – 2010», который состоится 11–12 марта 2010 г. в здании Правительства Москвы (Новый Арбат, 36/9).

В программе Съезда доклады ведущих отечественных и зарубежных эндокринологов, симпозиумы, семинары, дискуссии по наиболее актуальным вопросам лечения, диагностики и профилактики сахарного диабета и его осложнений; заболеваний щитовидной железы, надпочечников, гипоталамо-гипофизарной системы; перспективам развития городской эндокринологической службы.

В 2008 г. в мероприятиях VI Московского городского съезда эндокринологов (18–19 марта 2008 г.) участвовало около 1000 специалистов из разных регионов России и стран ближнего и дальнего зарубежья. В выставочной экспозиции Съезда были представлены 56 компаний. Информационную поддержку оказывали 11 изданий и электронных средств информации. В 2010 году планируется расширение состава участников, которые уже сейчас проявляют большой интерес к Съезду и его тематике.

В работе Съезда предполагается участие более 1000 медицинских специалистов.

В рамках Съезда будет организована тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники, продукции профилактического и лечебного назначения, специализированной литературы.

Адрес проведения: Москва, здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, 36/9
Время работы: 11 марта с 9:00 до 19:00 (Регистрация участников Съезда с 09:00), 12 марта с 9:00 до 19:00

Посещение заседаний Съезда по приглашениям билетам.

Ждем Вас и желаем успешной работы!

Дополнительная информация:
(организационно-технические вопросы, участие в выставочной экспозиции, посещение Съезда)

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
Адрес: ул. Пречистенка, д. 28, вход в арку налево первая дверь.
Тел./факс: (495) 797-62-92, 637-45-42, 637-41-23 (многоканальный)
E-mail: karimova@infomedfarmdialog.ru, Сайт: www.infomedfarmdialog.ru
Координатор проекта: Каримова Олеся Алексеевна





раза/сут на 7 дней. Рассматривается вариант «двойной» антихеликобактерной терапии лосеком МАПС в дозе 40–80 мг/сут и амоксициллином 1,5 г/сут, что не рекомендуется как международными, так и российскими федеральными стандартами по эрадикации *H. pylori*.

Для лечения гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) назначают производные омепразола лосек МАПС (по 20 мг/сут в течение 4 нед, при необходимости назначают повторный курс на 4 нед, а при тяжелом ГЭР — по 40 мг/сут на 8 нед), хелицид (по 20 мг 1 раз/сут утром в течение 8–12 нед, при необходимости дозу увеличивают до 40 мг 1 раз/сут утром); производные пантопразола по 20–40 мг/сут на 4–8 нед; париет по 20 мг 1 раз/сут в течение 4–8 нед; некسيوم по 40 мг 1 раз/сут на 4 нед с возможностью проведения дополнительного 4-недельного курса в случае сохранения эзофагита и симптомов заболевания. С целью профилактики рецидивов рефлюкс-эзофагита назначают производные омепразола — гастрозол, лосек МАПС, оmez, омитоxx, ультоп, хелицид, хелол в дозе 10–20 мг/сут в течение длительного времени (до 6 мес), при необходимости увеличивая дозы препаратов до 40 мг/сут; производные лансопразола в дозе 30 мг/сут (до 6 мес); производные пантопразола санпраза и контролока по 20 мг/сут; париет по 10–20 мг 1 раз/сут; некسيوم по 20 мг 1 раз/сут в течение длительного времени. Для лечения симптоматического гастроэзофагеального рефлюкса назначают лосек МАПС в дозе 10–20 мг/сут на 4 нед; париет по 10 мг 1 раз/сут на 4 нед; некسيوم по 20 мг 1 раз/сут на 4 нед до купирования симптомов с последующим приемом «по необходимости» по 20 мг 1 раз/сут при возобновлении симптоматики.

Для лечения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ, вызванных НПВС (НПВС-гастропатий), из перечня изученных ИПН применяют производные омепразола (гастрозол, оmez, омипикс, омитоxx, ультоп, хелол) в дозе 20 мг/сут в течение 4–8 нед; при необходимости дозу хелицида возможно увеличить до 40 мг 1 раз/сут утром. Также санкционируется применение всех вышеперечисленных производных лансопразола в дозе 30 мг/сут на пе-

риод 4–8 нед; санпраза и контролока в дозе 40–80 мг/сут в течение 4–8 нед, санпраз может использоваться также для профилактики НПВС-гастропатий в дозе 20 мг/сут длительно; нексима в дозе 20–40 мг 2 раза/сут в течение 4–8 нед.

◆ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Одновременное применение ИПН с некоторыми препаратами приводит к снижению абсорбции ЛС, с которыми взаимодействует ингибитор секреции. Примеры такого антагонистического эффекта — одновременное применение гастрозола или ультопа с ампициллином; санпраза, пептазола, панума, нольпазы, зипантолы, контролока, гастрозола, оме-за, омипикса, омитоxxа, ультопа и хелола с солями железа; нексима, париета, санпраза, пептазола, панума, нольпазы, зипантолы, контролока, гастрозола, зероцида, лосека МАПС, лосека, омепразола-Рихтер, улкозола и ультопа с интраконазолом или кетоконазолом; лансоптола, лансопразола, эпикура и геликола с препаратами группы слабых кислот; санпраза, пептазола, панума, нольпазы, зипантолы, контролока с атазанавиром или ритонавиром.

Аналогичное антагонистическое действие, в результате которого возникает снижение абсорбции самого ИПН и снижение его биодоступности на 30%, отмечено при одновременном назначении производных лансопразола лансоптола, лансопразола, геликола, эпикура, ланцида и сукральфата или антацидов.

Примерами синергичного эффекта, когда повышается абсорбция препаратов, с которыми взаимодействуют ИПН, являются одновременное применение зероцида, омепразола-Рихтер, улкозола, хелицида и висмута трикалия дицитрата; лансоптола, лансопразола, эпикура и геликола и препаратов группы основных.

В результате одновременного применения ИПН и некоторых ЛС отмечается повышение концентрации в плазме крови и снижение выведения препаратов, в результате чего могут развиваться симптомы токсического действия медикаментозных средств, с которыми взаимодействует ингибитор секреции. Этот эффект может потребовать уменьшения дозы ЛС.

◆ ВЫВОДЫ

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы.

В РФ требуется разработка и внедрение единой нормативно-правовой базы, согласно которой применение ЛС должно осуществляться в строгом соответствии с требованиями инструкции по их применению, обозначенными производителями. Разработка, производство и регистрация в РФ новых поколений ИПН требуют пересмотра российских федеральных стандартов по лечению кислотозависимых заболеваний в сторону расширения перечня используемых препаратов.

При этом анализ инструкций по медицинскому применению более 20 ИПН, зарегистрированных в РФ, свидетельствует о том, что при составлении некоторых из них допущены серьезные погрешности.

К примеру, не санкционируется в качестве одного из компонентов антихеликобактерной терапии применение оцида, пептазола, панума, нольпазы и зипантолы. И наоборот, в качестве одного из компонентов комбинированной антихеликобактерной терапии санкционируется использование инъекционных форм ИПН группы омепразола — улкозола и хелицида. Вызывает сомнение безвредность санкционированного инструкциями применения ИПН группы омепразола при беременности и в период лактации. Также выявлены различия в показаниях и противопоказаниях к назначению среди препаратов одного поколения ИПН. Выявленные погрешности в инструкциях по применению лекарственных препаратов могут свидетельствовать о недостаточном контроле над процессами регистрации и обращения ЛС со стороны федерального органа исполнительной власти, осуществляющего контрольно-надзорные функции в указанной сфере. Учет выявленных погрешностей при составлении инструкций и их регистрации в РФ позволит минимизировать вероятность возникновения ситуаций off label.



Список литературы
вы можете запросить в редакции.

Дульколакс®

ОБЛЕГЧАЕТ КИШЕЧНИК

И ВЗГЛЯД НА ЖИЗНЬ

«Хорошая работа пищеварительного тракта для человека важнее, чем количество мозгов» — этой цитатой философа Джошуа Биллингса открывается второе издание Римских критериев, международного документа, содержащего основные положения, касающиеся функциональной патологии желудочно-кишечного тракта. С этим высказыванием можно спорить, однако не приходится сомневаться, что у человека, страдающего запорами, серьезно страдает и восприятие мира. О запорах, их значении в клинической практике и современных взглядах на терапию рассказывает зав. кафедрой терапии и клинической фармакологии СПбМАПО проф., д.м.н. Владимир Ильич СИМАНЕНКОВ.

? — Владимир Ильич, насколько актуальна проблема запоров для жителей С.-Петербурга?

— Говоря о запорах, в первую очередь следует определиться с понятиями. Согласно Римским критериям III, принятым в 2005 г. и содержащим обобщенные взгляды международного сообщества на проблему функциональных расстройств органов пищеварения, нормой признается стул не чаще 3 раз в день и не реже 3 раз в неделю. Конечно, эти цифры условны, и многие исследователи, занимающиеся проблемой запоров, считают, что стул должен быть каждое утро.

Мы анализировали проблему запоров в С.-Петербурге и обнаружили, что нарушениями стула (в соответствии с Римскими критериями) страдает примерно 10% взрослого населения.

? — Какие механизмы лежат в основе развития обстипационного синдрома?

— Каловые массы имеют две основные составляющие: первая — неперевариваемая клетчатка, вторая — погибшие микробы, в норме населяющие кишечник. Поэтому для нормального стула нужно нормальное соотношение этих двух составляющих. Если в пище отсутствуют овощи, фрукты, зерно, нарушается первая часть — клетчатка. Если изменен количественный и качественный состав микробов, то страдает вторая составляющая.

Помимо состава каловых масс, большую роль в акте дефекации играет моторика толстой кишки, которая весьма



сложна и включает перистальтическую и антиперистальтическую активность, маятникообразные, локальные сегментарные движения, и наконец, пропульсивные движения, которые и обеспечивают стул. Примерно 5 раз в сутки по толстой кишке проходят пропульсивные волны, и содержимое передвигается на 40–50 см.

Также важной характеристикой является состояние тазового дна, поскольку акт дефекации возможен только в условиях синхронизации релаксации анального сфинктера и сокращения отдельных мышц тазового дна. В основе запора у молодых женщин часто лежит нарушение функции тазового дна из-за мельчайших надрывов, полученных во время родов. Кроме того, нельзя забывать о том, что у женщин очень сложно организована зона тазового дна, и дисфункция в генитальной сфере или инфекции мочевого

пути могут влиять на состояние ректосигмоидной зоны и на акт дефекации. Нередко запоры у женщин возникают на фоне приема оральных контрацептивов и в данном случае расцениваются как нежелательные побочные реакции. Причиной запора может быть и предменструальный синдром.

Запоры характерны для начальной стадии панкреатита, поскольку в результате липазной недостаточности и частичной непереваренности жира увеличивается вязкость каловых масс. Обстипационный синдром также сопровождается различными диффузными поражениями печени. Запоры у пожилых людей традиционно связывают с атрофией слизистой, однако развитие диагностических методов, в частности доплерографических исследований, свидетельствует, что нередко мы имеем дело со скрытой ишемической болезнью органов пищеварения.

? — Если диагностирован функциональный запор, какой должна быть тактика врача и пациента? Всегда ли он нуждается в терапии?

— По разным данным до $\frac{3}{4}$ больных с запорами не обращаются за медицинской помощью. Кто-то считает запор несущественным поводом для обращения к врачу, кто-то просто стесняется. Между тем запор сопровождается чувством переполнения кишечника, метеоризмом и другими симптомами. В результате качество жизни таких, как говорят на Западе, «непациентов» страдает весьма выражено.

Говоря о запорах, я должен сказать о связи запоров с психоэмоциональным состоянием. Классикой психиатрии считается сочетание депрессии и запоров. Не надо забывать и о том, что, по мнению некоторых ученых, длительное существование запора повышает риск развития колоректального рака. Все эти



Дульколакс®

Надежное облегчение

- Предсказуемый эффект
- Точное быстрое действие
- Удобен в употреблении



**Boehringer
Ingelheim**

Представительство компании «Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ»:
тел.: (495) 411 78 01; факс: (495) 411 78 02;
e-mail: info@boehringer-ingelheim.com

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ
С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

обстоятельства требуют обязательной коррекции запора.

? — *С чего следует начинать лечение запора?*

— Начинать надо с самого трудного — изменения образа жизни. Если позыв на дефекацию подавляется стрессами и спешкой, то чего можно ожидать? Если человек не употребляет клетчатку, содержащуюся в овощах и фруктах, — откуда возьмется стул? Терапия запора невозможна без оптимизации питания. В России потребление клетчатки в 3–5 раз ниже положенного. Мы питаемся в фастфудах, особенностью которых является высокая калорийность в ограниченном объеме предлагаемых блюд, из чего в этом случае будут состоять каловые массы? Проф. Е.И.Ткаченко, главный гастроэнтеролог нашего города, говорит: «Мы — это мы и наша микробиота», что совершенно справедливо. Если мы не будем заботиться о наших микроорганизмах, у нас не будет второй компоненты стула. С.-Петербургская школа гастроэнтерологии считает, что изменение качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки — важнейший фактор функционирования организма. У больных запорами обязательно нужно синхронизировать моторную активность толстой кишки. К сожалению, нередко избыточная терапевтическая активность лишь увеличивает десинхронизацию. Я имею в виду две методики, противником которых являюсь. Во-первых, систематическое использование очистительных клизм. В этом случае акт дефекации осуществляется за счет усиления перистальтической активности и подавления пропульсивной, что создает предпосылки для последующего усиления запоров. И вторая методика, которая не имеет достаточной доказательной базы, это мониторинговая очистка кишечника. Одна из «заслуг» данного метода в том, что кишка отмывается от слизи, однако слизь — необходимый компонент кишки, она содержит секреторный иммуноглобулин А, простагландины группы Е и т.д. Я считаю, что эта методика попросту вредна.

Если нам не удастся с помощью изменения образа жизни нормализовать

стул, то следующий шаг — применение слабительных средств.

? — *Как сориентироваться в большом количестве слабительных, представленных на российском рынке?*

— Применение слабительных не должно быть первым шагом терапии запора, поскольку все они являются симптоматическими или, в лучшем случае, синдромологическими средствами. Слабительные делятся на несколько групп, имеющих особенности применения. Первая группа — это так называемые размягчители, к которым относятся различные масла (касторовое, вазелиновое и др.). Касторовое масло было любимым средством старых терапевтов, однако масла не всегда дают ожидаемый эффект, поскольку увеличивают вязкость каловых масс, вызывая учащение актов дефекации, при этом делая его более трудным. Вторая группа — это наполнители, разнообразная клетчатка, увеличивающая объем каловых масс. Третья группа — осмотические слабительные, куда входят магниевые препараты, средства, содержащие большие молекулы. И следующая группа слабительных — средства стимулирующие. К ним относятся антрахиноны (препараты сенны). Многие пациенты и даже врачи питают иллюзию, что применение препаратов растительного происхождения весьма физиологично. На самом деле антрахиноны активно блокируют всасывание воды в толстой кишке, а длительное подавление ферментных систем небезразлично организму. Несмотря на то что Дульколак[®] (бисакодил) относится к этой же группе, он в лучшую сторону отличается от упомянутых препаратов. Дульколак[®], являясь пролекарством, в организме распадается на компоненты, которые оказывают стимулирующим и раздражающим действием на моторную активность толстой кишки. При этом стимулируется не только локальная перистальтика, но и пропульсивная активность. Как я говорил, именно пропульсивная активность является ключевым механизмом акта дефекации.

Большим преимуществом Дульколак[®] является то, что, помимо таблет-

ированной формы, он выпускается в ректальных свечах. Почему в прямой кишке так хорошо всасываются лекарственные средства, до сих пор не вполне понятно, скорее всего, они попадают в кровоток с последней всасываемой водой на этапе окончательного формирования каловых масс. Однако известно, что лечебные эффекты суппозиториев, в частности Дульколак[®], отличаются скоростью и надежностью. Дульколак[®] действует на уровне пищеварительной системы, в том числе на уровне толстой кишки. Это обстоятельство выгодно отличает его от других препаратов, которые, стимулируя моторику кишечника, обладают и внесистемными эффектами, серьезно затрудняющими их применение.

Говоря об использовании слабительных, следует подчеркнуть следующую деталь — очень важно выработать ритм дефекации — своеобразный условный рефлекс, надо противопоставить внутреннему десинхронизму внешний синхронизм. Наилучшим образом эту задачу выполняет Дульколак[®] — благодаря абсолютной прогнозируемости и надежности его действия. Опорожнение кишечника происходит спустя 10–12 час. после приема таблетки или примерно через 30 мин. после введения суппозитория. При применении Дульколак[®], как и других слабительных, должен соблюдаться принцип минимальной достаточности, т.е. при достижении оптимальной частоты актов дефекации дозу препарата следует уменьшать. Применение Дульколак[®] в комплексе с изменением образа жизни позволяет врачу и пациенту добиться замечательных результатов в лечении запора.

В завершение нашей беседы хотелось бы подчеркнуть: не существует волшебной таблетки, полностью решающей все проблемы, связанные с запором. Лечение обстипационного синдрома — это комплекс средств патогенетической терапии, изменение образа жизни (физической активности, характера питания) и только затем дифференцированное применение симптоматических лекарственных средств.



кроме того...

СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ

В ходе VI Форума делового сотрудничества Москвы и Беларуси достигнута договоренность о взаимодействии в области фармации, сообщили в отделе международного научно-технического сотрудничества Государственного комитета по науке и технологиям Беларуси. Основным направлением взаимодействия специалистов двух стран станут совместные работы и кооперация по созданию пролонгированных лекарственных форм, способных обеспечить длительное действие ЛС с одновременным снижением его суточной дозы. Переговоры о сотрудничестве по вопросам создания таких форм состоялись между учеными Белгосуниверситета и представителями Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина РАМН, Института биомедицинской химии РАМН, Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена. Достигнута трехсторонняя договоренность о подписании протокола о намерениях партнерства БГУ с Институтом биохимии и физиологии растений и микроорганизмов Российской академии наук и ООО «Биотехнологическая компания ТНК» (Москва) о создании уникальных пролонгированных форм противоопухолевых лекарственных препаратов с адресной доставкой на основе транспортной наносистемы — золотых наноболочек. В числе таких препаратов — доксирубицин, проспидин, продимин, цисплатин, спиронон, фотрин и др. Заключен также договор о сотрудничестве БГУ с компанией «ФарМаксИнк» (г. Москва) по научно-технической кооперации в разра-

ботке, освоении и постановке на производство модифицированных природных полисахаридов, необходимых для создания пролонгированных лекарственных форм широкого спектра действия. Переговоры о поставках сырья для создания новых лекарственных форм прошли с представителями ООО «Еврохим», ЗАО «Общешахт», ОАО «Гиналмаззолото». Помимо этого, Белгосуниверситетом подписан протокол о намерениях с НИИ биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича РАМН о разработке современных ЛС противоопухолевого действия.

ОДОБРЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ВАКЦИНЫ

Главный санитарный врач Украины Александр Биловол сообщил о том, что российская вакцина от гриппа H1N1 успешно прошла доклинические и клинические исследования и решением Министерства здравоохранения Украины может быть зарегистрирована в ближайшее время. Биловол отметил, что вакцинацию населения можно будет начать по завершении процедуры регистрации препарата. Он также добавил, что помимо российской вакцины подготовку к регистрации проходят препараты французского и канадского производства. Ранее Минздрав Украины утвердил порядок проведения иммунизации населения страны от вируса нового гриппа, а также возбудителя сезонной инфекции. В первую очередь будут привиты медработники, затем беременные женщины и дети в возрасте более полугода, страдающие хроническим заболеванием. После этого вакцинацию пройдут лица, входящие в группу риска по состоянию здоровья: больные диабетом, заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, раком и иммунодефицитом.



II Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы респираторной медицины»

Тематическая выставочная экспозиция

4–5 марта 2010 года, здание Правительства Москвы (ул. Новый Арбат, 36/9)

Уважаемые коллеги!

II Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы респираторной медицины» проводится 4–5 марта 2010 года в здании Правительства Москвы. Данная конференция утверждена как официальное мероприятие Департамента здравоохранения города Москвы в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методов лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение г. Москвы и Московского региона».

Организаторы конференции: Правительство Москвы; Департамент здравоохранения города Москвы; Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог».

Цель конференции: Информирование специалистов отрасли о новых данных и эффективных методах профилактики и лечения респираторных заболеваний, внедрении современных медицинских технологий в клиническую и амбулаторно-поликлиническую практику.

Основные направления:

1. Диагностика заболеваний легких: клиническая диагностика; функциональная диагностика; рентгенологическая диагностика и другие методы визуализации; иммунологическая диагностика; дифференциальная диагностика
2. Респираторная инфекция в амбулаторной и стационарной практике: диагностические трудности пневмонии на амбулаторном этапе; рациональная антибактериальная терапия в условиях поликлиники; лечение пневмонии на госпитальном этапе; мониторинг возбудителей и лечение госпитальных пневмоний; лечение бронхитов
3. Хроническая обструктивная болезнь легких: диагностические маркеры ХОБЛ; клинические особенности течения ХОБЛ; современные терапевтические подходы к лечению ХОБЛ в поликлинике и стационаре; дифференциальный диагноз и сопутствующие заболевания при ХОБЛ
4. Бронхиальная астма: аллергопатогенетические аспекты бронхиальной астмы; современные маркеры воспаления при бронхиальной астме; мониторинг состояния больных бронхиальной астмой; причины тяжелого течения бронхиальной астмы и современные аспекты терапии
5. Респираторная патология и коморбидные состояния: заболевания легких и сердечно-сосудистой патологии; патология желудочно-кишечного тракта и респираторные симптомы
6. Редкие, врожденные и генетически детерминированные заболевания легких: современные диагностические подходы при редких заболеваниях легких; ведение больных с различными редкими заболеваниями легких; московский опыт ведения больных муковисцидозом и саркоидозом легких
7. Респираторная поддержка: длительная кислородотерапия при дыхательной недостаточности; неинвазивная вентиляция легких при различных видах дыхательной недостаточности; ночные расстройства дыхания
8. Неотложная помощь при заболеваниях легких: московский опыт неотложной помощи больным бронхообструктивным синдромом в условиях скорой помощи; неотложная помощь при различных заболеваниях легких в поликлинике и стационаре
9. Принципы лечения туберкулеза легких

Докладчики и аудитория: В работе конференции примут участие руководители и врачи-специалисты больниц, клиник Москвы и Московской области. С докладчиками по тематике конференции выступят главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ведущие ученые и практики.

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция.

Координатор проекта: Юлия Евгеньевна Владимарова

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

119034, Москва, ул. Пречистенка, д. 28, тел./факс: (495) 797-62-92, 637-45-42, 637-41-23

E-mail: kateina@infomedfarmdialog.ru; www.infomedfarmdialog.ru



Лазолван — алгоритм правильного выбора

Болезни органов дыхания — не только широко распространенные, но и достаточно серьезные патологии, протекающие порой с весьма тяжелыми последствиями. Отмечено, что в последние годы участились случаи вирусных инфекций с осложнениями у детей. Виной тому — ослабленный организм и нарушенный иммунитет из-за неблагоприятной экологической обстановки. Ситуацию усугубляют сами родители, которые, не долечив ребенка, отводят его в детский сад или школу, не задумываясь о риске присоединения новой инфекции либо вспышки старой. В то же время своевременное лечение с использованием современных, проверенных временем муколитиков позволяет максимально эффективно решить проблему и в оптимальные сроки поставить ребенка «на ноги».

Воспалительные заболевания респираторной системы, доминирующие среди патологий детского возраста, как правило, носят сезонный характер: осенью, зимой и в начале весны риск подхватить вирусную инфекцию увеличивается.

Особенность этой группы заболеваний заключается в том, что они практически всегда сопровождаются кашлем, который является защитным механизмом, обеспечивающим очищение бронхов. Кашель беспокоит ребенка в течение дня и особенно по ночам. Он может быть как сухим, так и влажным, сопровождающимся обильной вязкой мокротой и гиперсекрецией слизи. Среди других проявлений респираторных заболеваний — затруднение дыхания, причем не при физической нагрузке, а в покое, частое дыхание (более 40 вдохов в минуту), хрипы в легких различного характера, и сухие, и влажные, а также повторяющиеся эпизоды пневмоний.

По словам **Ольги Симоновой**, д.м.н., зав. отделением пульмонологии и аллергологии Научного центра здоровья детей РАМН, довольно часто при острых заболеваниях дыхательных путей врачи назначают антибиотики, что является серьезной ошибкой. Поскольку острые респираторные заболевания в подав-

ляющем большинстве случаев имеют вирусную природу, широкое применение антибиотиков, действие которых направлено на борьбу с патогенными микроорганизмами, для лечения данных патологий не обосновано. Также не редки случаи, когда ребенку, страдающему вирусной инфекцией — бронхитом, сопровождающимся формированием патологической слизи, врач назначает противокашлевое средство. И это невзирая на то, что в первые дни заболевания у ребенка хорошо работает противокашлевый рефлекс, то есть имеются все возможности быстро откашлять образующуюся слизь. В результате патогенная слизь сформировалась, а возможности ее откашлять нет.

Многочисленные научные исследования показали, свободное отделение мокроты зависит от ее реологических свойств — вязкости, адгезии и эластичности, поэтому основной акцент в лечении состояний, сопровождающихся вязкой мокротой, сегодня делается на использовании бронхосекретолитических препаратов, известных как муколитики.

Выделяют три сегмента муколитиков: группы амброксола, карбоцистеина и N-ацетилцистеина. Сбалансированным комплексным действием обладает амброксол, который воздействует на все компоненты на-

рушений отхождения бронхиального секрета.

Лазолван относится к классу амброксол гидрохлоридов и обладает целым спектром важных свойств. Во-первых, он изменяет биохимические характеристики патологической слизи и разжижает ее. Амброксол также стимулирует выработку сурфактанта — защитного белка, который располагается в слизистой оболочке. Когда в дыхательных путях возникает патологическая ситуация, сурфактант перестает вырабатываться, и именно амброксол гидрохлорид стимулирует его выработку.

Кроме того, Лазолван регулирует работу бокаловидной клетки: стимулирует ее, когда продукции секрета слизистой становится недостаточно, и немного притормаживает, когда ее количество становится чрезмерным, т.е. поддерживает необходимый баланс. И наконец, Лазолван эффективно стимулирует механизмы иммунной защиты.

Как оригинальный препарат, Лазолван хорошо изучен и обладает рядом преимуществ по сравнению с дженериками: биологической защищенностью, меньшим количеством побочных реакций, прежде всего аллергических. «Конечно, химическая формула у всех амброксолов одинаковая, но вспомогательные вещества, входящие в их структуру, разные, — отмечает Ольга Симонова. — Большую роль играет и количество добавок: чем меньше их входит в состав ЛС, тем меньше вероятность побочных эффектов, а значит, и лучше переносимость препарата. Так, например, некоторые добавки, входящие в состав амброксолов, могут провоцировать судорожные реакции у детей, склон-

ных к судорожному синдрому. У Лазолвана такого противопоказания не отмечено.

В ряде работ, посвященных исследованиям Лазолвана, отмечалось, что при его применении вероятность осложнений со стороны ЖКТ намного меньше, чем при использовании дженериков. Поэтому Лазолван, в отличие от аналогов, разрешен к применению и при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторых других серьезных заболеваниях.

«Сегодня можно говорить о широком использовании Лазолвана в педиатрической практике, — уверена Ольга Симонова. — Лазолван назначают детям при всех формах респираторных заболеваний — острой, хронической, рецидивирующей. Его применяют для лечения острого бронхита, рецидивирующего бронхита и хронических респираторных заболеваний». Кстати, если речь идет о вирусной инфекции, то достаточно назначить Лазолван. Но в тех случаях, когда у больного ребенка возникли такие осложнения, как отит, гайморит, обострение хронического тонзиллита, врач вынужден назначить вместе с Лазолваном антибиотик. Доказано, что Лазолван не только хорошо сочетается с антибиотиками, но и усиливает их эффект.

Также хорошо Лазолван сочетается и с бронхолитиками — препаратами, которые стабилизируют бронхиальную стенку, расширяют бронхи и способствуют тому, что мокрота начинает эффективно удаляться из легких. Поэтому эти два препарата нередко применяют совместно: бронхолитик расширяет бронхи, а Лазолван выводит разжиженную мокроту. Таким образом, Лазолван совместим практически со всеми препаратами, которые применяются в терапии дыхательных путей.

Лазолван выпускается в трех лекарственных формах (сироп, раствор, таблетки), что позволяет провести оптимальный курс лечения в зависимости от возраста юного паци-

ента и его индивидуальной потребности.

Замечательные результаты достигаются при использовании такого метода доставки Лазолвана, как небулайзерная терапия. Ее можно проводить в любом возрасте — и малышу, и взрослому, можно менять дозировки в течение дня, что весьма удобно. Т.е. врач может оптимально подобрать схему лечения. Следует отметить, что метод ингаляционной терапии сегодня находит все более широкое применение, и современные ингаляторы занимают прочное место среди медицинского оборудования как в стационарах, так и в домашних условиях. Небулайзер — устройство, преобразующее жидкий раствор ЛС в стабильную аэрозольную форму в виде дисперсного облака для ингаляционного введения в дыхательные пути с лечебной целью. В идеале устройство доставки аэрозоля-медикамента в дыхательные пути должно обеспечить депозицию большой фракции препарата в легких, быть достаточно простым в использовании, надежным и доступным для применения в любом возрасте, даже с первых дней после рождения.

Ингаляционный метод введения ЛС является физиологическим и не травмирует ткани, что является одним из его несомненных преимуществ. Его применение целесообразно для увлажнения слизистой дыхательных путей, воздействия на мокроту с целью ее разжижения, антимикробного действия, а также для стабилизации стенки дыхательных путей.

Для того чтобы ингаляционная терапия была максимально эффективной, до ее проведения проводятся специальные занятия с ребенком и его родителями. На этих занятиях обучают правильному дыханию во время проведения процедуры, оптимальной посадке и некоторым обязательным правилам ингаляционной терапии, включая дезинфекцию прибора. Правильное дыхание — одно из первоочередных требова-

ний небулайзерной терапии. Для этого должны быть выполнены следующие условия:

- ♦ посадка с крепким упором спины на спинку стула (спина прямая);
- ♦ плечи расслаблены и опущены вниз, тело расслаблено, не напряжено;
- ♦ компоненты одежды (пояса, застёжки т.д.) не сдавливают живот;
- ♦ мундштук держат глубоко во рту, крепко обхватив его губами и зубами, язык находится под мундштуком, не закрывая его отверстия;
- ♦ во время дыхания мышцы живота активно работают, стенки живота свободно движутся и участвуют в акте дыхания;
- ♦ вдох делается через рот на счет «один-два-три» (у детей младшего возраста — на счет «один-два») медленно, спокойно и глубоко;
- ♦ во время входа живот максимально выпячивается вперед;
- ♦ во время выдоха живот максимально втягивается внутрь.

При проведении ингаляции необходимо максимально сосредоточиться на процедуре, не отвлекаясь на посторонние раздражители — музыку, телевизор и т.д. И тогда желаемый эффект не заставит себя ждать.

«Небулайзерная терапия — это гениальный путь введения лекарства, — подчеркивает Ольга Симонова. — С одной стороны, она позволяет минимизировать системный эффект и возможные осложнения, а с другой — обеспечить точечное воздействие лекарства, то есть воздействие препарата в том отделе дыхательных путей, где он непосредственно оказывает необходимый терапевтический эффект (разжижает мокроту либо увлажняет слизистую дыхательных путей)». Заметим, что муколитиков, вводимых с помощью небулайзера, немного. Одним из них как раз и является Лазолван — эталонный муколитик с давно доказанной эффективностью.

