

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТІРЛІГІ

«МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ»
КОММЕРЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ

ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ПӘНДЕР КАФЕДРАСЫ

Сагинбазарова А.Б., Жалимова З.О.

«ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ҚАМҚОРЛЫҚ»

Оқу құралы

Ақтөбе 2024 ж.

УДК 615.1(075.8)

ББК 52.82я73

Ж 22

Рецензенттер:

1. **Бекенов К.Е.** – фарм.ғ.к., «Желдорфармация» ЖШС директоры
2. **Бердгалеева А.К.** – б.ғ.к., медицина доценті, ғылыми практикалық орталығының аға ғылыми қызметкері
3. **Нургалиева Ж.Ж.** – м.ғ.к., фармакология кафедрасының доценті
4. **Молдашева Л.Ж.** – оқытушы, филология магистрі

Сагинбазарова А.Б., Жалимова З.О.

Фармацевтикалық қамқорлық. Оқу құралы/БҚМУ- Ақтөбе, 2024.-74 б.

Бұл оқу құралында «Фармацевтикалық қамқорлық» пәннің таңдаулы сұрақтары енгізілген. «Фармацевтикалық қамқорлық» пәнін меңгеру нәтижесінде білім алушылар тиісті дәріханалық практиканың негізгі қағидаттары мен ережелерін, дәрілік терапияны ұтымды ету бойынша теориялық және практикалық тәсілдерін, фармацевтің пациенттермен және медицина қызметкерлерімен өзара қарым-қатынасының этикалық және деонтологиялық қағидаттарын меңгереді.

Оқу құралы «Фармация» мамандығының студенттеріне «Фармацевтикалық қамқорлық» пәні бойынша сабақтарға және өзіндік жұмыстарға дайындалуға арналған.

Марат Оспанов атындағы БҚМУ Фармация мамандығы бойынша Академиялық Кенесінде бекітілді және басылымға рұқсат берілді

2024 жылғы ____ № хаттамасы

М. Оспанов атындағы БҚМУ
Сагинбазарова А.Б., Жалимова З.О.
2024 ж.

Қысқартулар

АТФ	- аденозинтрифосфор қышқылы
ИЖВ	- иммунно жетіспеушілік вирусы
АІЖ	- асқазан-ішек жолдары
ГАМҚ	- гамма-аминомайлы қышқылы
ДДҰ	- дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДНҚ	- дезоксирибонуклеин қышқылы
ЖРВИ	- жедел респираторлық вирустық инфекция
ҚҚСЕП	- қабынуға қарсы стероид емес препараттар
ОЖЖ	- орталық жүйке жүйесі
РНҚ	- рибонуклеин қышқылы
ТТА	- темір тапшылығы анемиясы
ТЖШҚ	- тыныс алу жолдарының шырышты қабығының
ЛОР	- оториноларингология
ЦОГ	- циклооксигеназа
GPP	- тиісті дәріхана практикасы
SPF	- күннен қорғау факторы

КІРІСПЕ

Қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесінде фармацевт өзін-өзі емдеу тұжырымдамасының негізгі ережелерін жүзеге асыруда. Білім деңгейіне, тәжірибеге және арнайы білімге сүйене отырып, ол білуге ғана емес, сонымен қатар жалпы денсаулығының жақсаруына ықпал ететін рационалды фармакотерапияны жүргізу құралы ретінде фармацевтикалық қамқорлық принциптерін белсенді түрде насихаттауға міндетті. Фармацевттің кәсіби білімін көтеруде арнайы оқу және анықтамалық әдебиеттер маңызды рөл атқарады.

Дәрі-дәрмектерді ұтымды пайдалану қазіргі таңда бірқатар заңнамалық, ұйымдастырушылық, әдістемелік және басқа да мәселелерді шешуді талап ететін денсаулықтың ең өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Бұл мәселенің шешімі ұлт денсаулығын сақтауға, емделушілердің өмір сүру сапасын ұзартуға көмектеседі.

Дәрі-дәрмек терапиясының тиімділігі мен қауіпсіздігін арттыруда маңызды рөл фармацевтикалық қамқорлыққа жүктеледі. Дәрі-дәрмекпен емдеудің барлық кезеңінде фармацевт, дәрігер мен емделуші арасындағы өзара әрекеттесудің кешенді бағдарламасы, препарат енгізілген сәттен бастап толық, фармацевтикалық қамқорлық жүйесін қалыптастыру, ең алдымен, дәрі-дәрмекпен емделудің нәтижесі үшін нақты пациент алдындағы жауапкершілікті қабылдауды білдіреді.

Фармацевтикалық қамқорлық — бұл дәрі-дәрмекпен емдеудің барлық кезеңінде, дәрі-дәрмек шығарылған сәттен бастап оның әрекетінің толық аяқталуына дейін, фармацевт пен емделуші, фармацевт және дәрігер арасындағы өзара әрекеттесудің кешенді бағдарламасы. Фармацевтикалық күтім фармацевт дәрі-дәрмекпен емдеу нәтижесі үшін белгілі бір емделушіге жауапкершілік алатынын білдіреді.

Жақсы дәріхана практикасы (GPP) талаптарын ескере отырып, фармацевтикалық қамқорлық термині пациент пен қоғамды фармацевт қызметінің негізгі қолданушылары ретінде анықтайтын практикалық идеологияның аты ретінде өзін танытты. Дәріханалық тәжірибені фармацевтикалық қамқорлықты енгізудің ең тиімді әдістерінің бірі деп айту әділдік.

Фармацевтикалық күтім халықтың денсаулығын қамтамасыз ету және аурушандықтың алдын алу үшін белсенді қызметке дәрігермен бірге провизорды (фармацевтті) тартуды білдіреді. Фармацевт пациентті жоғары сапалы дәрі-дәрмектермен және медициналық өнімдермен қамтамасыз етуге ғана емес, сонымен қатар ұтымды пайдалануға ықпал етуге міндетті.

Дұрыс фармацевтикалық қамқорлық көрсетудің негізі - фармацевттің кәсіби білімі мен тәжірибесі, кәсіби фармацевтикалық этиканың нормалары, фармацевттің науқасқа қатынасы және оның міндеттері. Дәріханада рецептсіз дәрі-дәрмектерді тарату кезінде фармацевтикалық қамқорлық жүзеге асыру үшін фармацевт жақсы дәріхана практикасының талаптарында көзделген бірқатар міндетті әрекеттерді орындауы тиіс. Өзін-өзі емдеуге байланысты пациент, дәрігер мен фармацевт арасындағы өзара ынтымақтастық өте қажет. Пациенттің пайдасына сенімді және сапалы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету үшін білім мен тәжірибені біріктіру қажет.

НЕГІЗГІ БӨЛІМ

1. Қызба кезіндегі фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

Температураны төмендету және бір мезгілде анестетикалық және қабынуға қарсы әсер ету қабілеті қабынуға қарсы стероид емес препараттар тобына (ҚҚСЕП) жатады. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар медицинаның барлық салаларында кеңінен қолданылады. Рецепт жиілігі бойынша олар ең көп қолданылатын дәрілердің қатарына жатады:

ДДҰ мәліметтері бойынша, оларды стационарлық емделушілердің шамамен 20% тағайындайды;

30 миллионнан астам адам немесе әлем халқының шамамен 20%-ы ҚҚСЕП-ті үнемі қабылдайды.

Тұтынушы барлық ҚҚСЕП-тің 180-ге жуық фирмалық атауын алады, олар барлық өндірілген дәрілік формаларды ескере отырып, шамамен 290 дәрілік препаратты құрайды. Бағалы фармакологиялық қасиеттермен қатар, белгілі бір жанама әсерлер бұл препараттарға тән, бұл оларды көрсеткіштерге сәйкес қатаң қолдануды, сондай-ақ ұтымды қолдану шарттарын міндетті түрде сақтауды талап етеді. ҚҚСЕП қабылдаудың ең көп тараған себептерінің бірі - қызба.

Қызба (febris, pyrexia) - бұл терморегуляция орталығының пирогендердің (адам ағзасының микроорганизмдерінен немесе ұлпаларынан түзілген термостабильді жоғары молекулалы заттар) қозуынан туындайтын спецификалық емес реакция. Жоғары температура болып 37°C-тан жоғарғысы есептеледі. Қызбалы реакция дәрежесіне байланысты **субфебрильді қызба** (дене температурасының 38°C-тан жоғары емес жоғарылауы), **орташа қызба** (дене температурасының 38-39°C шегінде жоғарылауы), **жоғары температура** (39-41°C) және **шамадан тыс, гиперпиретикалық қызба** (дене температурасының 41°C жоғары көтерілуі) ажыратылады. Жұқпалы аурулар кезінде температураның қалыпты жоғарылауы дененің қорғанысын жұмылдыруға көмектеседі, иммундық жүйені белсендіреді. Сонымен қатар, температураның шамадан тыс жоғарылауы жалпы денсаулықты едәуір нашарлатады, науқастың денесінде бірқатар жағымсыз өзгерістердің дамуына ықпал етеді: симпатикалық жүйке жүйесінің тонусының жоғарылауы, тахикардия, тыныс алу орталығының қозғыштығының жоғарылауы. Осының аясында мүшелердің оттегіге қажеттілігі артады, базальды метаболизм күшейеді, ісінудің пайда болуымен организмде натрий мен хлорид кешіктіріледі, терінің тамырлары (сыртқы қабықтың бозаруы) және ішкі мүшелері тарылады. Бұл жағдайда прекапиллярлық сфинктердің спазмы пайда болады. Қанның қалыпты ағымы бұзылады, қан айналымы орталықтандырылады, бұл келгенде мүшелер мен тіндердің гипоксиясына әкеледі. Миокард гипоксиясы оның жиырылу қабілетінің әлсіреуіне әкеледі, мидың гипоксиясы оның ісінуіне, сананың бұзылуына, құрысуларға әкеледі. Ішкі органдар мен дене жүйелерінің балалардағы дене температурасының жоғарылауына реакциясы әсіресе айқын көрінеді. Бұл себептер көптеген аурулар мен патологиялық жағдайлардың симптоматикалық емі ретінде антипиретикалық препараттарды тағайындауды қажет етеді. Дене температурасының көтерілуі симптомы өте «көп қырлы» және әр түрлі органдар ауруларының басым көпшілігінде пайда болуы мүмкін [1].

1.1. Ересектердегі қызбаның ең көп тараған себептері.

Жұқпалы қызба:

- вирустық инфекциялар;
- бактериялық инфекциялар;
- саңырауқұлақ (микотикалық) инфекциялар.

Жұқпалы емес қызба:

- үлкен көлемде қан кету;
- аутоиммунды процестер;

- аллергиялық реакциялар;
- тіндердің некрозы;
- қатерлі ісіктер.

Психогенді қызба:

- орталық жүйке жүйесінің аурулары;
- ауыр психоэмоционалды стресске реакция.

Егер ересектерде фебрильді реакция негізінен инфекциялық процестер кезінде пайда болса, онда балаларда гипертермия көбінесе инфекциялық сипатқа ие болмайды. Ересектерден айырмашылығы, балалар температураның жоғарылауымен кез келген бейспецификалық ынталандыруларға, соның ішінде күйзеліске жауап береді.

1.2. Балалардағы қызбаның ең көп тараған себептері.

Жұқпалы қызба:

- вирустық инфекциялар;
- бактериялық инфекциялар;
- саңырауқұлақ (микотикалық) инфекциялар.

Жұқпалы емес қызба:

- қызып кету;
- психоэмоционалды стресс;
- тіс шығу;
- аллергиялық реакциялар;
- бассүйекшілік қан кету;
- су мен электролит алмасуының бұзылуы (баланың денесінің сусыздануы).

Барлық жағдайларда температураның жоғарылауы денеде ақаулардың белгісі болып табылады. Сондықтан пациент температураның жоғарылауына шағымданғанда, одан басқа белгілердің болуы туралы сұрау қажет. Қызбамен бірге жүретін аурулардың ішінде бірінші орында жедел респираторлық вирустық инфекциялар (ЖРВИ) тұрады. Әдетте, бұл жағдайда қызба бронхтық-өкпелік жүйеде және назофарингте патологиялық процесті көрсететін басқа да тән шағымдарымен бірге жүреді (ринит, тамақтың ауруы, жөтел, ентігу, тыныс алу кезінде кеуде ауыруы). Субфебрильді температура кезінде аурудың басталуынан бастап алғашқы екі-үш күн ішінде осы шағымдармен бірге жүретін дәрі-дәрмектердің көмегімен өзін-өзі емдеуге болады. Басқа жағдайларда, сіз міндетті түрде дәрігермен кеңесуіңіз керек. Бір қарағанда, шамалы симптом ауыр аурудың басталуы немесе созылмалы аурудың өршуінің белгісі болуы мүмкін. Науқаста ауыр ауруға күдіктенуге мүмкіндік беретін және науқастарды дәрігерге міндетті түрде жіберуді талап ететін «қауіпті» белгілерге келесі белгілер жатады.

1. Температураның 39°C жоғары көтерілуі (жоғары қызба).

2. Температураның көтерілуі қатты ауырсынумен, ентігумен, сананың бұзылуымен, құрысумен бірге жүреді.

3. Жедел респираторлық аурудың белгілері пайда болған кезде 38°C жоғары температура 3 күн немесе одан көп сақталады.

4. 37,5°C жоғары температура 2 апта немесе одан да көп уақытқа созылады.

Температураның жоғарылауы жылу өткізуге кедергі келтіретін тері тамырларының вазоспазмымен бірге жүрсе аса қауіпті болып келеді (қатерлі гипертермия). Оның белгілері:

- температура 40° С жоғары;
- түрлі-түсті, «мәрмәр» терінің түсі;
- қызуға қарамастан, аяқ-қолдар салқын болып келеді.

Қазіргі көзқарастар бойынша, егер температураның жоғарылауы жалпы жағдайдың айқын бұзылуымен жүрмесе, ЖРВИ кезінде 38°C температура жоғары болған кезде

төмендету керек. ЖРВИ кезінде кез келген температураны төмендету - дұрыс емес, себебі ол осы қоздырғышқа иммунитеттің қалыптасуын тежейді. Бұл жағдайда, суық тиюді, тамақтағы ауырсынуды, жөтелді емдеген жөн. Рецептсіз босатылатын дәрілік заттар 37,2-37,3°C температураны өзінің әсер ету механизміне байланысты төмендетпейді.

1.3. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар

- Температура көтерілгенде дене белсенділігін төмендету керек, жоғары температурада төсекте жату режимі ұсынылады.

- Температураны қалыпты етіп ұстау үшін бөлмені үнемі желдетіп тұру керек («жайлылық температурасы»).

- Температура көтерілген кезеңде, пациент қалтырауды сезінгенде, жылыну керек, жылы көрпе астында жату керек.

- Температура көтерілуін тоқтатқаннан кейін, суыту субъективті жеңілдік сезімін тудырады, сондықтан бөлме температурасында сумен сүртіліп және / немесе ашып жатуға болады.

- Температураны төмендету науқастың жалпы әл-ауқатын жақсартуға бағытталған және бұл аурудың себебіне әсер етпейтіндіктен, оған мақсатты түрде жету қажет емес.

- Аса жоғары (38,5-39°C жоғары) температураны төмендеткен жөн.

- Температура көтерілгенде алдын алу үшін антипиретикалық препараттарды үнемі қабылдауға болмайды.

- Температура көтерілгенде ғана антипиретиктің қайталанатын дозасын қабылдау керек.

- Қызуды түсіретін дәрілерді тәуелсіз қолдану ұзақтығы 2 күннен аспауы керек.

- Жөтел, салқын тиюді, тамақ ауруын симптоматикалық емдеуге арналған препараттармен антипиретиктерді қабылдауды біріктірген жөн.

- Антипиретиктерді антибиотиктермен бірге қолдануға болмайды (өйткені антипиретиктер антибиотикалық терапияның әсерінің жоқтығын жасыруы мүмкін).

- Жоғары температурада және қарсы көрсетілімдер болмаған кезде көп сұйықтық ішу керек (тәулігіне 3-4 литр).

- Азық-түлікпен бірге витаминдердің көп мөлшерін алуды қамтамасыз ету керек, майлы тағамдарды диетадан шығару керек.

- Суық тию кезінде бұлшық еттер мен бас ауруларын жеңілдету үшін температураны төмендететін дәрілер қолданылады.

1.4. Қызба туралы кеңестер

- Балалардағы безгекті төмендету физикалық салқындату әдістерінен басталуы керек (бөлме температурасында сумен сүрту, бөлмені желдету).

- Балаларға арналған ең сенімді және қауіпсіз антипиретикалық дәрі - бұл балалардың дәрілік формаларындағы парацетамол.

- Балалар үшін парацетамол сироп түрінде, суспензия немесе суппозиторийлерде түрінде беріледі. Әсердің басталуы 10-15 минуттан кейін байқалады.

- Өмірдің алғашқы айларындағы балалар үшін антипиретиктер 38°C жоғары температурада дәрігердің міндетті кеңесімен тағайындалады.

- Өмірдің алғашқы 3 жылында балаларға 38°C градустан жоғары температурада ғана антипиретиктер тағайындалады. Егер оларда бұрын құрысулар болса, төмен температурада да антипиретиктер тағайындалады.

1.5. Жоғары температураны түсіретін рецептсіз босатылатын дәрі-дәрмектер

Міне, ыстықты басатын дәрілерді құрайтын негізгі белсенді заттардың сипаттамасы.

**Қызуды симптоматикалық емдеуге арналған препараттарды құрайтын белсенді
ингредиенттер**

Препараттар	Белсенді ингредиент	Фармацевтикалық сипаттамалар
Саудалық атауы: <u>Альдолор</u> (сироп) <u>Доломол</u> (капсулалар, ұнтақтар, ерітінді, суппозиториилер, суспензия, сироп) Милистан (таблеткалар) Балаларға арналған Парацет (капсулы, ұнтақтар, ерітінді, суппозитории, суспензия, сироп) Панадол (таблеткалар) Эффералган (сироп) Гірекс (ұнтақтар) Гірсолд (таблеткалар) <u>Колдрекс актив</u> (ұнтақтар) Фервекс (ұнтақтар) <u>Флуколд</u> (таблеткалар)	Парацетамол (ацетаминофен)	<ul style="list-style-type: none"> • Антипиретикалық, анальгетикалық, әлсіз қабынуға қарсы әсері бар. • Асқазан-ішек жолына зиянды әсер етпейді • Тромбоциттер агрегациясына әсер етпейді.
Саудалық атауы: Анопирин (таблеткалар) Асафен (таблеткалар) <u>Асацил А</u> (таблеткалар) Аскофен (таблеткалар) Аспирин (таблеткалар) Ацилпирин (таблеткалар) Копацил (таблеткалар) Цитрамон (таблеткалар)	Ацетилсалицил қышқылы	<ul style="list-style-type: none"> • Антипиретикалық, анальгетикалық, әлсіз қабынуға қарсы әсері бар. Тромбоциттер агрегациясын төмендетеді. • Ол тамақтан кейін қолданылады. Қабылдау кезінде алкогольден бас тарту керек. • Жүктілікте, асқазан-ішек ауруларына, бронх демікпесінде қолдануға болмайды. • Антикоагулянттарды, пепоральды гипогликемиялық препараттарды, диуретиктерді, кортикостероидтарды қабылдаумен біріктіру ұсынылмайды. • Қабылдау кезінде эпигастрийде ауырсыну сезімі, құлақ шуы, бас айналуы болуы мүмкін. • Ересектерде 10 г артық қабылдау, балаларда 3 г артық қабылдау өлімге әкелуі мүмкін.

<p>Саудалық атауы: Болинет (таблеткалар) Ибуфен (суспензия, свечи, капсула, гель) <u>Ибупром</u> (таблеткалар) Ибупрофен (таблеткалар) Нурофен (таблетки, сироп) Солпафлекс (таблеткалар) Брустан (таблеткалар) <u>Ибуклин</u> (таблеткалар)</p>	<p>Ибупрофен</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ол қабынуға қарсы, анальгетикалық, әлсіз антипиретикалық әсерге ие. Ағзаның спецификалық емес резистенттілігін жоғарылатады, иммуностимуляциялық әсерге ие. • Ацетилсалицил қышқылынан әлдеқайда әлсіз асқазан-ішек жолына теріс әсер етеді. • Гастрит, асқазан жарасы, колит, энтерит, гепатит кезінде ұсынылмайды. • 12 жасқа дейінгі балаларға, жүкті әйелдерге қабылдау ұсынылмайды. • Ацетилсалицил қышқылымен, басқа ҚҚСЕП, алкогольмен, гормоналды контрацептивтермен бір мезгілде қолдану ұсынылмайды.
--	------------------	--

1.6. Қызуға қарсы препараттардың дәрілік формаларының клиникалық және фармацевтикалық сипаттамасы

Қызбаны симптоматикалық емдеу үшін дәстүрлі таблеткалармен бірге қатты және сұйық дәрілік формалар әзірленді.

2 Кесте

Антипиретикалық (ыстық түсіретін) препараттар бар дәрілік формалар.

Таблеткалар	
Артықшылықтары	Кемшіліктері
<ul style="list-style-type: none"> • Қолданудың қарапайымдылығы мен ыңғайлылығы • Дозаланудың дәлдігі • Белсенді заттардың (асқазан, ішек) сіңірілуін уақыт пен орын жағынан реттеу • Бірнеше белсенді заттарды біріктіру мүмкіндігі • Жағымсыз дәм мен иісті түзету мүмкіндігі 	<ul style="list-style-type: none"> • Барлық науқастар, әсіресе балалар, таблеткаларды оңай жұта алмайды • Эффертіннің салыстырмалы түрде баяу дамуы (25-30 мин.) • Еріту аймағында белсенді заттың жоғары концентрациясын құруға және асқазан-ішек шырышты қабығына тітіркендіргіш әсер дамиды.
Жылдам еритін көпіршікті таблеткалар	
Артықшылықтары	Кемшіліктері
<ul style="list-style-type: none"> • Пациенттердің әр түрлі топтарына, соның ішінде балаларға қабылдаудың қарапайымдылығы • Жылдам сіңіру және әсердің тез басталуы (10 минутқа дейін) 	<ul style="list-style-type: none"> • Кәдімгі таблеткалармен салыстырғанда бағасы жоғары • Педиатриялық тәжірибеде шектеулі қолдану (6-12 жастан бастап) • Тұзсыз диетаны сақтайтын

<ul style="list-style-type: none"> • Дәрілік заттардың сіңуіне тағам аз әсер етеді • Асқазан -ішек жолдарының шырышты қабығына тітіркендіргіш әсердің айтарлықтай төмендеуі 	<p>адамдарға натрийдің мөлшерін қадағалау керек</p>
Микрогранулярлы капсулалар	
Артықшылықтары	Кемшіліктері
<ul style="list-style-type: none"> • Таблеткалармен салыстырғанда белсенді заттардың жақсы ерігіштігі мен сіңірілуі • Бірнеше белсенді заттарды біріктіру мүмкіндігі • Жағымсыз дәм мен иісті түзету мүмкіндігі • Асқазан -ішек жолдарының шырышты қабығына тітіркендіргіш әсері аз мөлшерде • Ұзақ әрекет етеді 	<ul style="list-style-type: none"> • Кәдімгі таблеткалармен салыстырғанда бағасы жоғары
Сироптар / суспензиялар	
Артықшылықтары	Кемшіліктері
<ul style="list-style-type: none"> • Пациенттердің әр түрлі топтарына, соның ішінде балаларға қабылдаудың қарапайымдылығы • Жылдам сіңіру және әсердің тез басталуы (10 минутқа дейін) • Жағымды иіс пен дәм • Дәрілік заттардың сіңуіне тағам аз әсер етеді 	<ul style="list-style-type: none"> • Аз мөлшерлеу дәлдігі
Суппозиторийлер	
Артықшылықтары	Кемшіліктері
<ul style="list-style-type: none"> • Балаларда, төсек тартып жатқан науқастарда, қарттарда қолданудың қарапайымдылығы • Жұту процесі бұзылған жағдайда қолдану мүмкіндігі • Салыстырудың жоғары жылдамдығы және әсердің басталуы (10-15 мин.) • Препараттың сіңуіне тағамның әсер етпеуі • Асқазан ферменттерінің препараттың белсенді заттарына әсерінің болмауы • Дәміне жағымсыз заттарды тағайындау мүмкіндігі • Белсенді заттардың бауыр функциясына әсерінің айтарлықтай төмендеуі 	<ul style="list-style-type: none"> • Ректальды шырышты қабыққа аздап тітіркендіргіш әсер (кейбір адамдарда бұл әрекеттің нәтижесінде нәжісті ынталандыруға болады) • Психикалық ыңғайсыздық (кейбір науқастарда) • ҚҚСЕП-тің тік ішектен сіңірілуі 65-90% болуы мүмкін, нәтижесінде фармакологиялық әсердің төмендеуі мүмкін. • Балаларда диарея болуы мүмкін, сондықтан суппозиторийлерді қолдану қиын болуы мүмкін және жеткілікті түрде тиімді емес.

Парацетамол бүгінде әлемдегі педиатрлардың көпшілігінде балаларға арналған ең жақсы қызуға қарсы дәрі ретінде танылғанын ескере отырып, бұл препараттың балаларға арналған арнайы формалары туралы ақпарат береміз. Қазіргі уақытта фармацевтика өнеркәсібі пациенттерге суық тиюді емдеуге арналған көптеген рецептсіз дәрі-дәрмектерді

ұсынады. Олардың сипаттамалық ерекшеліктері осы препараттарды құрайтын жеке компоненттердің құрамы мен фармакологиялық қасиеттерімен анықталады. Жеке белсенді ингредиенттердің егжей -тегжейлі сипаттамасы алдыңғы мақалаларда берілген.

3 Кесте

Қабілеті стероидты емес қабынуға қарсы препараттар тобына жанама әсерлерінің салыстырмалы сипаттамасы

Жанама әсерлері	Ацетилсалицил қышқылы	Натрий метамизолы (анальгин)	Парацетамол
Қан кетуге бейімділік	+	-	-
Асқазанның шырышты қабығының зақымдануы	+	-	-
Бронхты спазм	+	+/-	-
Ми ісінуі	+	+	-
Na ⁺ мен Cl ⁻ организмде сақталуы	+	+	-
Токсиндердің сақталуы	+	+	-
Рей синдромының дамуы	+	-	-
Қанның ақ өркенін басу	-	+	-
Ұрыққа теріс әсер етеді	+	+	-
Гемолитикалық анемиялар	-	+	-
Аллергиялық реакциялар	+	+	+/-
Бүйректің зақымдануы	үлкен дозалар және ұзақ қолдану		

Жүктілік кезінде қолдануға тыйым салынған ҚҚСЕП

- ацетилсалицил қышқылы;
- натрий метамизолы;
- индометацин;
- ибупрофен;
- напроксен;
- мефенамин қышқылы.

Балаларға қолданылуы шектеулі немесе тиімсіз ҚҚСЕП

- ацетилсалицил қышқылы (басқа ҚҚСЕП-на төзбеушілік үшін қолданылады);
- анальгин (натрий метамизолы);
- индометацин (14 жасқа дейін);
- диклофенак (12 жасқа дейін);
- напроксен (2 жасқа дейін).

1.7. Қызуды түсіретін препараттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық

• Антипиретиктер тек жоғары температурада (38°C және одан жоғары) қолданылады. Сәл көтерілген температураны (37,5°C және одан төмен) қызуды түсіретін препараттар түсірмейді.

• Жоғары тазартылған парацетамол - антипиретикалық және анальгетикалық дәрі, жанама әсерлері аз.

•Жоғары тазартылған парацетамолды балаларға, қарттар мен жүкті әйелдерге тағайындауға болады.

•Жоғары тазартылған парацетамолды асқазан -ішек жолдарының патологиясының даму қаупі жоғары, бронх демікпесі мен ацетилсалицил қышқылына төзбеушілігі бар, бүйрек патологиясы бар емделушілерге қолдануға болады.

•Құрамында натрий метамизолы бар препараттар дененің қорғаныс механизмдерін (иммундық жүйені) басады, бұл препараттарды суық тию мен тұмау кезінде температураны төмендету үшін қолданғанда бактериялық асқынуларға әкелуі мүмкін. Сонымен қатар, натрий метамизолы бар препараттар қан құрамының өзгеруіне әкелуі мүмкін (цитопения және агранулоцитоз).

•Егер балаларда парацетамолдың қызуға қарсы әсері тиімсіз болса, ибупрофенді қолдану керек.

•Барлық қызуға қарсы препараттар, әсіресе ацетилсалицил қышқылының препараттары бронх демікпесі, асқазан -ішек жолдарының эрозиялық және ойық жаралы зақымдануы, қан кету, бауыр аурулары және бүйрек функциясының бұзылуы бар емделушілерге аса сақтықпен тағайындалуы тиіс.

•Барлық антипиретиктерді, әсіресе ацетилсалицил қышқылының препараттарын тамақтан кейін қабылдау керек.

•Ацетилсалицил қышқылы тромбоциттер агрегациясын және қанның ұюын төмендетуі мүмкін, қан кетудің, геморрагиялық синдромның дамуына ықпал етеді.

•Зәрдің сілтілік реакциясымен денеден антипиретикалық препараттардың шығарылуы едәуір артқан кезде, препараттардың тиімділігінің төмендеуіне және олардың әсер ету мерзімінің қысқаруына әкеледі. Сүт-өсімдік диетасы, сілтілі минералды сулар, цитрат, натрий бикарбонаты, натрий лактаты зәрді сілтілейді. Ал ет диетасы, аскорбин қышқылы, кальций хлориді, аммоний хлориді зәрді қышқылдайды.

•Ацетилсалицил қышқылы үшін асқазанның шырышты қабығының зақымдалуына әсер ететін улыцерогендік әсер тән.

•Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы, геморрагиялық диатезі, бронх демікпесі бар емделушілерге ацетилсалицил қышқылының препараттары тағайындалмайды.

•Ацетилсалицил қышқылы ілмекті диуретиктердің (фуросемид, этакрин қышқылының) диуретикалық әсерін төмендетеді.

•Ибупрофенді антикоагулянттармен, гипертензияға қарсы препараттармен, тиазидті диуретиктермен сақтықпен біріктіру керек.

•Ибупрофенді қолданған кезде бас айналуы мүмкін, сондықтан оны жүргізушілерге және назар аударуды қажет ететін басқа мамандық иелеріне ұсынылмайды.

•Ибупрофеннің тұрақты шығарылу формасы (ол Solproflex-те кездеседі). Бұл препараттың қауіпсіздігі мен тиімділігін арттырады.

•Жүктілік кезінде ацетилсалицил қышқылының, ибупрофеннің, мефенамин қышқылының препараттарын қолдануға тыйым салынады.

•Балаларға ацетилсалицил қышқылын қолдану ұсынылмайды.

•Барлық қызуды түсіретін дәрілерді, әсіресе ацетилсалицил қышқылының препараттарын алкогольмен біріктіруге болмайды (ойық жаралы әсер ету қаупі, асқазаннан қан кету күрт жоғарылайды).

2.Суық тиюге фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

«Суық тию» термині көп жағдайда адамның тыныс алу жолдарының вирустары инфекциясының нәтижесінде пайда болатын жедел респираторлық вирустық аурулардың жедел респираторлық вирустық инфекциялар тобын білдіру үшін қабылданған. Статистикаға сәйкес, ЖРВИ балалар мен ересектердегі ең жиі кездесетін жұқпалы аурулар тобы болып табылады. Болжам бойынша, 60 жыл өмір сүрген адам 6 жыл бойы тұмау/ЖРВИ-мен ауырған. Әр жылдары тұмау эпидемиясы кезінде Украина халқының

сырқаттануы 10-40%-ға жетеді, бұл денсаулықтың нашарлауына, өмір сүру сапасына және елеулі экономикалық залалға әкеледі. Балалар арасында ЖРВИ-мен ауыру деңгейі басқа жұқпалы ауруларға қарағанда 7–7,5 есе және Украинаның ересек тұрғындарының ауруынан 1,5–3 есе жоғары. Жедел респираторлық вирустық инфекциялар (ЖРВИ) - бұл полиэтиологиялық аурулар. ЖРВИ қоздырғыштары 100 -ге жуық риновирустар, 40-тан астам аденовирустар, парагрипп вирусының бірнеше түрлері мен респираторлық синцитиалды вирустар, энтеровирустар, сондай-ақ тұмау вирусының 3 түрі (А, В және С) болуы мүмкін. Тұмау, парагрипп көбінесе күзде және көктемде, респираторлық синцитиалды инфекция - күзде, қыста немесе ерте көктемде, риновируста, аденовируста және энтеровирусты инфекцияда - жылдың барлық мезгілінде, тіпті жазда таралады.

Бүгінде ЖРВИ-мен сырқаттанушылық нашар бақыланады, ол тек маусымдық ғана емес, сонымен қатар жыл бойы да таралады. Бұл келесі факторларға байланысты: халық арасында вирустық инфекциялардың жоғары жұқпалы болуы (ЖРВИ-мен ауырған әрбір екінші адам, оның ішінде тұмау, жұқтырған адаммен байланыста болған), полиэтиология (табиғатта 200-ден астам вирус бар, және белгілі тұмауға қарсы препараттар қатаң таңдамалы түрде әрекет етеді), соңғы 10 жылда аурудың маусымдық өршуі кезінде бір мезгілде 3-4 қоздырғыш (А, В тұмауы, аденовирустар) айналады, тұмауға қарсы барлық дәрілерге төзімділік тез дамиды және т.б. Тұмаумен немесе ЖРВИ -мен ауырған адам созылмалы бронхтық-өкпелік немесе ЛОР патологиясының пайда болуына ықпал ететін бактериялық инфекцияларға, аллергиялық және басқа ауруларға осал болуы мүмкін. ЖРВИ-дің ең үлкен қауіпі асқынулардың жоғары ықтималдығы, кейбір жағдайларда өлімге әкеледі.

Жедел респираторлық вирустық инфекцияның ықтималдығы тыныс алу жолдарының шырышты қабығының (ТЖШҚ) жалпы және жергілікті иммунитетінің жағдайымен анықталады. Ұзақ мерзімді ауыр сырқаттар, қолайсыз экологиялық факторлардың әсер етуі, үнемі физикалық және психикалық шамадан тыс жүктеме, иммунитеттің туа біткен ақаулары - бұл иммун тапшылығы жағдайларының дамуына әкелетін негізгі себептер. Көбінесе инфекциямен күресуге арналған препараттарды қолдану иммунитетті төмендетуге де ықпал етуі мүмкін. Емдеу барысында емделушілерде қайталама иммун тапшылығы дамиды, аурудың қалдық белгілері, пост-вирустық астения синдромы бір ай ішінде байқалады. Туа біткен және жүре пайда болған иммун тапшылығы бұзылыстары инфекциялық инфекциялардың жеңілдігімен және олардың ауыр ағымымен сипатталады. Және иммундық жүйе микроорганизмдерге қарсы күресте маңызды рөл атқарады. ЖРВИ ауруының бейімділігінде жергілікті қорғаныс реакциясының маңыздылығын ерекше атап өткен жөн. Бұл топографиялық орналасуына байланысты шырышты қабықтар «инфекцияның кіру қақпасы» болып табылады. ТЖШҚ - қа вирустық және бактериялық қоздырғыштар әсер еткенде, спецификалық емес және иммундық қорғаныстың қуатты жүйесі іске қосылады, ол көп жағдайда қоздырғыштардың енуіне сенімді кедергі жасайды. Бұл жүйе 2 негізгі компоненттен тұрады - мукоцилиарлы қорғаныс және жергілікті иммундық жауап.

Мукоцилиарлық қорғаныс шырышты өндірумен және эпителий кірпікшелерінің жұмысымен байланысты мукоцилиарлық тазартумен қамтамасыз етіледі. Эпителийдің безді және бокалды жасушалары шығаратын шырыштың құрамы антимикробтық емес спецификалық қорғаныс факторларын (лизоцим, лактоферрин, дефензиндер, миелопероксидаза, төмен молекулалы катионды пептидтер, комплемент компоненттері және т.б.), сонымен қатар иммунитет факторларына байланысты IgA, IgG, IgM кластарының иммуноглобулиндерін қамтиды. Спецификалық емес реакциялар жасушалық факторлармен де байланысты. Қан ағымынан қоныс аударатын нейтрофилдер мен макрофагтар эпителий жасушалары арасында өтіп, шырышты қабаттың бетіне шығып, фагоцитоз арқылы микроорганизмдерді жоя алады.

Шырышты қабықтың иммундық қорғанысы гуморальды және жасушалық факторлармен қамтамасыз етіледі. Эпителий қабатында және ТЖШҚ субмукозасында

антигенді ұсынуға қабілетті жасушалардың бірнеше түрлері бар, олар гуморальды иммундық жауапты одан әрі қоздырады. ТЖШҚ-мен байланысты лимфоидты ұлпаның ішінде синтезделген антиденелердің негізгі кластары белгілі қорғаныс функцияларын орындайтын IgA, IgM және IgE болып табылады. Осылайша, IgA -ның секреторлық формалары ең алдымен бейтараптандыратын антиденелер ретінде әрекет етеді, олар вирустар мен бактериялардың эпителий қабатының бетіне жабысу қабілетін тежейді және антигендердің фагоцитозын күшейтеді. IgM негізгі функциясы - бөгде агенттердің жойылуын қамтамасыз ететін комплемент ақуыз каскадының активтенуі. IgG иммундық жауаптардың ең үлкен ерекшелігі бар.

ТЖШҚ қорғау механизмдерінің күрделі ұйымдастырылуы мен жетілдірілуіне қарамастан, бактериялар мен вирустар барлық кедергілерді жеңіп, дененің ішкі ортасына еніп, ауру тудырады. Бұған ТЖШҚ немесе жалпы ағзаға теріс әсер ететін әр түрлі сыртқы және ішкі факторлар ықпал етуі мүмкін.

2.1. ЖРВИ ауруының қауіп факторлары

- дененің жалпы жаттығудан бас тартуы (қатаймаған);
- гипотермия;
- науқас адаммен байланыс;
- жас: 3 жасқа дейінгі балалар, 60 жастан асқан адамдар (иммундық жүйенің бұзылуы);
- экологиялық қолайсыз аймақтарда өмір сүру;
- физикалық және психологиялық ауыр жүктеме;
- теңгерімсіздік және тамақтанудың болмауы;
- маусымдық гиповитаминоз;
- созылмалы ЛОР аурулары және тыныс жолдарының созылмалы аурулары, оның ішінде бронх демікпесі;
- созылмалы соматикалық және эндокриндік аурулар;
- операциядан кейінгі кезең;
- кәсіби зиян;
- алкогольді қабылдау, ішу, темекі шегу;
- препараттарды ұзақ қолдану (бактерияға қарсы және химиотерапиялық препараттар, глюкокортикостероидтар);
- иммун тапшылығы жағдайлары (ИЖВ жұқтырған, аутоиммунды аурулар және т.б.).

2.2. Суықтың алдын алуға арналған жадынама

Балалардың суық тиюінің жиі кездесуі - жылына 5-6 реттен көп («жиі ауыратын балалар») - иммундық тапшылық ұғымына тең келмейді. 3-5 жасында берілетін жедел респираторлы вирустық инфекциялар иммундық жүйенің жетілуіне және жаттығуына ықпал етеді. Ілеспе аурулар мен қауіпті факторларды дер кезінде анықтау өзекті болып табылады: баланың микроорта ортасының салауатты өмір салты, гигиеналық режим, психоэмоционалды климат ережелерін бұзуы. Экологиялық жағдайы шиеленіскен аймақтарда, атап айтқанда, Чернобыль апатынан зардап шеккен аудандарда балалар ауруының жоғарылауы байқалады.

ЖРВИ-ге бейімділік сонымен қатар тыныс алу жолдарының жасына байланысты анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктеріне және жас балалардың иммундық қорғаныс механизмдерінің жетілмеуіне байланысты. Иммунитетті қандай да бір препараттармен нығайтуға болады деген пікір бар. Бұл пікір зиянсыздықтан алыс және мұндай «күшейту» күтпеген нәтижеге әкелуі мүмкін. Сондықтан ата-аналардың қолынан келетін ең жақсысы - балалардың иммунитетін қажетсіз араласудан қорғау және оның дамуына салауатты өмір салтын ұстану болып табылатын қолайлы жағдайлармен қамтамасыз ету.

2.2.1. Медициналық қамқорлықты қажет ететін қауіпті белгілер

- ересектерде ЖРВИ-мен сырқаттанушылық жылына 4 реттен көп болғанда;
- балалардағы ЖРВИ-мен сырқаттанушылық жылына 5-6 реттен көп болғанда;
- ауру адаммен шамалы байланыста суықтың белгілерінің пайда болуы;
- ЛОР мүшелері мен тыныс алу жолдарының созылмалы инфекцияларының болуы;
- ЖРВИ ауруы жасанды иммундау аясында (вакцинациядан немесе иммуностимуляторлық препараттарды қолданғаннан кейін).

Суықтың алдын алудың негізгі бағыттары

Суықтың алдын алу - бұл ағзаның табиғи қорғанысын нығайтуға, жыл бойы және әсіресе эпидемия кезінде ЖРВИ дамуына жол бермеу үшін иммундық жүйенің белсенділігін арттыруға бағытталған шаралар кешені.

2.3. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар

- Эпидемиялық кезеңде - белсенді қатаю, теңдестірілген тамақтану, жаман әдеттермен күрес. Диетада С витаминіне бай көкөністер мен жемістер, құрамында
 - Эпидемия кезінде науқас адаммен байланыста болмау керек.
 - Қоғамдық орындарда болғаннан кейін міндетті рәсімдер: мұрынды шаю, тұзды ерітіндімен шаю, жуу және қолды жиі жуу.
 - Вакцинация эпидемиядан 2-3 ай бұрын қажет (қарсы көрсетілімдер болмаған жағдайда). Вакцинациядан кейін белсенді иммунитет 6-9 айға созылады.
 - Аурудың маусымдық басталуы кезінде, әсіресе тұмаудың қоздырғышы анықталған жағдайда, бірінші қатардағы препараттар (этиотропты препараттар), сонымен қатар қорғаныстың екінші желісі - адаптогендер мен иммуномодуляторлар қолданылады [2].
 - Аурудың өршу кезеңінде - науқасты оқшаулау, адекватты симптоматикалық терапия және емнің дәрілік емес әдістері.
 - Асқынуларды тез қалпына келтірудің және алдын алудың кілті болып табылатын негізгі ережені сақтау - «ЖРВИ –мен ауырып жатқан кезде «аяқпен» жүрмеу».

2.3.1. Суықтың алдын алудағы иммундау

ЖРВИ профилактикасының негізгі бағыттарының бірі - арнайы иммунизация. Тұмауға қарсы вакциналар («тірі» және инактивтелген) балаларға 6 айдан бастап ұсынылады, ал ересектерге - жас шектеусіз. Профилактикалық егулердің тиімділігі вакцинацияның ұзақтығына байланысты (эпидемияға дейін 2-3 аптадан кешіктірмей, жақсы әсер үшін 1,5-2 ай). Инактивті емес вакциналармен тұмауға қарсы вакцинация аурушандық пен ықтимал асқыну қаупі жоғары адамдарға тағайындалады:

- 65 жастан асқан және өкпе мен жүректің созылмалы аурулары бар адамдар, өйткені тұмау бұл контингент үшін аса қауіпті;
- 65 жастан асқан адамдарда вакцинация тұмаудан болатын өлім-жітімнің 75%-ын алдын алады;
- иммун тапшылығы бар адамдар, оның ішінде ИЖВ жұқтырғандар;
- қант диабеті, созылмалы бүйрек ауруы, метаболикалық бұзылулары бар наукастар;
- өмірдің бірінші жылындағы балалары бар отбасылардағы ересектер;
- медициналық қызметкерлер мен кәсіби қызметінің сипаты бойынша бірнеше рет басқа адамдармен байланыс жасайтын адамдар (медицина қызметкерлері, мұғалімдер, қызмет көрсетуші қызметкерлер).

Вакцинацияға қарсы көрсеткіштер аз: тауық ақуызына аллергиялық реакциялар. Сонымен қатар, адамдарды жасанды иммундау тұмау мен басқа жедел респираторлық вирустық инфекциялардан жеткілікті қорғамайды. Тұмау вирусының антигендік өзгергіштігі соншалықты үлкен, сондықтан адам ағзасы барлық мүмкін болатын штамдарға өмір бойы иммунитет қалыптастыра алмайды. Тұмау мен ЖРВИ-нің алдын алу

мен емдеудің басқа жолдарын іздеудің өзектілігі соңғы 70 жыл ішінде суықтың алдын алуға арналған әр түрлі бағыттағы жүзге жуық дәрі-дәрмектің дамуына стимул болды [3].

2.4. ЖРВИ профилактикасы үшін қолданылатын дәрілер

Иммуномодуляторлар (иммуностимуляторлар).

Иммуностимуляторлардың қасиеттерінде әр түрлі сипаттағы және химиялық құрылымдағы қосылыстар болуы мүмкін.

1. Бактериялық заттар [4].

Рецептсіз сатылатын дәрі-дәрмектердің ішінде «емдік» вакциналарды-бактериялық лизаттарды бөліп көрсету керек. Оларға ең көп таралған бактериялардың лизаттары жатады: энфлюенца гемофилі, клебсиелла, стафилококк, стрептококк, моракселла және т.б. Бұл агенттер патогенді микробтарға төзімділікті арттырады. Дәрі-дәрмектер сұйық күйде, мұрынға арналған аэрозольдер түрінде, ауыз қуысына енгізуге және сіңіруге арналған таблеткалар түрінде, сондай-ақ капсула түрінде болуы мүмкін [5].

ИРС-19.

Вакцина құрамында *Diplococcus pneumoniae*, *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Gafkya tetragena*, *Neisseria*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella*, *Haemophilus influenzae* (жоғарғы тыныс жолдарының негізгі ауруларының қоздырғыштары) антигендік детерминанттары бар бактериялық лизат бар. 1 мл лизат құрамында 15 миллиард микробтық жасушалардың материалы бар. Препарат лизоцимнің құрамын жоғарылатады, фагоцитозды ынталандырады. Препараттың спецификалық профилактикалық әсері А типті секреторлы иммуноглобулиндердің көбеюімен түсіндіріледі. Препараттың полипептидтік құрылымы микробтық аллергия кезінде сезімтал антиденелердің түзілуін болдырмайды [6].

Имудон.

Ауыз қуысында патологиялық процестерінде жиі егілетін, белсенділігі төмен микроорганизмдерді қамтитын антигендік поливалентті кешенді препарат. Инфекциялық және қабынуға қарсы әсер иммунобиологиялық әрекеттің ерекшеліктеріне байланысты: фагоцитоздың сапалық жақсаруымен фагоциттердің белсенділігінің жоғарылауы, сілекейдегі лизоцимнің мөлшерінің жоғарылауы, стимуляция және олардың санының көбеюі, антиденелердің өндірілуіне жауап беретін иммунокомпетентті жасушалар, жергілікті антиденелердің титрінің жоғарылауы (сілекейдің секреторлық IgA) [7].

Рибомунил.

Препарат құрамында кейбір бактериялардың мембраналық бөлігінің рибосомалары мен протеогликандары бар. Вакцина мен спецификалық емес иммуностимулятордың қасиеттерін біріктіреді. Препарат Т- және В-лимфоциттердің қызметін, сарысу мен секреторлық иммуноглобулиндердің өндірісін ынталандырады. Препарат құрамына кіретін *Klebsiella pneumoniae* мембранасының протеогликандары организмнің спецификалық емес қарсыласу факторларын ынталандырады: олар макрофагтар мен полиморфонуклеарлық лейкоциттерді белсендіреді (фагоцитоз, хемотаксис, адгезия), интерферон α синтезін жоғарылатады, интерлейкиндер 1,6 және 8, өлтіруші жасушаларды белсендіреді, Т және В лимфоциттерінің поликлональды стимуляциясын қамтамасыз етеді [8].

Бронхомунал.

Тыныс алу жолдарының инфекцияларын жиі тудыратын бактериялардың лиофилденген лизаты бар. Асқазан-ішек жолдарының шырышты қабығында айналымдағы Т-лимфоциттердің санын және IgA синтезін көбейтеді, сонымен қатар тыныс алу жолдарының секрециясындағы иммуноглобулиндердің мөлшерін арттырады. Бактериялық лизат ішектің шырышты қабығындағы Пейер патчтары арқылы дененің иммундық жағдайына әсер етеді [9].

2. Организмде олардың синтезін ынталандыратын цитокиндер мен препараттар [10].

Цитокиндерді иммундық жүйенің жасушалары шығарады және олардың көмегімен бұл жасушалар ақпарат алмасады және өз жұмысын үйлестіреді. Ең танымал цитокиндер - интерферондар, интерлейкиндер және колонияны ынталандырушы факторлар. Олар төмен молекулалы эндогенді ақуыздар және иммунитеттің табиғи реттегіштері, соның ішінде ісікке қарсы. Цитокиндер топтарын алынуы және үлкен жетістігі гендік-инженерия технологияларын енгізу арқылы алынды.

Интерферондардың биосинтезін ынталандыратын препараттар - интерферон индукторлары - иммунотерапияның салыстырмалы түрде жаңа және перспективалы бағыты. Қазіргі уақытта мұндай препараттардың бірқатары белгілі: Амиксин, Циклоферон, Инозин пранобекс, Арбидол, Амизон және т.б., және олардың саны үнемі өсіп келеді [11].

Адамның лейкоциттері интерферон құрғақ (интерферон α). Адам донорлық қанынан алынған лейкоциттердің интерфероны. Ол вирусқа қарсы және иммуномодуляциялық әсерге ие [12].

Интерферон индукторлары.

Амиксин (тилорон)

Фторенондар класына жататын ароматты интерферонның төмен молекулалы синтетикалық индукторы. Ол организмде α, β, γ типті интерферондардың түзілуін тудырады. Гуморальды иммундық жауапты ынталандырады, IgM, IgG өндірісін арттырады, Т-хелперлер/Т-супрессорлар қатынасын қалпына келтіреді. Тікелей вирусқа қарсы әсері бар. Иммуносупрессияны жояды. Ол вирустық инфекцияларды емдеуде (вирустық гепатит, герпес инфекциясы), ЖРВИ-дың алдын алу және емдеу үшін қолданылады [13].

Инозина пранобекс (метизопринол).

3 қатынасында 1-(диметиламино)-2-пропанол-4 (ацетаминобензоат) бар инозиннің молекулалық кешені. Кешеннің тиімділігі инозиннің болуымен анықталады (АТФ), екінші компонент оның лимфоциттерге қолжетімділігін арттырады. Препарат интерферонды ынталандыратын белсенділікке ие, Т-прекурсорларының дифференциациясын, Т-жасушаларының көбеюін ынталандырады, жетілген Т-лимфоциттер мен макрофагтардың белсенділігін арттырады, табиғи өлтіруші жасушалар мен Т-хелперлердің белсенділігін ынталандырады, интерлейкин-2 синтезін белсендіреді. Вирусқа қарсы әсер вирустың әсерінен жасуша рибосомаларының құрылымының өзгеруіне байланысты вирустық ақуыздардың синтезінің жанама түрде басылуына байланысты [14].

Арбидол

(6-бром-5-гидрокси-1-метил-4-диметиламинометил-2-фенилтиметил-индол-3-карбон қышқылының гидрохлориді мононитратының этил эфирі). Ол А және В тұмауының вирустарына ингибиторлық әсер етеді, интерферон туғызатын белсенділікке ие және гуморальды және жасушалық иммундық жауаптарды ынталандырады [15].

3. Шөптік препараттар.

Эхинацея препараттары.

Echinacea purpurea/angustifolia тұқымдасының барлық бөліктері. Астер тұқымдас құрамында полисахаридтер, эфир майы, тамырында эхинакозид гликозиді, бетаин, шайырлар, органикалық қышқылдар кездеседі. Иммуномодуляциялық белсенділік эхинацея полисахаридтерімен қамтамасыз етіледі. Олар бірінші қорғаныс желісін белсендіреді - олар спецификалық емес иммунитетті (нейтрофилдер мен макрофагтардың фагоцитарлық белсенділігі), интерлейкиндер өндірісін ынталандырады. В-лимфоциттердің плазма жасушаларына айналуына ықпал етеді, Т-хелперлердің қызметін жақсартады. Олар микробтар мен вирустар шығаратын гиалуронидазаның белсенділігін тежейді. Олар иммундық жүйені организмнің қорғанысының қалыпты жағдайында да ынталандырады. Ол сондай-ақ бактерияға қарсы, вирусқа қарсы, антимикотикалық,

қабынуға қарсы әсерге ие. Эхинацея препараттары орталық жүйке жүйесіне ынталандырушы ретінде әсер етеді, бұл оларды депрессияда ұсынуға мүмкіндік береді,

Имунофлам.

Лиана сығындысы (*Uncaria tomentosa*), ол Перу джунглиінде өседі. *Uncaria tomentosa* оксииндол алкалоидтары айқын иммунды стимуляциялаушы (фагоцитоз активаторлары), вирусқа қарсы, қабынуға қарсы, антиагреганттық, аритмияға қарсы, гипохолестеринемиялық, астмаға қарсы және ісікке қарсы әсерге ие. Катехиндермен ұсынылған фенолдық фракция антимулагендік және Р-витаминді белсенділігін көрсетеді. Хин қышқылы гликозидтерінің вирусқа қарсы әсері бар, ал тритерпен сапониндерінің бактерияға қарсы, склеротикалық және ісікке қарсы әсері бар. Стероидмастерол мен кампестеролдың бактерияға қарсы және анальгезиялық қасиеттері бар [16].

Умкалор.

Пеларгония тамырының сығындысы (пеларгонийсидоиды). Негізгі белсенді заттар - фенол кумариндері, флавоноидтар және фенол қышқылдары. Ол өсімдік тектес антибиотиктер - фитобиотиктер тобына жатады. Препараттың негізгі фармакологиялық әсері - иммуномодуляциялық. Сонымен қатар қабынуға қарсы, бактериостатикалық, цитопротекторлық, антиоксидантты, муколитикалық, эубиотикалық әсерлері бар. Жанама вирусқа қарсы әсері дәлелденді - ол вирустардың жасуша қабырғасына жабысуына жол бермейді. Препараттың құрамына кіретін кумариндер грам-позитивті және грамтеріс бактерияларға қарсы микробқа қарсы белсенділік көрсетеді, сонымен қатар иммуномодуляциялық белсенділікке ие - олар антивирустық-у, интерлейкин, TNF- α синтезін ынталандырады, макрофагтардың фагоцитарлық белсенділігін белсендіреді. Флавоноидтар аллергияға қарсы, қабынуға қарсы, вирусқа қарсы және антиоксидантты әсерімен сипатталады. Ол синтетикалық бактерияға қарсы агенттерді қолданғаннан кейін «кейінгі күтімге» қолданылады: әсерді күшейту, иммуносупрессиядан кейінгі иммунологиялық статусты қалпына келтіру, аурудың қайталануын болдырмау. Сонымен қатар, жиі ауыратын балалар тобында қайталама инфекцияның алдын алудың маңызы зор [17].

Бірнеше басқа фитотерапевтік агенттер тыныс алу органдарының қайталанатын ауруларының алдын алу мен емдеудің жоғары тиімді құралы болып табылады. Түймедақ гүлдері, дала жылқысы, жаңғақ жапырағы, жидек, жабайы раушан, тимьян, розмарин т.б.

4. Имунитеті жоғары мүшелердің (тимус, көкбауыр, сүйек кемігі) биологиялық белсенді заттарына негізделген жануарлардан алынған препараттар.

Оларға арнайы көрсеткіштер бойынша дәрігер тағайындайтын препараттар-Тималин, Вилозен және т.б.

5. Гомеопатиялық препараттар.

Анаферон –құрамында адам интерфероны афиналық тазартылған антиденелердің ультра төмен дозаларын қамтиды. Анаферонның негізгі әсер ету механизмі вирустар мен бактериялардың ағзаға зиянды әсерін жоюға, функционалды белсенді интерферондар- α , β өндірісінің ұлғаюына байланысты. Интерфероногенді әсердің нәтижесінде Анаферон вирусқа қарсы, қабынуға қарсы және иммуномодуляциялық әсерге ие.

Афлубин. Кешенді гомеопатиялық препарат. Ол имунитеттің барлық буындарына модуляциялық әсер етеді: интерфероногенез, фагоцитарлық жүйенің белсенділігі, Т-жасушалық сілтеме. Ол әлсіз түрде анықталған тікелей вирусқа қарсы белсенділікке ие. Макроорганизм жасушаларына цитопатогенді әсер етпейді.

6. Адаптогендер.

Бұл топқа шөптік (женьшень, лимонграсс, родиола роза, аралия, элеутерококк және т.б.) және биогенді (мумия, прополис және т.б.) препараттар кіреді. Олар РНҚ мен белоктардың синтезін жақсартады, метаболикалық ферменттерді белсендіреді, жүйке және эндокриндік жүйелерге жалпы тоникалық әсер етеді. Олар дененің бейімделу реакциясын күшейтеді, қоршаған ортаның әсерінен, стресстен, психикалық және

физикалық стресстен қорғануды ынталандырады, адамның ең маңызды мүшелерін қорғайды. Иммундық қабілетті, және иммундық жүйені қалпына келтіруге үлес қосады (препараттардың егжей -тегжейлі сипаттамасы «Жүйке жүйесінің ауруларын симптоматикалық емдеу. Астения» бөлімінде берілген) .

7. Витаминдер.

Иммунотропты қасиеттер А, Д, Е, С дәрумендеріне тән. В дәрумендері олардың әсерін қалыпты ішек микрофлорасын қалпына келтіру арқылы береді. Мультивитаминді препараттарды минералды қоспалармен қолданған жөн (әсіресе Zn, Se, Mg, Ca), сондай-ақ аскорбин қышқылының монокомпонентті препараттарын немесе Р витаминімен аскорбин қышқылының комбинациясын қолданған жөн С витамині организмнің иммунитетіне оң әсер етеді, антиденелердің синтезіне, реактивтіліктің жоғарылауына, лейкоциттердің фагоцитарлық белсенділігіне, ағзаның ауруға төзімділігіне ықпал етеді. Р дәрумені (флавоноидтар) аскорбин қышқылының синергетигі болып табылады, бірқатар биологиялық функцияларды қамтамасыз етеді, екі витамин де жоғары антиоксиданттық белсенділікпен сипатталады [18].

8. Вирусқа қарсы препараттар

Этиотропты терапия құралдары. Олар вирустың көбеюіне тікелей әсер етеді.

Ремантадин. Амантадин туындысы (мидантана) - α-метил-1-адамантил-метиламин гидрохлориді. Ол А тұмауының әр түрлі вирустарына қарсы тиімді, сонымен қатар В вирусынан туындаған тұмауға қарсы антиоксикалық әсер етеді. Әсіресе А2 вирусынан туындаған тұмау инфекциясында тиімді. Ол вирустың жасушаға енуіне жол бермейді, сондықтан оның әсері вирустың көбеюінен бұрын көрінеді. Оксолин- 1,2,3,4-тетраоксо, 1,2,3,4-тетрагидронафталин дегидраты. Тұмау вирустарына, қарапайым герпеске, герпес зостеріне қарсы вирустық белсенділікке ие. Жергілікті қолдану үшін пайдаланылады (жақпа 0,25%) [19].

9. Басқа топтардың дайындығы

Спецификалық емес иммунитеттің негізгі факторы - лизоцим (Лизобакт) бар препараттарды қолданудың болашағы зор. Микроб жасушасының мембранасын еріту қабілетіне байланысты бұл топтың дәрілерінің қабынуға қарсы белсенділігі жоғары, шырышты қабықтың жергілікті иммундық қорғанысын едәуір арттырады, емдік процестерді ынталандырады. Таблеткалық дәрілік формалардың антигендік қасиеті жоқ синтезделген лизоцим бар. Ауыз қуысы мен жұтқыншақтағы табиғи иммундық жауапты қалпына келтіруге арналған [20]. Амизон.-N-метил-4-бензил-карбамидо пиридиний иодиді (изоникотин қышқылының туындысы). ҚҚСЕП тобына жатады. Ол анальгетикалық, қабынуға қарсы, антипиретикалық және интерфероногенді әсерге ие. Амизонның иммуномодулятор ретінде әсері гуморальды (антиденелер мен эндогенді интерферон титрінің 3-4 есе жоғарылауы) және жасушалық (Т-лимфоциттер мен макрофагтардың функционалдық белсенділігін ынталандыру) иммунитеттің жоғарылауымен көрінеді, сонымен қатар табиғи микробқа қарсы тұрақтылық факторларына әсері (лизоцим деңгейі).

Аква-Марис.

(Адриатикалық судың стерильді ерітіндісі). Мұрынның шырышты қабығынан вирустар мен бактерияларды жуады. Йод пен тұздың құрамы жергілікті вицицидтік және бактерицидтік әсерге ие. Магний, мырыш және селен иондары қорғаныш шырыштың пайда болуына ықпал етеді және жергілікті иммунитетті арттырады. Профилактикалық мақсатта Аква-Марис 2-4 апта бойы қолданылады. 1 жасқа дейінгі балаларға тамшылар, 1 жастан асқан балаларға және ересектерге - спрей тағайындалады. Әр мұрынға күніне 3-6 рет шашу керек. Суықтың алдын алу және кешенді емдеу үшін Вобензим мен Флогензим полиэнзим препараттары қолданылады. Препараттардың емдік әсері иммуномодуляциялық әсермен, эндогенді интерферон өндірісін ынталандырумен, қабынуға қарсы әсерімен, микробқа қарсы препараттардың әсерін күшейтумен және олардың жанама әсерлерінің төмендеуімен байланысты.

Иммуностимуляциялық қасиеттері Левамизол (Декарис), Дибазол сияқты практикалық медицинада бұрыннан қолданылған кейбір басқа препараттарда анықталған, оларды иммун тапшылығы жағдайында қолдануға негіз болды [21].

2.5. Суық тиюдiң алдын алу үшiн дәрiлiк заттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық

- Иммуностимуляторларды, тiптi рецептiсiз сатылатын топтан таңдау, әр жағдайда мұқият жасалуы керек. Мүмкiн болса, дәрi-дәрмектiң рецептiсiн дәрiгер тағайындауы керек. Есте сақтау керек, кез келген дұрыс емес стимуляция жаман жағдайға әкелуi мүмкiн.

- Рецептiсiз иммунитеттi көтеретiн препараттар ұзақ емдеуге арналмаған. Егер симптомдар сақталмаса және жағдай нашарласа, медициналық көмекке жүгiну керек.

- Жүктiлiк пен лактация кезiнде иммуностимуляторларды қолдану ұсынылмайды.

- Суықтың алғашқы белгiсiнде антибиотикалық терапияны қолдануға болмайды. Осылайша, мүмкiн болатын бактериялық асқынулардың алдын алуға қол жеткiзу мүмкiн емес, сонымен қатар микроорганизмдердiң дәрiлiк төзiмдiлiгi артады, макроорганизмнiң иммунологиялық реактивтiлiгi тежеледi, дисбиоз дамиды, антибиотиктерге тән жанама әсерлер пайда болуы мүмкiн.

- Жергiлiктi иммуномодуляциялық препараттарды резорбцияға арналған таблеткалар түрiнде қолданғанда, 30 минуттан 1 сағатқа дейiн тамақ iшпеу керек, ауызды шаюды 1 сағаттан кешiктiрмей жасауға болады.

- Профилактикалық мақсаттағы гомеопатикалық препараттарды тұмаудың күтiлетiн маусымдық өршуiнен 1-1,5 ай бұрын қабылдауға болады;

- 1 жасқа дейiнгi балалар үшiн гомеопатиялық препараттардың таблеткаларын ұсақтап, бөлме температурасында қайнаған суға аз мөлшерде ерiтiп беруге болады.

- Тиiмдiлiктi арттыру үшiн iшке қабылдауға арналған тамшылар түрiндегi гомеопатиялық дәрi-дәрмектердi жұтынар алдында бiраз уақыт аузында ұстау керек.

- ЛОР мүшелерiнiң созылмалы бактериалды инфекциясы кезiнде бактериялық лизат препараттарын қолданумен профилактикалық курстарды жылына 2-3 рет қайталау ұсынылады.

- Бактериялық лизаттар (ИРС-19, имудон және т.б.) антибиотикалық терапиямен жақсы үйлеседi. Бұл жергiлiктi қорғаныс реакцияларын ынталандырады және осылайша антибиотиктермен туындаған иммуносупрессияның дамуына жол бермейдi.

- Емдеудiң басында ИРС-19 қолданғанда ринорея мен түшкiру мүмкiн, бұл препаратты тоқтатуды қажет етпейдi [22].

- Егер мұрын шырышты қабығының iсiнуi тым көп болса, ИРС-19 деконгестанттарды қолданғаннан кейiн және деконгестантты әсерге қол жеткiзгеннен кейiн ғана қолданылуы керек.

- Имудонның бiр таблеткасында 15 мг натрий бар, оны тұздылығы төмен диета ұстанушы емделушiлер, артериялық гипертензиясы мен бүйрек аурулары бар емделушiлердi ескеру керек.

- Эхинацея препараттарын Composite өсiмдiктерiне аллергиялық реакциялар болған жағдайда (бұрын) қабылдауға болмайды. Жоғары дозада эхинацея гиперсаливацияны тудыруы мүмкiн. Эхинацея препараттарын тағайындауға қарсы көрсеткiштер сонымен қатар туберкулез, лейкомия және басқа қан аурулары, коллагеноздар, аутоиммунды аурулар болып табылады.

- Эхинацея тамшылары мен тұнбалары алкоголь бар препараттар екенiн есте ұстаған жөн. Олар бауыр аурулары мен созылмалы алкоголизмi бар адамдарға сақтықпен тағайындалады.

- Эхинацея құрамында алкоголь бар препараттарды алкогольмен үйлеспейтiн басқа дәрiлермен (метронидазол, тетурам) бiрiктiруге болмайды.

- Адамның лейкоциттердің интерфероны тұмау мен басқа жедел респираторлық вирустық инфекциялардың алдын алу үшін тиімді түрде қолданылады, егер инфекция қаупі сақталса.

- Егер қан кету қаупі бар болса, Умкалорды сақтықпен қолдану керек: препарат құрамына кіретін кумариндердің антикоагулянттық белсенділігі бар.

- Инозин пранобексін ұзақ қолданғанда қан сарысуы мен зәрдегі несеп қышқылының деңгейін бақылауды қажет етеді.

- Ремантадин паркинсонияға қарсы «Мидантан» препаратының аналогы болғандықтан, оны психикалық аурулары, эпилепсиясы, сондай-ақ тиреотоксикозы, жүрек жеткіліксіздігі, ортостатикалық гипотензиясы және аллергиялық дерматиті бар науқастарға қабылдау шектеулі.

- Ремантадин препараты тұмау вирустарына қарсы өте тар спектрмен сипатталатынын ұмытпаған жөн - ол тек А2 тұмауына қарсы тиімді және бұл қоздырғыштың басқа штамдарына және басқа вирустарға әсер етпейді. Бұл туралы фармацевт пациентке хабарлауы керек, себебі басқа инфекция болған жағдайда препарат жанама әсерлерден басқа ештеңе әкелмейді.

- Оксолин жақпа майын қолданған кезде тұмаудың сәтті алдын алу шарты - инфекция қаупінің барлық кезеңінде мұрынның шырышты қабығында майдың тұрақты болуы екенін есте ұстаған жөн.

- Суық тиюдің алдын алу және кешенді емдеу үшін Вобензим мен Флогензим полиэнзим препараттарын қолданған жөн.

- Иммуностимуляторлық препараттардың әсері иммуносупрессивті препараттармен әлсірейді.

- Витаминдерді суық мезгілде қолдануға болады.

- Аскорбин қышқылының ұсынылатын тәуліктік дозасы 60-100 мг құрайды. Жедел респираторлық вирустық инфекциялардың алдын алу үшін бұл дозаны 500-1000 мг дейін арттыруға болады, алайда гипероксалатурияның жоғары қаупі, бейімді адамдарда тас түзілуінің жоғарылатыатынын есте ұстаған жөн. Диспепсиялық бұзылулар, орталық жүйке жүйесінің қозғыштығының жоғарылауы, ұйқының бұзылуы да мүмкін.

- Қант диабетімен ауыратын науқастарға аскорбин қышқылының препараттарын абайлап қолдану керек (ұйқы безінің инсулярлық аппаратына депрессиялық әсер).

- Құрамында аскорбин қышқылы бар препараттарды аминогликозидті антибиотиктермен, сульфаниламидтермен, антикоагулянттармен және глюкокортикостероидтармен бір мезгілде қолдану ұсынылмайды.

- Жалпы сауықтыру шаралар кешенінде маңызды нүктелердің бірі функционалды тамақ өнімдерін - иммунитетті жоғарылату үшін арнайы өнімдерді қолдану болып табылады. Ең тиімдісі - құрамында лакто-және бифидобактериялар бар сүт өнімдері. Ішекті жандандыратын пайдалы бактериялар жанама жұмсақ иммуномодуляциялық әсерге ие. Дәл осы мақсатта рецептсіз пробиотиктер мен пребиотиктер қолданылады [23].

3. Асқазан-ішек жолдарының ауруларына фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

Аскорыту жүйесінің аурулары халықтың барлық топтары арасында кең таралған және әр түрлі жастағы топтарда 18-ден 37%-ге дейін. Диспепсиялық симптомдарға шағымдарды өнеркәсіптік дамыған елдердің 30-40% тұрғындары құрайды. Олар жиі өмір сүру сапасын нашарлататын ауыр диеталарды мәжбүрлеп ұстау, созылмалы сипатқа ие болады. Асқазан-ішек жолдары патологиясының мұндай жоғары жиілігі көптеген себептермен түсіндіріледі, бірінші кезекте, дұрыс тамақтанбау, қолайсыз экологиялық жағдайлар, төмен физикалық белсенділік, дененің иммундық қорғанысының төмендеуі және *Helicobacter pylori* инфекциясының жоғары болуы. Гастроэнтерологиялық науқастар емдік стационарлардағы және емханалардағы амбулаторлық емделушілердің барлығының айтарлықтай пайызын құрайды [24].

Асқазан-ішек жолдарының патологиясындағы негізгі синдромдар - ауырсыну, күйдіру, іш қату, диарея, метеоризм. Бұл синдромдарды рецептсіз дәрі-дәрмектермен, тиісті жағдайларды ескере отырып емдеу, көп жағдайда науқасқа айтарлықтай жеңілдік әкеледі. Асқазан-ішек жолдарының әр түрлі бұзылуларының жоғары жиілігі, пациенттердің кең диапазоны және осы патологияны симптоматикалық емдеуге арналған рецептсіз дәрі-дәрмектердің үнемі кеңеюі фармацевтикалық қамқорлықтың бұл бөлімін провизор үшін өте өзекті етеді [25].

3.1. Фармацевтикалық қамқорлық және іш қатуға кеңес беру

Іш қату (obstipatio) - бұл жеке физиологиялық нормамен салыстырғанда дефекация әрекеттері арасындағы интервалдардың ұлғаюымен (48 сағаттан астам) немесе ішектің жүйелі түрде жеткіліксіз босатылуымен көрінетін ішектің дисфункциясы. Ішектің 2-3 күнде 1 рет жүйелі түрде босатылуы физиологиялық норманың мүмкін нұсқасы болып табылады, сондықтан нәжістің мұндай ұсталуы ағзаға қауіп төндірмейді және іш қату болып табылмайды. Іш қатудан зардап шегетін науқастарда аппетит жиі төмендейді, кекіру, аузынан жағымсыз дәм байқалады. Іштің ауырлық сезімі, толықтығы тән. Көптеген науқастарда терінің өзгеруі байқалады: жер бетінің түсі сияқты бозару, құрғауы, пилингтің жоғарылауы және дерматит. Тырнақтар қабыршақтанады, қайызғақ пайда болады, шаш оңай түсіп, бөлінеді.

Тұрақты интоксикация салдарынан әлсіздік дамиды, бас ауруы, көңіл-күй мен өнімділіктің төмендеуі (ауыр жағдайларда - депрессия), ұйқының бұзылуы, есте сақтау қабілетінің жоғалуына жиі шағымдар. Созылмалы іш қату қайталама энтероколит, геморрой, анальды жарықтардың дамуына ықпал етеді. Олар әдетте дисбиозбен, иммундық жүйенің бұзылуымен, метаболикалық бұзылулармен бірге жүреді. Нәжістің кешігуі қандағы және лимфадағы әр түрлі токсиндердің, соның ішінде канцерогенді заттардың концентрациясының жоғарылауына әкеледі. Іш қату кезінде күшті кернеу жүрек-тамыр жүйесі ауруларының асқынуларын тудыруы мүмкін, әсіресе егде жастағы адамдарда (инсульт, инфаркт, тромбоземболия). Сондықтан созылмалы іш қату міндетті емдеуді қажет етеді.

3.1.1. Іш қатудың ең көп тараған себептері

Іш қату - бұл ішектің өзінде де, басқа органдарда да болатын әр түрлі патологиялық процестердің симптоматы. Іш қатудың себептерін бірнеше топқа бөлуге болады:

- тоқ ішек патологиясы - колит, ішек атониясы, тоқ ішектің спазмы, мегаколон, тоқ ішектің полипозы, тітіркенген ішек синдромы;
- метаболикалық бұзылулар - дегидратация, гипотиреоз, бүйрек үсті безінің гипофункциясы;
- қоректік ерекшеліктері - диетаның күрт өзгеруі, тағамда өсімдік талшығының (диеталық талшықтың) болмауы, диетіде артық май, сұйықтықтың жеткіліксіз мөлшері, тағамда темірдің артық болуы, фолий қышқылының жетіспеушілігі;
- іштің ауыруы - анушта жарықтар, геморрой;
- дәрілік заттарды қолдану - құрамында алюминий тұздары бар антацидтер; антигистаминдер; құрамында кодеин бар препараттар; антихолинергиялық заттар; гипертензияға қарсы препараттар (кальций каналының блокаторлары); темір мен кальций препараттары; антидепрессанттар, антипсихотиктер; психотроптық препараттар және басқа да бірқатар препараттар.

Іш қатуға әсер ететін факторлар:

- дәнекер тінінің жүйелік аурулары (ревматизм, ревматоидты артрит, жүйелі қызыл жегі, склеродермия және т.б.);
- диетіде ақуызды тағамдардың, майлы тағамдардың басым болуы;
- физикалық белсенділіктің болмауы;
- іш жүргізетін дәрілерді ұзақ қолдану;

- клизманы жиі қолдану.

Науқаста іш қату ауруы кезінде міндетті медициналық араласуды қажет ететін күдіктенуге мүмкіндік беретін «қауіпті» белгілері:

- температураның жоғарылауы;
- нәжісте қан іздері;
- іштің қатты ауыруы;
- кенеттен ісіну;
- құсу;
- салмақ жоғалту;
- іш қатудың белгілі бір препаратты қабылдаумен байланысы [26].

3.2. Іш қатуды емдеудің жалпы әдістері

Препаратты ұсынар алдында іш қатудың мүмкін себептерін анықтау қажет. Көбінесе себептерді жою нәжістің қалыпқа келуіне әкеледі. Іш қатуды емдеу іш жүргізетін және тазартатын клизмаларды аз қолдану арқылы ішектің қалыпты жұмысын орнына келтіруге бағытталған. Сондықтан, ішектің жұмысын қалыпқа келтіруге бағытталған препараттарды қолданар алдында нәжісті қалыпқа келтіруге көмектесетін дәрілік емес бірқатар шараларды ұсынған жөн [27].

3.2.1. Емделушілердің ішектің жұмысын қалыпқа келтірудің дәрілік емес әдістері бойынша жалпы ұсыныстар

1. Диеталық талшыққа бай тағамдарды, соның ішінде пектинді, еритін диеталық талшықты (қызылша, алма, қара өрік, сұлы және басқа да дәнді дақылдар, сондай-ақ жапырақты көкөністер, қырыққабат, дәнді нан, кебек) жеу.

2. Жануарлар майын тұтынуды азайту.

3. Қарсы көрсеткіштер болмаған кезде күніне кемінде 8 стакан сұйықтық ішу.

4. Егер темір немесе кальций препараттарын қабылдау қажет болса, витаминді - минералды кешендерді қабылдау.

5. Физикалық белсенділікті арттыру.

6. Нәжісті баяу, тыныш, босаңсытатын ортада орындау.

7. Геморройды немесе анальды жарықтарды емдеу (анальды гигиена, жұмсартқыштар мен кремдерді қолдану).

8. Перистальтиканы ынталандыратын тазартатын клизмалар мен іш жүргізетін дәрілерді теріс пайдаланбау.

Егер физиологиялық дәрілік емес әдістермен ішектің моторлы-эвакуациялық қызметін қалыпқа келтіру шаралары сәтсіз болса, іш қату терапиясына лактивті дәрілер тобынан препараттар енгізіледі.

Іш қату терапиясының табысы үш компоненттен тұрады:

- нәжістің ұсталуына әкелген себептерді анықтау дәрежесі мен жою;
- науқастың өмір салтын, тамақтануды өзгертуге, дәрігер мен фармацевт ұсыныстарын орындауға дайындығы (науқастың емделуін сақтау);

- дәрігер мен фармацевттің әр науқас үшін кешенді, жеке терапия жүргізуге дайындығы.

Тоқ ішектің моторлық қызметінің бұзылуы гипертониялық (ішектің тегіс бұлшықеттерінің тонусының жоғарылауы) және атониялық (ішектің тегіс бұлшықеттерінің тонусының төмендеуі) түрінде мүмкін. Терапевтік шаралар тоқ ішектің қозғалтқыш функциясының бұзылуына байланысты айтарлықтай ерекшеленеді.

Лактивті заттардың әсері ішек шырышты қабығының рецепторларының механикалық немесе химиялық тітіркенуіне негізделген. Іс-әрекеттің негізгі бағытына сәйкес құралдар бөлінеді:

- ішектің моторлық қызметін ынталандыру;
- нәжісті жұмсарту;

- ішек құрамының көлемін ұлғайту.

5 Кесте

Тоқ ішектің моторлық қызметінің басым бұзылыстарына байланысты іш қатудың дифференциалды терапиясы

Емдік белсенділік	Спазымға қатысты іш қату	Атоника қатысты іш қату
Диета	Неғұрлым жұмсақ диета, тек жылы тамақтарды қолдану	Жапырақтары аз, шикі көкөністер мен жемістер, суық тағамдарды қосу
Минералды су	Тамақтан 1 сағат бұрын күніне 2-3 рет газсыз 1-1,5 стакан жылы су	Тамақтанудан 1-1,5 сағат бұрын күніне 2-4 рет 1 стакан суық газдалған су
Нормализация мотор функциясы	1. Спазмолитиктер - галидор, дротаверин, папаверин, феникаберан 2. Холинолитиктер-пирензепин 3. Дофаминолитиктер - сульпирид (догматил, эглонил) және метоклопрамид (раглан, церукал) 4. Нифедипиннің кішкене дозасы 5. Фитотерапия: линден гүлдері, түймедақ, календула, мияжық, орегано шөпі, бальзам, жалбыз, аскөк жемістер, сәбіз	1. Антихолинэстеразалық агенттер - прозерин, галантамин 2. Резерпиннің аз дозалары, α -және β -адреноблокаторлар 3. Шөптік медицина: - адаптогендердің аз дозалары – женьшеньнің тамыры мен жапырағының тұнбалары, родиола, лимонграсс, лейвей, элеутерококк, аралия тамырының сығындылары, заманиха және т.б. - вербена шөптерінің инфузиясы, айланшөп таран, кәдімгі сиякөк
Емдік дене мәдениеті	Релаксация жаттығулары	Іш пен жамбас бұлшықеттерін жаттықтыратын жаттығулар
Физиотерапия	Папаверинмен электрофорез, дибазол, дротаверин, магний тұздары; термиялық процедуралар (диатермия, парафинді қолдану, жылы ванналар және т.	Кальций тұздарының электрофорезі, «Amplipulse» аппараты арқылы тоқ ішектің электрлік стимуляциясы, ішек душы және т.б.

3.3. Лактивті заттардың негізгі топтарының клиникалық және фармацевтикалық сипаттамасы.

1. Судың сіңуін тежейтін және ішек моторикасын жақсартатын құралдар (контактілі ішек жүргізетін дәрілік зат)

Ішек қозғалғыштығының стимуляторлары - лактивті заттардың ең үлкен тобы. Бұл топтың маңызды бөлігі антрагликозидтерді қамтитын шөптік препараттармен ұсынылған.

1.1. Құрамында антрагликозидтер бар препараттар, тоқ ішектің шырышты қабығының хеморецепторларын тітіркендіреді, бұл өз кезегінде перистальтиканы ынталандырады. Олар ішектің бұлшық еттеріне іс жүзінде әсер етпейді, сондықтан олар ас қорыту мен сіңіру процестерін бұзбайды. Бұл топтың іш жүргізетін дәрілері ішке қабылдағаннан кейін 8-12 сағаттан соң әрекет етеді.

1.2. Препараттар - дифенилметан туындылары ішек шырышты қабығымен тікелей байланыс арқылы тоқ ішек қабырғасындағы рецепторларды ынталандырады.

Нәтижесінде тоқ ішекте шырыштың бөлінуі күшейіп, оның перистальтикасы тездеп, күшейе түседі.

1.3. Басқа топтардың синтетикалық препараттары (натрий пикосульфаты) олар тоқ ішекте бактериялық сульфатазалардың әсерінен белсендіріледі, ал алынған зат ішектің шырышты қабығының жүйке ұштарын қоздырады, оның қозғалғыштығын арттырады. Нәрестелерде препарат бактериялық флораның шамалы мөлшеріне және тиісінше сульфатазаларға байланысты тиімсіз.

1.4. Осмостық іш жүргізетін дәрілер - тұзды іш жүргізетін дәрілер бүкіл ішекке әсер етеді. Тұздарда аниондар мен катиондар бар, олар ішектен нашар сіңеді және осмостық қысымды жоғарылатады. Соңғысы ішектен судың реабсорбциясын болдырмайды. Көлемнің ұлғаюы перистальтиканың созылуына және рефлекторлық стимуляциясына, сонымен қатар перистальтиканы күшейтетін аш ішектің шырышты қабығынан бөлінетін холецистокинин мөлшерінің ұлғаюына әкеледі. Тұзды слабительдерді ұзақ қолдану аясында жергілікті тітіркендіргіш әсерге байланысты ішектің шырышты қабатында атрофиялық және қабыну өзгерістері дамуы мүмкін.

Лактулоза - синтетикалық дисахарид, ол жұтылғаннан кейін аш ішектің дисахаридазасымен жойылмайды, аш ішекте сіңірілмейді, тоқ ішекке жетеді, онда бактериялық ыдырау кезінде ол қысқа тізбекті май қышқылдарына (сүт, сірке, пропиондық және бутирлік) бөлінеді, ол тоқ ішектің рН деңгейін төмендетеді және перистальтиканы ынталандырады. Тоқ ішектің қышқылдануы патогенді микрофлораның өліміне және пайдалы көбеюіне әкеледі. Нәжіс көлемінің ұлғаюына байланысты (сұйықтықтың түсуі) ішектің рефлекторлық жиырылуы пайда болады - дефекация актісі физиологиялық жолмен жүреді.

Forlax- ішекке әсер ететін осмостық іш жүргізуші. Ол ішек құрамының көлемінің ұлғаюына және су молекулаларымен қосымша сутектік байланыстардың пайда болуына, оның ішекте люменде сақталуына және жиналуына, жасушаішілік осмостық қысымның жоғарылауына байланысты жұмсартылуына әкеледі. Химиялық құрамы бойынша Forlax макрогол 4000 болып табылады, ол жоғары молекулалық салмағына байланысты асқазан - ішек жолында сіңірілмейді немесе метаболизденбейді.

1.5. Кастор майы аш ішекте липаза арқылы бөлініп, рицинол қышқылы мен глицерин түзеді, ішек рецепторларын тітіркендіреді және оның перистальтикасын рефлективті түрде арттырады. Бұл заттар бір мезгілде су мен электролиттердің сіңуін тежейді, ішектің беткі эпителийінің қызметін бұзады және ішек құрамының көлемінің ұлғаюына ықпал етеді. Кастор майы, жоғарыда аталған әсерлерден басқа, нәжісті жұмсартып, ішінара өзгеріссіз және глицерин түрінде шығарылады. Іш жүргізетін әсер 5-6 сағат ішінде дамиды.

2. Ішек құрамының көлемін ұлғайту құралы - «толтырғыштар»

Ішек құрамының көлемін ұлғайтатын іш жүргізетін дәрілердің үлкен тобына өсімдік талшықтары мен гидрофильді коллоидтар (осмотикалық лактивті заттар) жатады. Олардың іш жүргізетін әсері өсімдік материалдарының жоғары молекулалы полисахаридтерінің сумен байланыстыру әсерінен асқазан-ішек жолында ісінуімен және көлемінің ұлғаюымен ішектің шырышты қабығының рецепторларын тітіркендіріп, оның босатылуына ықпал етуімен байланысты [28].

3. Ішектің шырышты қабатын майлаушы, нәжісті жұмсартатын заттар

Өсімдік майлары нәжістің өтуін механикалық түрде жеңілдетеді және оларды босатуға әкеледі.

Вазелин майы (сұйық парафин) - минералды май, ішекте сіңбейді және ыдырамайды. Ол сұйықтықтың сіңуін азайтады, аш ішекте де, тоқ ішекте де заттардың қозғалысын тездетеді. Ұзақ қолданған кезде майда еритін витаминдердің сіңуі төмендейді. Жұмсартатын іш жүргізетін препараттар негізінен тез әсерге жету қажет болған жағдайда қолданылады, мысалы, улану кезінде, операциядан кейінгі кезеңдегі науқастарда, ішектің диагностикалық тексеруіне дайындық кезінде [29].

**Судың сіңірілуінн тежейтін және ішек престальтикасын күшейтетін құралдар
(контактілі іш жүргізетін дәрілер).**

1.1. Құрамында антрагликозидтер бар препараттар.		
Сауда атауы	Негізгі қажетсіз жанама әсерлер	Қолдану көрсеткіштері
<p>Ксена (таблетки) Сенаде (таблеткалар) <u>Сенадексин</u> (таблеткалар) Сенна жапырақтары инфузиясы 1: 50-1: 30, Регулакс (тамшылар)</p> <p>Қайнатпа 1:50, Шырғанақ сиропы</p>	<p>Ұзақ қолданғанда: тәуелділік; шырышты және бұлшықет қабығының атрофиясы бар колит, ішек атониясы және созылмалы іш қатудың қалыптасуы; меланоз; гепатоуыттылық; тердің, зәрдің, сүттің боялуы (қышқыл ортада - сары, сілтілі ортада - қызыл); гипокалиемия</p>	<p>Созылмалы атоникалық іш қату. Геморрой мен тік ішектің жарықтарындағы дефекацияны жеңілдету, операциялық араласуларға және диагностикалық шараларға дайындық</p>
<p>Бисакодил-Дарница (таблеткалар) <u>Лаксбене</u> (таблеткалар, суппозиторий) Стадалакс (таблеткалар, суспензиялар)</p>	<p>Іштің спастикалық сипаттағы ауруы, артық дозаланғанда - диарея, тері бөртпесі. Ұзақ қолданғанда - простатит. Проктитке, ішек өтімсіздігінде қолдануға тыйым салынады</p>	<p>Әр түрлі генездегі іш қату, метеоризм, операциялық араласуларға және диагностикалық шараларға дайындау</p>
<p>Агиолакс (гранулы) Гутталакс (таблеткалар) Лаксигал (тамшылар) Пиколакс (тамшылар) Регулакс пикосульфаты тамшылар</p>	<p>Жоғары дозада ұзақ қолданғанда дегидратация және электролиттік тенгерімсіздік дамуы мүмкін. Ішек өтімсіздігінде, іштің түсініксіз ауырсынуында қолдануға тыйым салынады.</p>	<p>Іш қату (атоникалықты қоспағанда), сипаты мен тамақтану режимінің өзгеруіне байланысты, иммобилизация, жүрек- қантaмыр жүйесінің ауыр аурулары; операциядан бұрын және кейінгі кезеңде ішек тазарту үшін, акушерлік және гинекологиялық практикада, геморроймен нәжісті жеңілдету</p>
1.4. Осмостық іш жүргізетін дәрілер.		
<p>Ағылшын тұзы</p>	<p>Артық дозаланған жағдайда - орталық жүйке жүйесінің қажуы, седативті, ұйықтататын әсері, жүйке-бұлшықет берілуінің бұзылуы және миокардтың жиырылуы, дегидратация. Қарсы көрсеткіштер: энтероколит «өт жолдары</p>	<p>Тамақ және басқа уланулар, созылмалы гепатит, холецистит, мидың ісінуі, семіздік, ішекті антигельминтикалық терапиямен тазарту</p>

	тас ауруы	
Трускавец табиғи тұзы «Барбара»: натрий сульфат - 22 бөлік, натрий бикарбонаты - 18 бөлік, натрий хлорид - 9 бөлік, калий сульфаты - 1 бөлік	Жүрек айну, диспепсия, ішек коликтері, полиурия. Қарсы көрсеткіштер: магний сульфатын қараңыз	Холециститпен, гиперацидті гастритпен бірге жүретін іш қату
Дюфалак (суспензиялар) Лактувит (сироп) Лактулак (ұнтақтар) Лаксолак (сироп) Нормазе (сироп) Лактулоза (сироп)	Емдеудің алғашқы күндерінде метеоризм. Үлкен дозада жиі қолданғанда - су-электролиттік тепе –теңдіктің бұзылуы. Қарсы көрсеткіштер: ішек өтімсіздігі, галактоземия	Созылмалы іш қату гепатит, бауыр жеткіліксіздігі, бауыр комасы, бауыр энцефалопатиясы, бауыр циррозы, гиперазотемия, сальмонеллез, дисбактериоз
Форлак (ұнтақтар) Фортранс (ұнтақтар)	Жақсы көтеріледі, жанама әсерлері анықталмады	Іш қату, әсіресе егде жастағы қант диабетімен ауыратын адамдарда, гипертония, бүйрек және бауыр жеткіліксіздігі, жүрек-қан тамырлары аурулары
Норгалакс (ректалды гель)	Препаратқа жоғары сезімталдық, өткір кезеңдегі геморрой, анальды жарықтар, геморрагиялық проктит пен колит	Іш қату; тоқ ішектің төменгі бөлімдерін эндоскопиялық зерттеуге дайындау
1.5. Кастор майы.		
Кастор майы	Құсу, орташа спастикалық іштің ауыруы, жатырдың жиырылуы, аш ішектің сіңірілуінің бұзылуы, гипокалиемия. Қарсы көрсеткіштер: майды еритін улармен улану (керосин, бензин, көміртегі тетрахлориді, бензол және т.б.), папоротник сығындысымен бір мезгілде қолдануға болмайды.	Эпизодтық іш қату, рентгенологиялық зерттеуге дайындық, босануды ынталандыру

7 Кесте

Ішек құрамының көлемін ұлғайтуға көмектесетін құралдар - «толтырғыштар»

Сауда атауы	Негізгі қажетсіз жанама әсерлер	Қолдану көрсеткіштері
Нормакол клизма (микрочлизма)	Аллергиялық реакциялар болуы мүмкін. Қарсы көрсеткіштер: жүктілік, ішек өтімсіздігі	Созылмалы атоникалық іш қату әсіресе атеросклероз бар науқастарда

<u>Мукофальк</u> апельсині (гранулар)	Қабылдаудың алғашқы күндерінде метеоризмнің жоғарылауы. Қарсы көрсеткіштер: ішек өтімсіздігі, қант диабеті, 12 жасқа дейінгі балалар	Жалпы іш қату, жүкті әйелдердің іш қатуы, тік ішектің жарылуы, геморрой, тоқ ішектің тітіркену синдромы, Крон ауруы
---	---	---

Монопрепараттардан басқа, араласатын дәрілер фармацевтикалық нарықта кеңінен ұсынылған, бірнеше белсенді заттардың оң әсерін біріктіреді.

8 Кесте

Біріктірілген іш жүргізетін заттардың сипаттамасы.

Препарат	Құрамы	Тәуліктік дозалар	Ескертулер
Агиолакс (гранулы)	5 г тұқым түйіршіктерінде жолжелкен - 2,6 г, жолжелкен тұқымының қабығы - 0,11 г, сенна жемістері - 0,62 г, сахароза	Түнде аш қарынға 1 шай қасық стакан сумен ішіңіз	Ұзақ қолданғанда іш қату, натрий, калий, хлор иондарының жетіспеушілігі, меланоз және аллергиялық реакциялар дамуы мүмкін. Қарсы көрсеткіштер: жедел асқазан-ішек аурулары, ішек өтімсіздігі, бүйрек аурулары, жүктілік, жатырдан және ішектен қан кету
<u>Проктолекс</u> (крем- жакпа майы)	Қаптамадағы түйіршіктерде сенна жапырақтары, жалбыз қабығы, кориандр жемісі, қылқан жапырақты шөп, мия тамыры бар		
Regulax (тамшылар)	Жапырақтардың 1 текшесінде сенна - 0,71 г, сенна - 0,3 г, інжір мен кара өрік еzbесі, сорбин қышқылы, сұйық парафин, пропиленгликоль, хош иісті қоспалар	Аш қарынға 0,5-1 текше (шайнау), түнде	Ангиолакс
Софтовак (ұнтақтар)	Ауызбен енгізуге арналған 5 г ұнтақта, псилий тұқымының сыртқы қабығынан	1-2 шай қасық. (5-10 г), 5 жастан асқан балалар - 0,5-1 шай қасық (2,5-	

	ұнтақ 2 г, сенаның құрғақ сығындысы 0,75 г, кассия жемісінің құрғақ сығындысы 0,5 г, мия тамырының сығындысы 0,25 г, раушан жапырақтары 0,25 г, аскөк жемісі 0,25 г, аскөк майы 0,05 г.	5 г), кешке ұйықтар алдында, 100-200 ішіп мл қайнаған су	
--	--	--	--

3.4. Іш қатуды симптоматикалық емдеуге арналған дәрілерді қолдануға фармацевтикалық қамқорлық (іш жүргізетін заттар)

- Іш жүргізетін препараттарды бос асқазанға тағайындаған жөн.
- Іш жүргізетін препараттарды ұзақ қолданғанда гипокалиемия дамиды, сондықтан іш жүргізетін дәрілерді қабылдауды калий препараттарымен біріктіру ұсынылады.
 - Құрамында антрагликозидтер бар іш жүргізетін дәрілер ішке қабылдағаннан кейін 8-12 сағаттан кейін әрекет етеді, сондықтан оларды кешке, ұйықтар алдында қабылдау ұсынылады.
 - Құрамында антрагликозидтер бар іш жүргізетін дәрілер спастикалық іш қату үшін қолданылмайды, себебі олар тоқ ішекте ауырсыну тудыруы мүмкін.
 - Антрахинон гликозидтері ана сүтіне өтеді, сондықтан емізетін аналарға құрамында препараттарды тағайындауға болмайды.
 - Антрагликозидтер тобынан іш жүргізетін дәрілерді ұзақ уақыт қолдану ұсынылмайды.
 - Зәрдің қышқылдық реакциясы бар антрахинон туындылары тобының іш жүргізгіштері оны қарқынды сары, сілтілі-қызыл түске бояй алады.
 - Натрий пикосульфаты нәрестелерге тиімсіз.
 - Вазелин майын ұзақ қолдану май еритін витаминдердің (А және Д) сіңуін төмендетеді және асқазан-ішек жолында қатерлі ісіктердің даму қаупін арттырады.
 - Лактулозаны балаға, жүкті және бала емізетін әйелдерге беруге болады.
 - Ішектің жедел қабыну аурулары бар емделушілер лактулозаны қабылдауға болмайды.
 - Кастор майы 5-6 сағаттан кейін іш жүргізетін әсер береді.
 - Кастор майын жүкті әйелдерге тағайындауға болмайды.
 - Кастор майы майды еритін улармен уланған жағдайда қарсы болады.
 - Тұз ерітінділері 4-6 сағаттан кейін күшіне енеді.
 - Тұзды іш жүргізетін дәрілер жүктілік кезінде қарсы болады, өйткені қатты перистальтикасы жатырдың жиырылу белсенділігін ынталандыруы мүмкін.
 - Құрамында өсімдік талшықтары бар іш жүргізетін препараттарды қабылдаған кезде күніне кемінде 1,5 литр сұйықтық ішу керек.

4. Теміртапшылықты анемияға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

Қан - дененің маңызды ортасы. Ол көптеген функцияларды орындайды: тыныс алу, тамақтану, экскреция, терморегуляция, су мен электролит балансын қолдау. Фагоциттердің, антиденелердің, биологиялық белсенді заттардың, гормондардың болуына байланысты қанның белгілі қорғаныс және реттеуші функциялары. Ең жиі кездесетін қан ауруы – теміртапшылықты анемия. ДДҰ мәліметтері бойынша, әр түрлі елдердің

халқының жартысынан көбі темір тапшылығымен ауырады. Ол халықтың барлық жас топтарын қамтиды, бірақ көбінесе балалар, жасөспірімдер мен жүкті әйелдерде кездеседі. Көптеген елдерде анемияның алдын алу және емдеу мәселесі әлеуметтік проблемаға айналады. Темір жетіспеушілігі жағдайының болуы науқастардың өмір сүру сапасын төмендетеді, олардың жұмысқа қабілеттілігін бұзады, көптеген органдар мен жүйелердің функционалдық бұзылыстарын тудырады. Темір тапшылығының алдын алу және жою үшін құрамында темір бар препараттардың тұтас тобы табысты қолданылады, олардың ассортименті үздіксіз толықтырылып отырады.

Провизордың оңтайлы препаратты таңдау, оны ұтымды пайдалану шарттары бойынша ұсыныстары темір тапшылығы бар пациенттердің әл-ауқаты мен өмір сүру сапасын едәуір жақсартуға, сондай-ақ "қауіп топтарында" темір тапшылығының дамуының уақытылы алдын алуға ықпал етуге көмектеседі.

4.1. Темір мен оның метаболизмінің адам ағзасындағы рөлі

Ересек адамның денесінде 3-6г. темір бар, жаңа туған нәрестеде 300-400 мг. Алайда, оның құрамы төмен болғанына қарамастан, темір маңыздылығы бойынша бірегей микроэлементтер болып табылады, ол әр түрлі молекулалық жүйелерде ұсынылған: ерітіндідегі кешендерден жасуша мембраналары мен органеллалардағы макромолекулалық ақуыздарға дейін. Атап айтқанда, темір гемоглобиннің, миоглобиннің және құрамында темір бар ферменттердің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады.

Ең алдымен, темірдің рөлі оның тіндердің тыныс алуына белсенді қатысуымен анықталады, бұл кез келген тірі жасушаның тіршілік етуінің ажырамас шарты. Темір - биологиялық тотығу тізбегіндегі электрондардың берілуін қамтамасыз ететін хромопротеидті ақуыздардың бөлігі. Бұл хромопротеидті ақуыздарға цитохромоксидаза, оттегімен тікелей әсер ететін тыныс алу тізбегінің ферменті, сонымен қатар митохондрия мен эндоплазмалық тор қабығында локализацияланған цитохромды компоненттер кіреді. Гемнің құрамында темір гемоглобиннің құрамдас бөліктерінің бірі болып табылады - оттегінің әр түрлі мүшелер мен ұлпалардың жасушаларына байланысын, тасымалдануын және берілуін қамтамасыз ететін эмбебап молекула, сонымен қатар бұлшықет тінінің құрамында миоглобин бар ақуыз. Сонымен қатар, темір жасушалық және молекулалық деңгейде жүретін бірқатар басқа биологиялық маңызды процестерге, атап айтқанда, жасушалардың бөліну процестеріне, ДНК биосинтезіне, коллагенге және иммундық жүйенің әр түрлі бөліктерінің функционалды белсенділігіне қатысады.

Организмдегі темірдің жалпы қорының шамамен 60-65% гемоглобинде, 2,5-4% - сүйек кемігінде, 4-10% - миоглобинде, 0,1-0,5% - құрамында темір бар ферменттерде және 24-26% темір қоймасы түрінде ферритин мен гемосидерин түрінде кездеседі. Темірдің ассимиляциясы – күрделі процесс. Темірдің сіңуі негізінен аш ішектің бастапқы бөлігінде жүреді. Айта кету керек, организмде темір жетіспеушілігі неғұрлым көп болса, оның ішекте сіңу аймағы соғұрлым үлкен болады. Анемия кезінде аш ішектің барлық бөліктері сіңіру процесіне қатысады. Темір ішектің шырышты қабығынан қанға жасушалардың белсенді тасымалдау механизмдері арқылы тасымалданады. Бұл процесс фолий қышқылының қатысуымен шырышты жасушалардың қалыпты құрылымы туралы ғана жүзеге асады. Ішек шырышты қабығының жасушалары арқылы тасымалдау қарапайым диффузиямен де, арнайы тасымалдаушы ақуыздың қатысуымен де жүзеге асады. Бұл ақуыз анемияда қарқынды синтезделеді, бұл темірдің жақсы сіңуін қамтамасыз етеді. Ақуыз темірді бір рет қана тасымалдайды, келесі темір молекулалары жаңа тасымалдаушы ақуыз молекулаларын алып жүреді. Олардың синтезі 4-6 сағатты алады, сондықтан темір препараттарын жиі қабылдау оның сіңуін арттырмайды, бірақ ішекте сіңірілмеген темірдің мөлшерін және жанама әсерлердің қауіпін арттырады.

Темірдің екі түрі бар: гемдік және гемдік емес. Гемдік темір (үш валентті) гемоглобиннің бөлігі болып табылады және ол диетаның аз ғана бөлігінде (ет өнімдері) жақсы сіңеді (20-30%), оның сіңуіне іс жүзінде тағамның басқа компоненттері әсер

етпейді. Гемдік емес темір бос ионды түрде кездеседі – екі валентті (Fe II) немесе үш валентті темір (Fe III). Диеталық темірдің көп бөлігі гемдік емес (негізінен көкөністерде кездеседі) болып табылады. Оның ассимиляциялану дәрежесі гемдікіне қарағанда төмен және көптеген факторларға байланысты. Тағамнан тек екі валентті сіңіріледі, тотықсыздандырғыш қажет, оның рөлін көп жағдайда аскорбин қышқылы (С дәрумені) атқарады.

Темір гемді де, гемсіз де түрде де сіңеді. Күнделікті теңдестірілген диетада шамамен 5-10 мг темір бар (гемді және гемді емес), бірақ 1-2 мг аспайды.

Ішектің шырышты қабығының жасушаларында сіңу процесінде Fe²⁺ темір Fe³⁺-ке айналады және темірді қан түзуші ұлпаларға, темірдің шөгу орындарына тасымалдайтын арнайы тасымалдаушы ақуызға - трансферринге байланысады. Трансферрин бауырда синтезделеді. Ол бауырда сіңірілген темірді, сондай-ақ жойылған эритроциттердің темірін ағзаға қайта қолдану үшін тасымалдауға жауапты. Физиологиялық жағдайда қан плазмасындағы трансферриннің темірмен байланыстыру қабілетінің 30% ғана қолданылады. Темір организмде ферритин (оның көп бөлігі) және гемосидерин ақуыздары түрінде жиналады. Ферритин - ақуыз қабықшасы - апоферритинмен қоршалған темір оксиді/гидроксиді. Ол барлық дерлік жасушаларда кездеседі, құрамында темір бар қосылыстардың синтезі үшін оңай қол жетімді резервті қамтамасыз ету және темірді еритін, ионды емес, улы емес күйінде ұсыну. Ферритинге бай жасушалар-сүйек кемігіндегі эритроциттердің прекурсорлары, макрофагтар мен бауырдың ретикулоэндотелиалды жасушалары. Гемосидерин сүйек кемігі мен көкбауырдың, бауыр жасушаларының макрофагтарында кездеседі. Бұл ферритиннің азайтылған түрі ретінде қарастырылады, онда молекулалар ақуыз қабығының бір бөлігін жоғалтып, бірігіп кетеді. Гемосидериннен темірдің жұмылдырылу жылдамдығы ферритинге қарағанда баяу. Денедегі артық мөлшерде оның үлесі артады, бауырда гемосидерин түрінде жиналады. Организмнің темірді шығару мүмкіндігі шектеулі. Темірдің көп бөлігі ыдырайтын эритроциттерден (тәулігіне 20 мг-нан астам) гемоглобинге қайта енеді. Терінің және ішек жасушаларының десквамациясы кезінде темірдің жалпы жоғалуы тәулігіне шамамен 1 мг құрайды, шамамен 0,4мг - нәжіспен, 0,25 мг - өтпен, 0,1 мг-нан аз - несеппен шығарылады. Бұл шығындар ерлер мен әйелдерге тән. Сонымен қатар, әрбір әйел бір кезеңде 12-79 мг темір жоғалтады. Жүктілік пен лактация кезінде оған күніне қосымша 2,5 мг темір қажет. Темірдің күнделікті тамақ мөлшері 1-3 мг ғана болатынын ескере отырып, осы физиологиялық кезеңдерде әйелдерде темір балансы теріс болады. Нәтижесінде, әйел 42-45 жасында темірдің ауыр жетіспеушілігіне әкеліп соғады [32].

4.2. Темір тапшылықты анемияның себептері.

Темір жетіспеушілігі организмнің темірге қажеттілігі мен оны тұтыну (немесе жоғалту) арасындағы сәйкессіздіктен туындайды. Темір тапшылығының дамуында екі кезеңді ажыратуға болады:

1. Жасырын темір тапшылығы - темір ферритині мен трансферриннің қанығуы төмендейді, гемоглобин деңгейі төмендейді, темір тапшылығының клиникалық белгілері жоқ.

2. Темір тапшылықты анемия (клиникалық түрде анықталған темір тапшылығы) - қан сарысуындағы, сүйек кемігінде және депода темірдің мөлшері төмендейтін ауру; нәтижесінде гемоглобиннің түзілуі бұзылады, гипохромды анемия және тіндерде трофикалық бұзылулар пайда болады.

4.2.1. Ересектердегі темір тапшылығы анемиясының жиі кездесетін себептері

- Қан жоғалту - жатырдың, асқазан-ішек жолдарының (ойық жара, геморрой, ойық жаралы колит), өкпенің (қатерлі ісік, бронхоэктаз) қайталанатын және ұзақ қан кетуі.
- Темірді тұтынудың жоғарылауы - жүктілік, лактация, қарқынды өсу, жыныстық жетілу, созылмалы инфекциялық аурулар, қабыну мен ісіктер.
- Темір сіңіруінің бұзылуы - асқазанның резекциясы, энтерит; темірдің сіңуін төмендететін дәрілерді қабылдау. Тағамнан алынатын темір мөлшерінің төмендеуі.

4.2.2. Балалардағы темір тапшылығы анемиясының жиі кездесетін себептері

Темірге қажеттілік 1кг дене салмағына ересектерге қарағанда әлдеқайда жоғары, себебі баланың денесі темірге гемопоэз процестеріне ғана емес, сонымен қатар тіндердің қарқынды өсуі үшін де қажет. Сонымен, бала өмірдің бірінші жартысында күніне кемінде 6 мг темір (ересек адамның күнделікті қажеттілігінің 60%), екінші жартысында - 10 мг (ересек адам ретінде), жасөспірім кезінде (11-18 жас) - тәулігіне 12 мг қабылдауы керек. Балалар үлкен қажеттілікке байланысты ересектерге қарағанда темір тапшылығынан көп зардап шегеді. Қолда бар мәліметтерге сәйкес, мектепке дейінгі балалардың шамамен 60% және мектеп оқушыларының үштен бір бөлігі темір тапшылықты анемиямен ауырады. Барлық жастағы балаларда темір тапшылығының негізгі себептері:

- ұрықта темірдің жеткіліксіз мөлшері (ерте жүктілік, аналық анемия, жүктіліктің кеш токсикозы);
- жасанды тамақтандыру (1 жасқа дейінгі балаларда);
- жедел және /немесе созылмалы инфекциялық аурулар;
- теңгерімсіз тамақтану - диетадағы темір мөлшері салыстырмалы түрде төмен ұн мен сүт тағамдарының басым болуы;
- ет өнімдерін жеткіліксіз тұтыну;
- қарқынды өсу [33].

4.3. Темір тапшылықты анемияның белгілері

Жасырын темір тапшылығы көбінесе балалық шақта, сондай -ақ жасөспірімдер мен жас әйелдерде кездеседі. Әйелдер бір етеккір қан кетуі кезінде орташа есеппен 15 мг темір жоғалтады, әр жүктілік кезінде, босану кезінде және лактация кезінде - 700-800 мг (1 г дейін) жоғалтады. Темір жетіспеушілігінің алғашқы белгілері:

- әлсіздік, шаршаудың жоғарылауы;
- мазасыздық, концентрацияның болмауы;
- жұмыс қабілеттілігінің төмендеуі;
- психологиялық тұрақсыздық;
- таңертең бас ауруы;
- тәбеттің төмендеуі;
- инфекцияларға сезімталдығының жоғарылауы.

Егер «тәуекел тобында» темір тапшылығының дамуын болдырмау шаралары қабылданбаса, темір тапшылығы бастапқы сатысында өтелмеген кезде темір тапшылығы анемиясы (ТТА) дамиды. ТТА клиникалық көрінісінде бірнеше ерекше симптомдар мен синдромдарды ажыратуға болады.

Темір жетіспеушілігінің тән спецификалық (сидеропениялық) белгілеріне жатады:

- дәмнің бұрмалануы (бор, саз, жұмыртқа қабығы, тіс пастасы, шикі дәнді дақылдар, шикі ет, мұзды қолдану);
- иістің бұрмалануы (дымқыл, әк, керосин, пайдаланылған газдар, ацетон, аяқ киімге арналған лак және т.б. иістерге әуес болу).

Гипоксиялық синдром анемияның жеткілікті дәрежесі бар тіндердің оттегінің ашығуының нәтижесінде пайда болады. Ол келесі белгілерде көрінеді:

- тері мен шырышты қабаттардың бозаруы;
- еріннің көгеруі;
- ентігу;
- тахикардия;
- жүректегі ауырсыну сезімі;
- әлсіздік, үнемі шаршау сезімі;
- эмоционалды тонустың төмендеуі;
- балалардың ақыл -ойының артта қалуы.

Эпителий ұлпасының зақымдану синдромы құрамында темірі бар ферменттер синтезінің төмендеуі және тіндердің метаболизм процестерінің бұзылуы нәтижесінде дамиды. Типтік көріністер:

- терінің құрғауы;
- сынғыштық, шаштың түсуі;
- тырнақтардың сынғыштығы мен тарылуы;
- аяқ пен қол терісінің жарықтары;
- стоматит;
- бұлшықет тонусының төмендеуі, бұлшықет әлсіздігі;
- зәр шығаруды императивті шақыру, күлгенде және түшкіргенде зәрді ұстамау, төсек тартып қалу;
- асқазан мен ішектің зақымдануы - тұрақсыз нәжіс, асқазан секрециясының бұзылуы, науқастардың 50% - атрофиялық гастрит.

Гематологиялық синдром - қанның клиникалық анализіндегі тән өзгерістер. Темір тапшылықты анемияның диагностикалық критерийлері:

- эритроциттер санының $1,5 - 2,0 \times 10^{12}$ / л дейін төмендеуі;
- өмірдің алғашқы 5 жылындағы балаларда гемоглобиннің төмендеуі 110 г/л төмен, 5 жастан асқан балаларда және ересектерде - 120 г/л төмен;
- түс көрсеткіштерінің төмендеуі 0,85 -тен кем [34].

9 Кесте

Әр түрлі жас топтарындағы темір тапшылығы анемиясы жиі кездесетін симптомдарының жиілігі

ТТА белгілері	Жиілік (%)		
	Ересектер	Балалар	Жасөспірімдер
Бұлшықеттің әлсіздігі	97	82	-
Бас ауруы	68	-	21
Есте сақтау қабілетінің төмендеуі	93	-	8
Бас айналу	90	-	30
Қысқа мерзімді естен тану	17	-	3
Артериялық гипотензия	87	22	-
Тахикардия	89	-	-
Жаттығу кезінде ентігу	89	48	51
Жүрек аймағындағы ауырсыну	81	-	-
Гастрит белгілері	78	-	4
Дәмнің бұрмалануы	31	79	-
Бұрмаланған иіс сезімі	14	27	-

4.4. Темір тапшылығының алдын алу шаралары

Темір тапшылығының алдын алудың қажетті профилактикасы - барлық жас топтарының ет өнімдерінің жеткілікті мөлшерімен барабар тамақтануы. Балаларда темір тапшылығының алдын алуды туылғанға дейін бастау керек, ол үшін әйелдерге темір препараттарын жүктіліктің барлық кезеңінде, әсіресе соңғы триместрде қабылдау ұсынылады. Темір тапшылығының алдын алу, әсіресе балаларда, олардың жұқпалы ауруларға шалдығу қаупін азайтуға мүмкіндік береді, баланың психикалық және физикалық тұрғыдан толық дамуына ықпал етеді. Әйелдерге жүктілік кезінде және лактация кезеңінде темір препараттарын қабылдау ұсынылады. Бұл жағдайда темірмен арнайы жасалған мультивитаминді кешендерге артықшылық беріледі.

4.4.1. Темір тапшылықты анемияға арналған рационалды терапия принциптері

Темір жетіспеушілігін, тіпті одан да көп темір тапшылығы анемиясын, темір қоспасыз жою мүмкін емес - тек темірге бай тағамдардан тұратын диетамен емдеуге болады. Дәрілік заттардың темірі тамаққа қарағанда 15-20 есе көп сіңірілуі мүмкін. Темір жетіспеушілік жағдайын емдеуде темірге арналған пероральді препараттарға артықшылық беріледі. Темір препараттарымен емдеу дозаланудан және уытты реакцияларды болдырмау үшін бірнеше күннен кейін оларды көбейте отырып, кішкене дозалардан басталуы керек. Темір жетіспеушілігін түзету үшін ағзаға күніне шамамен 0,5 мг темір/кг дене салмағына беру керек. Әдетте асқазан -ішек жолынан темірдің тек 10% -ы, ал анемия кезінде - темірдің 25%-ы сіңетіндіктен, дене салмағына шамамен 2 мг/кг тағайындау керек, бұл күніне 100-200 мг Fe (II) құрайды ересектерде. Жоғары дозалар мағынасыз (өйткені темірдің сіңуі физиологиялық механизмдермен шектеледі) және тек жанама әсерлерді күшейтеді. Темір препараттарымен емдеуді гемоглобин мен эритроциттердің деңгейі қалыпқа келгеннен кейін тоқтатуға болмайды: ағзада «депо» құру үшін препаратты тағы 1-2 айға жалғастыру керек.

4.5. Темір препараттарын қабылдаған кезде мүмкін болатын жанама әсерлер

Темір препараттарын преоральды қабылдаған кезде бірқатар жанама әсерлер пайда болуы мүмкін:

- асқазан -ішек аурулары: жүрек айнуы, құсу, ішек коликасы, диарея/іш кату;
- тістердің қараюы;
- нәжісте бөлінетін қанның жалған реакция;
- беттің гиперемиясы, қызу (сирек);
- аллергиялық реакция (сирек);
- қан қысымының төмендеуі;
- тахикардия;

Алғашқы екі әсер, әдетте, темір препараттарын қабылдау нәтижесінде пайда болады. Асқазан-ішек жолдарының шырышты қабығына темір иондарының тітіркендіргіш әсерімен байланысты жиі кездесетін диспепсиялық бұзылулар (науқастардың 50% -ында). Асқазан-ішек жолдарынан болатын жанама әсерлердің ауырлығы сіңірілмеген дәрілік заттардың мөлшерімен байланысты екенін атап өткен жөн: препарат жақсы сіңірілсе, жақсы төзімді болады және жанама әсерлер береді.

4.6. Темірмен улану

Ересектерде темірмен улану өте сирек кездеседі. Алайда, көптеген темір препараттарының тартымды формасы болғандықтан, препараттың көп мөлшерін кездейсоқ қабылдаса, балаларда ауыр улану дамуы мүмкін. 2 г-нан артық қабылдау өлімге әкеледі, егер 1-ден аз сағатқа дейін (темір сульфаты) бірнеше сағат ішінде пайда болса, геморрагиялық гастроэнтерит, жүрек айнуымен некроз, қанды құсу, қанды диарея және тамырлы шок дамиды. Өлім тамақ ішкеннен кейін 8-12 сағат ішінде болуы мүмкін.

Уланудан кейін асқазан аймағындағы өткір тыртықтар (пилорлық стеноз) және бауырдың елеулі зақымдануы жиі кездеседі.

10 Кесте

Негізгі тағамдардағы темірдің мөлшері

Өнім	Темір құрамы (мг/100г)	Өнім	Темір құрамы (мг/100г)
Шошқа бауыры	12	Қарақұмық	8
Сиыр бауыры	9	Сұлы жармасы	4
Ет	4	Жарма	2018-05-07 121 2
Балық	0,5-1	Нан	3-4
Тауық жұмыртқасы	2-3	Какао ұнтағы	12
Бұршақ	9	Көкөністер	0,5-1,5
Соя	12		

Емдеуге құсу индукциясы, темір-акуыз кешенін қалыптастыру үшін сүт пен жұмыртқаны қабылдау және аз еритін темір карбонатын қалыптастыру үшін 1% NaHCO₃ ерітіндісімен асқазанды шаю кіреді. Ары қарай 100 мл физиологиялық ерітіндіде 5-10 мг дефероксамин асқазан түтігі арқылы, сондай-ақ бұлшықет ішіне 0,5-1 г немесе егер науқас шокта болса, 15 мг/кг/сағ 3 ұзын инфузия түрінде беріледі. Дефероксамин - темір үшін өте селективті және онымен немқұрайды қосылыстар түзетін әлсіз негіз, олар ішекте сіңбейді және бүйрек арқылы қаннан оңай шығарылады.

4.7. Темір препараттарымен терапияның тиімділігінің

Темір препараттарының тиімділігі зертханалық критерийлер бойынша бағаланады - уақыт бойынша қан анализінің нәтижесі. Емдеудің 5-7-ші күніне ретикулоциттер (жас эритроциттер) саны бастапқы мәліметтермен салыстырғанда 1,5-2 есе артуы керек. Терапияның 7-10 күнінен бастап гемоглобин мөлшері жоғарылайды, 2-4 аптадан кейін түс көрсеткішінің оң динамикасы байқалады. Жақсартудың клиникалық белгілері гемоглобин деңгейін қалыпқа келтірумен салыстырғанда әлдеқайда ертерек (2-3 күннен кейін) пайда болады. Бұл темірдің ферменттерге енуіне байланысты, оның жетіспеушілігі бұлшықет әлсіздігін тудырады.

4.7.1. Ішке қабылдауға арналған темір препараттарының салыстырмалы сипаттамасы

Фармацевтикалық нарығында көптеген темір препараттарының құрамы мен клиникалық және фармацевтикалық қасиеттеріне байланысты топтарға бөлуге болады.

Құрамында екі валентті темір Fe (II) бар препараттар: темір сульфаты, темір fumarаты, темір хлориді, темір глюконаты. Әр түрлі препараттар құрамында темірдің әр түрлі мөлшері бар, олардың ассимиляциялану қабілеті бірдей емес: темір сульфатында 12-16%, темір лактатында 7-9%, темір хлоридінде 5-6%, темір fumarатында 14-16%., 20-22% - темір глюконатында.

11 Кесте

Ішкі қолдануға арналған құрамында темірі бар препараттардың салыстырмалы сипаттамасы

Сауда атауы	Дәрілік форманың құрамы	Шығару формасы
Эквивалентті темір препараттары		

Құрамында темір сульфаты бар препараттар		
<u>Ферровит</u>	Темір сульфаты	Таблеткалар, тамшылар
Құрамында темір хлориді бар препараттар		
Гемофер	Темір хлориді	Ішкі қолдануға арналған ерітінді
Құрамында темір фумараты бар препараттар		
Хеферол	Темір фумарат	Капсулалар
Құрамында темір глюконаты бар препараттар		
Ферронал	Темір глюконаты	Таблеткалар
Темір оксиді сахараты ерітіндісі (темір шарап)	Темір сахараты рафинделген қант	Ішкі қолдануға арналған ерітінді
Құрамында қара темір бар күрделі препараттар		
<u>Актиферрин-тева</u>	Темір (II) сульфаты D, L -серин	Капсулалар
	Темір (II) сульфаты D, L -серин	Тамшылар
	Темір (II) сульфаты D, L -серин	Сироп
Гино-Тардиферон	Темір (II) сульфаты Фолий қышқылы Аскорбин қышқылы Мукопротеоза	Драже
Сорбифер Дурулес	Темір (II) сульфаты Аскорбин қышқылы	Қапталған таблеткалар
Тардиферон	Темір (II) сульфаты Аскорбин қышқылы Мукопротеоза	Таблеткалар депосы
Фенотек	Темір (II) сульфаты Аскорбин қышқылы Рибофлавин Тиамин моноксиді Никотинамид Пиридоксин гидрохлориді Кальций пантотенаты	Капсулалар
Ферроплекс	Темір (II) сульфаты Аскорбин қышқылы	Драже
<u>Глобирон-Н.</u>	Темір (Fe) фурамат Цианокобаламин Фолий қышқылы Пиридоксин гидрохлориді	Капсулалар

	Натрий докузаты	
Ранферон	Темір (Fe) фумараты Фолий қышқылы Цианокобаламин Аскорбин қышқылы Мырыш сульфаты	Капсулалар
<u>Тотема ерітінді</u>	Темір (II) глюконат Марганец глюконаты Мыс глюконаты	Ішкі қолдануға арналған ерітінді
Фенюльс	Темір сульфаты Тиамин монокитраты Рибофлавин Аскорбин қышқылы Никотинамид Кальций пантотенаты Пиридоксин гидрохлориді	Капсулалар
Үшвалентті темір препараттары		
Глобиген	Темір (III) полималтоза комплексі түрінде Фолий қышқылы Цианокобаламин Натрий селениті Токоферол Мырыш сульфаты моногидраты Темір (III) полималтоза комплексі түрінде	Капсулалар
		Сироп
	Темір (III) гидроксид- полималтоза комплексі түрінде	Сироп
Фенюльс Бэби	Темір (III) гидроксид- полималтоза комплексі түрінде	Тамшылар
<u>Мальтофер</u>	Темір (III) гидроксид- полималтоза комплексі түрінде	Тамшылар
	Темір (III) гидроксид- полималтоза комплексі түрінде	Сироп
	Темір (III) гидроксид- полималтоза комплексі түрінде	Таблеткалар
Феррамин-Вита <u>Феррамин</u>	Темір (III) аспарагинаты (Fe (III) тұрғысынан)	Таблеткалар
	Рибофлавин	
	Никотинамид	
	Фолий қышқылы	
	Цианокобаламин	
Ферростат	Темір (III) карбокси - метилцеллюлоза	Таблеткалар

Феррум Лек	Темір (III) гидроксид- полимальтоза комплексі түрінде	Сироп
	Темір (III) гидроксид- полимальтоза комплексі түрінде	Таблеткалар
Құрамында темір бар поливитаминді препараттар		
Витрум	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
Витрум центури	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
Темір қосылған цинк	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
<u>Джуниор Витрум</u>	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
Босануға дейінгі Витрум	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
Витрум пренатальды форте	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
Витрум энергиясы	Темір	Пленкамен қапталған таблеткалар
Мультивитаминдер мен минералдар	Темір сульфаты	Таблеткалар
<u>Витрум кидс-бэби</u>	Темір	Шайнауға арналған таблеткалар.

Fe(II) кешенді препараттарының құрамында мукопротеаз бар, ол асқазан -ішек жолдарының шырышты қабығының темір иондарымен тітіркенуін болдырмайды, темір иондарының баяу шығарылуына ықпал етеді, оның биожетімділігін арттырады және төзімділікті жақсартады.

Темір препараттарының бірқатар жалпы кемшіліктері бар: олар науқастарда тіс пен қызыл иектің қараюын, диспепсиялық симптомдарды (жүрек айнуы, құсу, эпигастрий аймағындағы ауырсыну, іш қату немесе диарея), есекжем тәрізді аллергиялық реакцияларды тудыруы мүмкін. Fe(II) препараттарының артық дозалануы жағдайында, әсіресе балаларда, бос радикалдың тотығу процестерінің активтенуімен және белсенді радикалдардың гиперпродукциясымен байланысты ауыр енгізу жағдайлары мүмкін. Бұл организмдегі метаболикалық және функционалды жинақталуға әкеледі, ең алдымен жүрек-қантaмыр жүйесіне.

4.8. Құрамында темір Fe(III) бар препараттар.

Темір асқазан-ішек жолында іс жүзінде сіңбейді. Алайда бірқатар аминқышқылдары бар мальтоза бар Fe(III) күрделі органикалық қосылыстары Fe(III) қарағанда айтарлықтай аз ұйытты, бірақ тиімділігі одан кем емес. Аминқышқылдарына Fe (III) иммобилизациясы оның асқазан-ішек жолындағы гидролизге төзімділігін және препараттың баяу шығарылуына және оның толық сіңуіне, сондай-ақ диспепсиялық құбылыстардың болмауына байланысты жоғары биожетімділігін қамтамасыз етеді. Құрамында темір иондарымен бірге эритропозге ықпал ететін қосымша заттар бар көп

компонентті препараттарды бөлу ұтымды (В тобының витаминдері: В6, В9, В12); темірдің сіңуін ынталандыру (аскорбин қышқылы, сукцин қышқылы, амин қышқылдары); құрамында темір бар мультивитаминді препараттар.

4.8.1. Темір препараттарын пероральді фармацевтикалық қамқорлық

Темір препараттарымен емдеу дәрігердің бақылауымен ұсынылады.

Темір препараттарымен емдеу жалпы қан анализін мезгіл-мезгіл тексерумен жүргізілуі керек.

Балалар үшін темір препараттары педиатрмен кеңескеннен кейін ұсынылады.

Темір тапшылықты анемияны негізінен ішкі қолдануға арналған препараттармен емдеу керек (Fe (II)).

Темір препараттарын қолдану мәзірге ет тағамдарын міндетті түрде енгізе отырып, диетаны оңтайландырумен біріктірілуі керек.

Балаларға темір препараттарын, қабыну процестерінің (ЖРВИ, тонзиллит, пневмония және т.б.) фонында тағайындау керек, себебі бұл жағдайда темір, инфекция ошағында жиналады және тағайындалуы бойынша қолданылмайды.

Аскорбин қышқылының күрделі темір препараттарына қосылуы темірдің сіңуін жақсартады (антиоксидант ретінде аскорбин қышқылы асқазан-ішек жолында сіңірілмейтін Fe(II) және Fe(III) иондарының конверсиясын болдырмайды) және төмендетуге мүмкіндік береді. Темірдің сіңуі фруктоза, сукцин қышқылының қатысуымен де жоғарылайды. Темірмен бірге құрамында мыс, кобальт, фолий қышқылы, В12 витамині немесе бауыр сығындысы бар аралас препараттарды қабылдау темір терапиясының тиімділігін бақылауды қиындатады (бұл заттардың қан түзу белсенділігіне байланысты)

Жүктілік кезінде құрамында темір бар мультивитаминді препараттарды профилактикалық қабылдау (Pregnavit, Pre-Natal, Oligovit және т.б.) керек.

Темірмен сіңірілмейтін комплекстер түзетін дәрілерді (тетрациклиндер, хлорамфеникол, кальций препараттары, антацидтер) бір мезгілде тағайындауға болмайды.

Темір иондары фитин (күріш, соя ұны), танин (шай, кофе), фосфаттар (балық, теңіз өнімдері) сияқты тағамдық компоненттері бар, сіңбейтін, содан кейін нәжіспен шығарылатын ерімейтін тұздар түзеді.

Темір фосфаттармен кешендер түзетіндіктен, балаларда жоғары дозада фосфаттардың сіңуін төмендетуге болады, бұл рахитке әкеледі.

Тамақтанудан 30-40 минут бұрын темір препараттарын қабылдау ұтымды, бұл жақсы сіңуіне ықпал етеді. Сонымен қатар, бұл режимде асқазанның шырышты қабығына тітіркендіргіш әсер ету симптомдары ықтимал.

5. Мазасыздық жағдайында фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

Қазіргі өмірдің қарқыны, ақпараттық технологиялардың қарқынды дамуы, көбінесе қолайсыз әлеуметтік жағдай адамның жүйке жүйесіне, оның психикалық денсаулығына қатты әсер етеді. Жүйке кернеуінің жоғарылауы жағдайында мұғалімдер, дәрігерлер, жұмысшылар, қызмет көрсету салалары және т.б. жұмыс істейді. Стресс, невроз - бұл диагноздар жиі кездеседі. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлемнің әр түрлі елдерінің тұрғындарының кем дегенде 10-30%-ті күйзеліске ұшырайды. Стресс сөзсіз, еңбекке қабілеттіліктің, еңбек белсенділігінің төмендеуіне, өмір сапасының нашарлауына және әлеуметтік бейімделмеуге әкеледі. Стресстің адамға әсер етуінің тән көріністерінің бірі – негізсіз уайымдау, толқу, мазасыздық. Эмоционалды қозғыштық, мазасыздық белгілері бар емделушілерге дәріхана қызметкерінің ерекше мұқият, нәзік қарым-қатынасы қажет.

Мазасыздық, толқу, алаңдаушылық - жағымсыз нәрсені күтудің, белгісіз және жақындап келе жатқан қауіптің обсессивті сезімі. Қорқыныштан айырмашылығы, мазасыздықтың нақты көзі жоқ, ол «белгісізден қорқу». Психологтар алаңдаушылықты күй ретінде және мазасыздықты жеке қасиет ретінде ажыратады. Мазасыздық бәрімізге тән. Белгілі бір мазасыздық деңгейі адамның эмоционалды, интеллектуалды және ерікті

ресурстарын жұмылдыру үшін қажет. Мазасыздықтың бұл оптимумы әркім үшін әр түрлі, адамның жеке қасиеттеріне байланысты. Ұзақ уақытқа созылатын мазасыздық көңіл-күйдің төмендеуімен, сүйікті кәсіпке қызығушылықтың жоғалуымен, басқаларға агрессивтілікпен бірге жүреді. Мазасыздықтың жиі серігі - бас ауруы, жүрек қағуы, тәбеттің бұзылуы, ұйқының бұзылуы, өмір сүру сапасына айтарлықтай әсер етеді. Тиісті дәрі-дәрмектерсіз және/немесе дәрілік емес түзетулерсіз мазасыздық невроздың алғашқы хабаршысы бола алады, сондықтан оны емдеуге барлық мүмкін болатын мүмкіндіктерді пайдалану қажет.

5.1. Мазасыздықтың жиі кездесетін себептері

Көбінесе бұл бұзылулар алаңдаушылық тудыратын немесе белгісіздікпен жүретін жұмыс немесе күнделікті мәселелерге негізделген: отбасы мен достарының денсаулық жағдайы; жұмыстағы немесе отбасындағы қиындықтар, өмірлік маңызды мәселелердің шешімін күту, маңызды оқиғаларды күту (емтихандар, отбасылық жағдайдың өзгеруі, жұмыс орнының өзгеруі және т.б.) [35].

Кейбір жағдайларда мазасыздықтың жоғарылауы соматикалық аурулардың бірінің көрінісі болып табылады. Бұл аурулардың ішінде ең көп тарағандары:

- Қалқанша безінің белсенділігінің жоғарылауы (тиреотоксикоз);
- стенокардия (коронарлық тамырларда қан айналымының бұзылуы);
- қандағы глюкоза деңгейін төмендету (гипогликемия);
- бүйрек үсті бездері шығаратын артық гормондар;
- абстинция синдромы - никотиннен, алкогольден, ұйықтататын таблеткадан, есірткіден бас тарту;
- препараттардың жанама әсерлері.

Мазасыздықтың жоғарылауы ауыр психикалық аурудың белгілері болуы мүмкін - шизофрения, маниакальды -депрессивті психоз [36].

5.1.1. Балалардағы мазасыздықтың жиі кездесетін себептері

Балаларда мазасыздықтың себебі әрдайым дерлік ішкі жанжал, өзімен келіспеушілік болып табылады. Сонымен бірге мазасыздық алаңдаумен, ашушаң мінез - құлықпен, басқаларға дөрекілікпен немесе керісінше - толық апатиямен, немқұрайлылықпен, кез келген ұмтылыстардан бас тарту арқылы көрінуі мүмкін. Мазасыздық баланың жеке қасиетіне айналмауы маңызды. Мұндай адамдар үнемі өзіне және өз шешімдеріне сенімді емес, үнемі қиындықты күтетін, эмоционалды тұрақсыз, күдікті, сенімсіз, қыңыр және ашуланшақ болады. Бұл қазірдің өзінде дамып келе жатқан невроздың хабарлаушылары. Балалардағы патологиялық мазасыздықтың дамуына мыналар ықпал етеді:

- жақын адамдар тарапынан эмоционалды салқындық;
- баланың мүмкіндіктері мен ұмтылыстарына сәйкес келмейтін ересектер тарапынан шамадан тыс талаптар;
- әр түрлі адамдардан туындайтын балаға қарама -қайшы талаптар.

Тәжірибе көрсеткендей, балаларда мазасыздық жағдайын медициналық түзетусіз жасауға болады, бірақ ата-аналардың көпшілігі есірткіге сенеді.

Дәрі-дәрмектер, олар көбінесе мазасыздықтың жоғарылауымен, эмоционалды қозғыштықпен бірге жүруі мүмкін:

- симпатомиметиктер (оның ішінде бронх демікпесін емдеуге арналған препараттар, ринит емдеуге арналған вазоконстрикторлы препараттар, суық белгілерін жеңілдетуге арналған күрделі препараттар);
- Қалқанша безінің гормондық препараттары;
- Жалпы тоник дәрілер (женьшень тұнбасы, лимонграс және т.б.) - дозаланғанда;

- ұзақ уақыт қолданғанда құрамында көп мөлшерде кофеин бар препараттар [37].

5.1.2. Мазасыздықтың жоғарылауымен «қауіпті» белгілері.

Егер кез келген қиын өмірлік жағдайдың аясында алаңдаушылық сезіліп, мазасыздық симптомымен бірге жүретін ауыр ауруды жіберіп алмау өте маңызды. Мұндай аурудың белгілері болуы мүмкін:

- қолға, мойынға, жаққа (әсіресе дененің сол жағына) тарайтын кеуде ауыруы;
- біркелкі емес немесе жылдам жүрек соғысы;
- енгігу, тез немесе қиын тыныс алу;
- жоғарғы қан қысымы;
- мазасыздық жүрек айну, құсу, нәжістің бұзылуы, салмақ жоғалтуымен бірге жүреді;
- мазасыздық жылу сезімімен, тершеңдікпен, құрғақ аузымен жүреді;
- аш қарынға немесе жаттығудан кейін мазасыздық пайда болады (қант диабетінде жиі байқалады);
- есірткі қабылдау немесе оны тоқтату аясында мазасыздық пайда болады;
- мазасыздық дүрбелеңмен, қорқынышпен бірге жүреді.

5.2. Мазасыздық симптомдары бар емделушілерді емдеу бағыты

Тұрақты мазасыздық және онымен байланысты жағымсыз эмоциялар денсаулыққа айтарлықтай әсер етуі мүмкін. Мазасыздық белгілерін емдеу физикалық, психикалық және эмоционалды әсерлерді біріктіреді. Ең алдымен, науқас қазіргі жағдайды талдап, мазасыздықтың көзін табуы керек. Демалудың (релаксация) қарапайым әдісін үйрену өте пайдалы, ең қарапайымының бірі - терең тыныс алу. Дұрыс тамақтану мен тәулігіне 7-8 сағат ұйықтау маңызды.

Балада мазасыздық пайда болған кезде, оның өзін-өзі бағалауын жоғарылату, мүмкіндігінше жиі мадақтау, махаббаттың көрінісін үнемдеу және оған бастамашылыққа толық еркіндік беру қажет.

Көп жағдайда бұл шаралар рецептсіз седативті препараттармен бірге қолдану жеткілікті.

Неғұрлым күрделі жағдайларда дәрігермен кеңесу қажет [38].

5.2.1. Мазасыздықты жоғарылату үшін қолданылатын дәрілер және оларды ұтымды қолдану шарттары

Шөптік препараттар мазасыздықтың симптоматикалық емінде кеңінен қолданылады. Мазасыздығы бар, эмоционалды қозғыштығы жоғарылаған көптеген адамдар оларды емдеуге қолданғанды жөн көреді. Жеңіл симптомдар жағдайында бұл толық көмектесе алуы мүмкін. Тірі жасушада пайда болған өсімдіктердің белсенді заттар кешені адам ағзасына оқшауланған химиялық таза белсенді затқа қарағанда жақынырақ болады, ассимиляцияға оңай және жанама әсерлерді аз береді деген пікір бар.

Фитопрепараттарды қолданудың күрделілігі өсімдіктердің әрқайсысында әмбебап белсенділігі бар бірқатар биологиялық белсенді заттардың болуына байланысты. Осыған орай жекелеген дәрілік өсімдіктерді де, кейбір жағдайларда 15-20 дәрілік өсімдіктерді қамтитын арнайы дәрілік препараттарды дұрыс таңдау мен қолдану өте маңызды. Шөптік препараттармен синтетикалық заттарды қолданумен жиі болатын ықтимал жанама әсерлерді ескеру өте маңызды.

Дәрілік валериана.

Оған негізделген препараттар (инфузиялар, тұнбалар, сығындылар, сондай-ақ басқа да күрделі агенттермен араласқан қоспалар) орталық жүйке жүйесінің қозғыштығын төмендетеді, нәтижесінде олар седативті заттар ретінде кеңінен қолданылады. Валериана препараттарының жүйке жүйесінің орталық бөліктерінде рефлекторлық қозуды

төмендететіні және мидың кортикальды және субкортикалық құрылымдарының нейрондарындағы ингибиторлық процестерді күшейтетіні дәлелденді. Валерианның тыныштандыратын әсері әсіресе жүйке қозуымен айқын көрінеді. Валериандық препараттар жеке төзбеушілік жағдайында тағайындалмайды.

Пассифлора.

Седативті әсер етеді, оның әсері бромидтердің әсерінен күшті және сонымен бірге оянған кезде денсаулыққа жағымсыз ауыр жағдай туғызбайды. Пассифлора алкоголь мен есірткіні тоқтатуына байланысты жүйке қозуын керемет түрде жояды. Пассифлора препараттары стенокардияда, ауыр атеросклерозда тағайындалмайды.

Пион.

Ол орталық жүйке жүйесіне тыныштандыратын әсер етеді, қозуды, мазасыздықты, стресстің әсерін жақсы жояды және ұйқы кезінде күш-қуатты қалпына келтіруге көмектеседі.

Ол тамырлы тонның бұзылуына (вегето-тамырлық дистония), ұйқысыздыққа, невротикалық сипатқа, климактериялық невроздарға көрсетілген. Жеке төзбеушілік жағдайында тағайындалмайды.

Жалбыз.

Жалбыз құрамында жүрек пен мидың қан тамырларын кеңейтетін (рефлекторлық әрекет), сондай-ақ невроздармен, ұйқысыздықпен, қозғыштықтың жоғарылауымен тыныштандыратын әсер ететін ментол бар. Жалбыз тыныштандырумен қатар холеретикалық және спазмолитикалық қасиетке ие. Лимон жалбызы (мелисса) да осындай әсерге ие. Жалбыз - Валидол, Зеленин тамшылары сияқты препараттарды өндірудің таптырмайтын компоненті.

Препараттар жеке төзімсіздік жағдайында тағайындалмайды.

Долана.

Долана препараттары орталық жүйке жүйесінің қозғыштығын төмендетеді (жалпы депрессиялық әсер етпестен), жүрек бұлшықетіне тоникті әсер етеді, жүрек пен ми тамырларында қан айналымын жақсартады, тахикардия мен аритмия құбылыстарын азайтады, жүрек аймағы, ұйқыны жақсартады, қан айналымының жалпы жағдайы, тахикардия, жоғары қан қысымы, тамырлы атеросклероз, ұйқысыздық, қалқанша без қызметінің жоғарылауы, климактериялық бұзылулар, жағымсыз сезімді жеңілдетеді.

Долана гүлдерінен алынған тұнбалар долана жемістерінен жасалған препараттарға қарағанда тиімдірек.

Кәдімгі құлмар (хмель). Бұл шөпті көпжылдықтың құндылығы оны сыра қайнату өнеркәсібі үшін шикізат ретінде қолданумен шектелмейді. Құлмақ конусы препараттарының нейротропты әсері олардың құрамында лупулиннің болуымен байланысты, ол орталық жүйке жүйесіне тыныштандыратын әсер етеді. Педиатрияда жасына және белгілеріне байланысты күніне 3-15 тамшыдан (аздап сұйықтықпен тамақтанар алдында) қолдануға болады.

Құлмақ майы (басқа компоненттермен бірге) Валокордин, Корвалдин, Валоседан препараттарының құрамына кіреді.

Бромидтер.

Бром тұздарының (бромидтердің) негізгі әсері ми қыртысының тежелу процестерінің жоғарылауымен байланысты. Бромидтердің әсері көп жағдайда жүйке жүйесінің түріне және оның функционалдық жағдайына байланысты: жоғары жүйке қызметінің күшті түрі бар адамдарда, әлсіз типті адамдарға қарағанда, сол әсерді алу үшін үлкен дозалар қажет. Бромидтердің айқын әсері ауыр эмоционалды тұрақсыздықта, невроздарда көрінеді.

Бром тұздары денеден ұзақ уақыт шығарылады - қандағы бром құрамының 50% -ке төмендеуі 12 күн ішінде болады, ал бром іздері қанда бір айдан кейін немесе одан да көп уақыт ішінде кездеседі.

Организмнен баяу шығарылуына байланысты бромидтер жинақталады және созылмалы улануды тудыруы мүмкін - бромизм. Бромизм феномені жалпы летаргиямен, апатиямен, есте сақтаудың бұзылуымен көрінеді. Бромның шырышты қабыққа тітіркендіргіш әсер етуіне байланысты бромизмнің алғашқы көріністерінің бірі суыққа ұқсас белгілер болуы мүмкін: ринит, конъюнктивит, жөтел, сондай-ақ диарея, тері бөртпелері.

Бром тұздары (натрий бромиді мен калий бромиді) көптеген күрделі седативті препараттардың құрамына кіреді (Адонис-бром, Валокармид).

Гомеопатиялық препараттар.

Соңғы жылдары гомеопатияға көбірек көңіл бөлінуде. Мазасыздықтың, стресстің, ұйқысыздықтың, ашуланшақтықтың жоғарылауында арналған рецептсіз гомеопатиялық құралдардың ішінде көбінесе Сноверин, Шалун, Нервогран және т.б. қолданылады. Оларды педиатрияда қолдануға болады (Сноверин - 6 жасқа дейін де, одан кейін де; Шалун - 5 жылдан кейін). Препараттар күндізгі ұйқысыздықты, қозғалыстарды үйлестіруді бұзуды, тәуелділікті тудырмайды.

Гомеопатиялық препараттарды қолданған кезде олардың басқа дәрілермен үйлесетінін ұмытпау керек. Дегенмен, фитопрепараттарды қолдану (әсіресе жалбыз), темекі шегу, алкогольді қолдану олардың емдік әсерін әлсіретеді.

Транквилизаторлар.

Транквилизаторлар немесе анксиолитиктер (диазепам, нитразепам, *тазепам* және т.б.) шөптік препараттар мен бромидтерге қарағанда орталық жүйке жүйесіне айқын әсер етеді. Олар ішкі шиеленісті азайтады, мазасыздық, уайымшылдық, қорқыныш сезімдерін жояды. Эмоционалды стрессті төмендету арқылы ол ұйқыны жақсартады.

Бұл дәрі -дәрмектерге тәуелділіктің мүмкін болуына байланысты, психикалық тәуелділіктің дамуы, оларды дәрігер тағайындайды және арнайы бланкілерде жазылған рецепт бойынша қатаң түрде таратылады.

Орташа бұзылулар кезінде рецептсіз беруге болатын мебикарды күндізгі транквилизаторды қолдануға болады. Орташа тыныштандыратын әрекетке ие. Оның ұйықтататын әсері жоқ, бірақ ол ұйықтататын дәрілердің әсерін күшейтеді және оның бұзылуы жағдайында ұйқының ағынын жақсартады. Мибикар тітіркену, эмоционалды қозу, мазасыздық, қорқыныш белгілерімен пайда болатын невроздар мен неврозға ұқсас жағдайларда қолданылады [39].

5.3. Седативті дәрілер қолданудағы фармацевтикалық қамқорлық

- Бірқатар жағдайларда құрамында алкоголь бар тұнбаларды орынсыз қолдану (жас балалар, жүкті әйелдер, алкогольге тәуелділіктен емізетін адамдар және т.б.) - алкоголь белсенді заттардың әсерінің ауырлығына да, науқастың реакциясына да әсер етуі мүмкін.
- Барлық седативтер ұйықтататын препараттардың әсерін күшейтеді және жоғары дозада қабылдаған кезде өздері ұйықтататын қасиетке ие болуы мүмкін [40].
- Ұйықтар алдында седативтерді қабылдау ұйқысыздық кезінде ұйықтауға көмектеседі.
- Седативтер анальгетиктердің әсерін күшейте алады, әсіресе эмоционалды қозуы бар адамдарда.
- Седативті препараттар жүйелі түрде ұзақ қолданғанда (2-3 апта немесе одан да көп) жақсы әсер көрсетеді.
- Дәрілік өсімдіктердің тұнбалары салқын, қараңғы жерде сақталуы керек.
- Адонис бромды 2-4 сағаттан кейін күшіне енеді.
- Адонис -бромды қабылдаған кезде калийге бай диетаны ұстану керек – езілген картоп, кептірілген өрік, мейіз және т.б.

- *Адонис бром* мен *Бромкамфора* седативті әсерімен қатар жүрек қызметін жақсартады, сондықтан оны жүрек -қантамыр жүйесі аурулары бар адамдарға әсіресе көрсетеді [41].

- Бромкамфорды тамақтан кейін қабылдау керек - аш қарынға қабылдаған кезде асқазан ауыруы мүмкін.

- Бром тұздары организмнен баяу шығарылады, жиналып бромизм құбылысын тудыруы мүмкін.

- Бромизмнің алғашқы көріністерінде препаратты дереу тоқтату керек! Натрий хлориді - бұл антидот.

- Валериандық препараттар ұйықтататын таблеткалардың әсерін күшейтеді.

- Валериандық препараттар холеретикалық әсерге ие, асқазан-ішек жолдарының бездерінің секрециясын ынталандырады.

- Кішкентай балаларды емдеуде валериан тамырының инфузиясы жиі қолданылады.

- Балаларға валерианның сұйық препараттары тағайындалады - баланың жасына қарай тағайындалады.

- Валериан сығындысы таблеткалары қолдануға ыңғайлы, бірақ тұнбаның айқын әсері бар.

- Жолжелкен сығындысы жүктілік кезінде тағайындалмайды.

- Новопассит қабылдаған кезде назар аударуды қажет ететін әрекеттерден бас тарту керек (автокөлікті басқару және т.б.).

Провизордың мазасыздық жағдайын симптоматикалық емдеуге арналған ұсыныстары мұндай науқастардың әл-ауқатын едәуір жақсартып, олардың өмір сапасын жақсарта алады [42].

6. Астения (астениялық синдром)

Шаршаудың жоғарылауы, әлсіздік, енжарлық, апатия, депрессиялық көңіл-күй - бұл өткір және созылмалы аурулардың көпшілігінің белгілері, олардың белгілері біршама айқын және дәрігердің тиісті тексеруі кезінде диагноз қоюға болады. Көбінесе бұл жалпы әлсіздік белгілері дамып келе жатқан аурудың алғашқы белгілеріне айналады (мысалы, вирусты гепатит, темір тапшылығы анемиясы, неврастения, нейроциркуляторлық дистония және т.б.). «Себепсіз» шаршаудың, әлсіздіктің созылмалы белгілерімен науқас дәрігерге қаралуы тиіс.

Сонымен қатар, пациенттердің көпшілігінде жалпы бұзылу (шаршаудың жоғарылауы, әлсіздік, енжарлық, апатия) негізгі шағымдар болып табылады. Мұндай адамдарды мұқият медициналық тексеруден өткізе отырып, бұл шағымдардың дамуына себеп болатын ауруды анықтау мүмкін емес.

Шаршау, әлсіздік, көңіл-күйдің төмендеуі және қоршаған ортаға қызығушылық көбінесе дұрыс емес өмір салтымен бірге жүретін шамадан тыс жұмыстың нәтижесі болып табылады. Бұл белгілер әр түрлі аурулардағы астеникалық синдромның көріністері болуы мүмкін, сонымен қатар невроздың бір көрінісі, атап айтқанда оның бір түрі - неврастения.

Астения (астениялық синдром) - жалпы әлсіздік, шаршау мен әсерленудің жоғарылауымен, көңіл-күйдің тұрақсыздығымен және жеткілікті мотивациясыз тұрақты мазасыздық сезімімен, шаршау сезімімен және әдеттегі жұмыс түрлерін орындауда қиындықтармен сипатталатын симптомдық кешен. Астенияның белгілері жаттығудың кез келген түрінің ұзақтығы жоғарылаған сайын артады (әдетте кешке қарай), ал демалу мен ұйқы күш пен сауықтыру сезімін бермейді. Астенияға жүйке жүйесінің аурулары, мидың қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуы, метаболикалық аурулар, бұрынғы инфекциялық аурулар, витамин жетіспеушілігі, ішкі ағзалардың созылмалы аурулары, созылмалы интоксикация (алкогольдік интоксикацияны қоса) себеп болуы мүмкін.

6.1. Астеникалық синдромның дамуына әсер ететін факторлар

- Шамадан тыс физикалық, психикалық немесе психикалық стресс.
- Жұмыс пен демалыстың дұрыс емес ауысуы.
- Қанағаттанарлықсыз жағдайда (гигиена тұрғысынан) жұмыс.
- Ұйқының жүйелі болмауы.
- Жаңа климаттық жағдайларға бейімделу.
- Өмір салтының күрт өзгеруі (зейнеткерлікке шығу, ажырасу және т.б.).
- Артық салмақ.
- Алкогольді теріс пайдалану.
- Кофе, шоколадты теріс пайдалану.
- Тым қатаң диета.
- Сұйықтықтың жеткіліксіз мөлшері.
- Уытты химиялық заттардың ұзақ әсер етуі.
- Дәрілік заттардың жанама әсерлері.

6.2. Көбінесе астениялық синдромның немесе депрессиялық күйдің дамуымен бірге жүретін дәрілер

Орталық жүйке және эндокриндік жүйеге әсер ететін бірқатар дәрілерді қабылдау депрессиялық көңіл-күйдің дамуына, ұйқышылдыққа, зейіннің төмендеуіне, психикалық және физикалық өнімділікке ықпал етуі мүмкін. Көбінесе бұл құбылыстар келесі фармакологиялық топтардың препараттарын қабылдау кезінде (немесе емдеу курсы аяқталғаннан кейін) байқалады:

- орталық әсер ететін гипертензияға қарсы агенттер (резерпин, Эзидрекс, клонидин, метилдопа);
- адреноблокаторлар;
- ұйықтататын дәрілер;
- тыныштандыратын дәрілер;
- транквилизаторлар;
- психозға қарсы препараттар;
- антигистаминдер;
- глюкокортикостероидтар (ішке ішу түрлері және инъекциялық формаларды жүйелі қолдану кезінде);
- ішке ішу контрацептивтері;

Жалпы әлсіздік симптомдары жүйке жүйесінің және ішкі мүшелердің (жүрек, қан тамырлары, бауыр және т.б.) белгілі бір бұзылулары аясында жиі байқалады. Барлық жағдайларда, жалпы аурудың белгілері мен кез келген ішкі ағзаның шағымдарының жиынтығы болған кезде, дәл диагноз қою және астениялық синдромның даму себебін білу үшін дәрігердің тексеруі қажет. Кез келген қиын өмірлік жағдайдың астениялық синдромы кезінде ішкі ағзалардың, жүйке жүйесінің немесе психикалық аурудың бастапқы кезеңінің кез келген ауыр сырқатын жіберіп алмау өте маңызды. Келесі жағдайларда маманмен кеңесу өте маңызды:

- жүктілік;
- менопауза;
- қолайсыз эпидемиологиялық жағдай (жұқпалы науқаспен байланыс, тұрғылықты жердегі аурушандықтың жоғарылауы және т.б.);
- тәбеттің жоғалуы, күрт салмақ жоғалту;
- көңіл-күйдің күрт өзгеруі;
- астеникалық синдром мазасыздықтың жоғарылауымен, ұйқының бұзылуымен;
- жарақаттан кейін астения белгілерінің дамуы, әсіресе краниocereбральды жарақат;

- астенияның ұзақ мерзімді белгілері.

6.3. Астениялық синдромы бар емделушілерді емдеу бағыттары

Кез келген аурудың фонында астениялық синдром дамыған жағдайда, дұрыс диагнозбен, негізгі ауруды тиісті емдеу, әдетте, астения белгілерінің жоғалуына немесе айтарлықтай әлсіреуіне әкеледі.

Созылмалы шамадан тыс жүктелуден туындаған астенияны емдеу міндетті түрде дәрілік емес және дәрілік дәрі-дәрмектерді біріктіреді. Тамақтану терапияның маңызды бөлігі болып табылады.

Астениямен ауыратын науқастар, ең алдымен, қанша ұйықтайтынына, теледидар, компьютер мониторы алдында, газет, журнал оқуға қанша уақыт өткізетініне назар аударуы керек. Кіретін ақпараттың көлемін азайту ұтымды, бірақ бұл сізге толық оқшаулану керек дегенді білдірмейді. Орташа спорт түрлері артық болмайды: жүзу, жүгіру әсіресе таза ауада. Егер спортпен айналысу мүмкін болмаса, ұзақ серуендеу өте пайдалы: мысалы, жұмысқа баратын жолдың бір бөлігін жаяу жүруге болады.

Егер шаршаудың жоғарылауы мен өнімділіктің төмендеуі бас ауруымен, тітіркенумен, ұйқысыздықпен бірге жүрмесе, шаршауды жеңу үшін тоник препараттарын қабылдауға болады. Өзін-өзі емдеу аясында адаптогендер тобынан шөптік препараттарды қолдануға рұқсат етіледі (элеутерококк, женьшень, родиола, лимонграсс, лейзея, аралия). Қажет болса, дәрігердің міндетті кеңесінен кейін және оның тағайындалуына сәйкес астенияны дәрілік емдеуді жалғастыру үшін ноотропты препараттар (пирацетам, пиритинол, прамирацетам, ГАМК) мен антидепрессанттарды тағайындауға болады.

Астения мен созылмалы шаршауды емдеу ұзақтығы жеке болып табылады. Емдеу курсынан кейін сауығу жүреді, және пациент өзінің әдеттегі өмір салтына оралып қана қоймай, тіпті оның өмір сапасын жақсарты алады [43].

6.4. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар

Еңбек және демалыс режимін, спорттық шараларды оңтайландыру, мүмкін болатын улы химикаттармен байланысын тоқтату.

Диета мен ішу режимін оңтайландыру:

- ақуызға бай тағамдар (ет, соя еті, бұршақ) ұсынылады, бұл мидың белсенділігін арттыруға көмектеседі;
- көмірсуларға бай азық-түлік (глюкоза қоры мидың «энергетикалық аштық» жағдайында оңай толтырылады);
- жұмыртқа мен В дәруменіне бай бауыр - есте сақтау қабілетін жақсартады және концентрацияны жоғарылатады;
- ірі нан, ірімшік, банан, күркетауық еті - көңіл-күйді жақсартатын биологиялық белсенді зат - серотониннің синтезіне ықпал ететін триптофан көзі;
- айқын дәрумендік қасиеттері бар азық-түлік өнімдері: қарақат, итмұрын, теңіз шырғаны, қарақұмық, цитрус жемістері, алма, киви мен құлпынай, түрлі көкөніс салаттары, жеміс шырындары мен витаминді шай.

Аурудың жалпы белгілері (психикалық және физикалық өнімділіктің төмендеуі, есте сақтау, назар аудару, көңіл-күйдің төмендеуі) балалардағы кез келген дерлік аурулармен бірге жүреді және олар қалпына келген кезде өздігінен жойылады. Балаларға ауыр инфекциядан кейін оңалтудың арнайы шаралары қажет.

Ең алдымен, балаларға еңбек және демалыс режимін қалыпқа келтіру, тамақтануды түзету бойынша шаралар қабылдау ұсынылады. Кішкентай балаларға жалпы тоник әсері бар арнайы дәрі-дәрмектерді қолдану дәрігермен кеңескеннен кейін ғана мүмкін болады. Мектеп оқушыларында астениялық синдромның дамуы көбінесе шамадан тыс жүктеменің нәтижесі болып табылады. Науқастардың бұл санатында, ең алдымен, жұмыс пен демалыс режимін түзету, жүктемелерді ақылға қонымды түрде шектеу қажет. Мұндай шараларсыз дәрілік терапия әдетте тиімсіз болады [44].

6.5. Астениялық синдромда қолданылатын дәрілер және оларды ұтымды қолдану шарттары.

Астениялық синдромды дербес симптоматикалық емдеу үшін, шаршаудың жоғарылауы, өнімділіктің төмендеуі үшін адаптогендерді қолдану ұсынылады. Бұл организмге жалпы тоник және қалпына келтіретін әсер ететін заттар. Олардың бірқатар ерекше қасиеттері бар: олар дененің радиацияға, суыққа, ыстыққа, оттегінің жетіспеушілігіне, стресстік факторларға және т.б. Төзімділігін арттырады. және эмоционалды стресс, қарқынды психикалық жұмыста көрінеді. Фармакологиялық «редуценттердің» бұл тобына женьшень, элеутерококк, лейзея, аралия, қытай магнолия жүзімі, родиола және басқаларға негізделген шөптік препараттар кіреді.

Адаптогендерді ұсынылған дозада қабылдау астениялық жағдайлар мен олардың салдарын тиімді жеңуге мүмкіндік береді, әл-ауқаттың қалпына келуіне, тиімділіктің жоғарылауына және көңіл-күйдің жақсаруына әкеледі.

Өсімдік адаптогендерінің аз дозалары орталық жүйке жүйесіне үлкен дозаларға керісінше әсер етуі мүмкін екенін білу қажет. Егер үлкен дозалар қозу процестерін күшейтіп, моторлық және интеллектуалды белсенділікті, күндізгі уақытта жеңіл қозуды және түнде дұрыс ұйқыны берсе, онда кішігірім дозалар, керісінше, летаргияға, белсенділіктің шектелуіне, үнемі ұйқышылдыққа және т.б. Мысалы: таңертең 10 тамшы элеутерококктың спиртті сығындысын бір рет қабылдау күн ішінде ауыр летаргияны тудырады, бірақ 25 тамшы дозада сол элеутерококкты қабылдау айқын белсендіруші әсер береді. Родиола раушанының спиртті сығындысы 2-5 тамшы дозада ингибирлеуге және 10 тамшы немесе одан да көп дозада белсендіруге әкеледі. Аралия маньчжуриялық 6 тамшыға дейінгі дозада тежелуді және 7 тамшыдан және одан жоғары күрт активацияны тудырады. Оны да есте ұстаған жөн.

Өсімдік адаптогендерін тағайындау кезінде күнделікті биоритмдердің динамикасын ескеру қажет, содан кейін соңғысын күштеп синхрондауға болады. Сонымен қатар, бұл препараттарды тағайындаудың қате режимі күнделікті биоритмдердің бұзылуына әкелуі мүмкін (десинхронизация). Катехоламиндердің шығарылуының тәуліктік ырғағы (катехоламиндер - белсенділігі жоғары эндогенді заттар, олардың функцияларының бірі орталық жүйке жүйесіндегі қозу процестерін күшейту) нұсқаулық ретінде қабылдануы тиіс. Барлық өсімдік адаптогендері әр түрлі дәрежеде катехоламиндердің синтезін күшейте алатынын ескере отырып, оларды қатаң түрде күніне бір рет таңертең тағайындау керек, осылайша препараттар әсерінен катехоламиндердің синтезінің жоғарылауы физиологиялық жағдайға сәйкес келеді. таңертең денеді олардың деңгейі көтеріледі. Тәуліктің бірінші жартысында катехоламиндердің көтерілуінің физиологиялық жоғарылауы осы биологиялық белсенді заттардың түнгі төмендеуінің физиологиялық өсуіне әкеледі. Нәтижесінде биоритмдерді ескере отырып, шөптік адаптогендерді қабылдайтын адамдар күндіз жоғары жұмыс қабілеттілігіне, ал түнде терең ұйқыға ие болады.

Шөптік адаптогендер жүйке қозғыштығының жоғарылауы, ұйқысыздық, жоғары қан қысымы, жүрек қызметінің бұзылуы, фебрильді жағдайларда қолданылмайды. Оларға тәуелділіктің алдын алу үшін адаптогендерді мезгіл-мезгіл өзгерту қажет.

Өсімдік тектес адаптогендер.

Женьшень.

Женьшень тамыры шығыс медицинасында бірнеше мыңжылдықтар бойы қолданылған. Бес мың жылдан астам практикалық қолдану тәжірибесі, сондай-ақ соңғы елу жылдағы зертханалық зерттеулердің нәтижелері женьшеньнің келесі фармакологиялық қасиеттерін растады:

- орталық жүйке жүйесін ынталандыру, жоғары жүйке белсенділігі, әсіресе есте сақтау мен ойлау функциялары;

- жүрек-тамыр жүйесін ынталандыру (аз мөлшерде ол қан қысымын аздап жоғарылатады, ал көп мөлшерде оны төмендетеді; препараттың әсерінен күш күшейеді және жүрек соғу жиілігі төмендейді);
- радиациялық әсерден қорғау;
- жасушалық метаболизмнің жақсаруы және дене жасушаларының оттегінің сіңірілуі;
- иммундық жүйені ынталандыру;
- эндокриндік жүйенің функцияларын қалыпқа келтіру және қалыпты ынталандыру;
- жыныстық функцияларды ынталандыру;
- жалпы тоник әсері;
- гемопоздді ынталандыру;
- липидтер алмасуын қалыпқа келтіру және қандағы холестеринді төмендету, тығыздығы төмен және өте төмен липопротеидтер.

Женьшеньді дәрілік мақсатта қолданатын болсақ, оны қолданудың формалары мен әдістері әр түрлі. Женьшень тамыры адаптогендік әсері бар және организмнің жағымсыз әсерлерге жалпы қарсылығын арттыратын тоник, стимулятор ретінде қолданылады. Женьшень физикалық және психикалық өнімділікті арттырады, жүрек-қан тамыр жүйесінің жұмысын жақсартады. Женьшень тамырында гликозидтер - панаксозидтер бар, олар оның қантты төмендететін және анаболикалық әсерін анықтайды. Анаболикалық белсенділік тұрғысынан алғанда, женьшень элеутерококкқа тең және элеутерококк сияқты эндогенді инсулиннің әсерін күшейтетін қасиетке ие. Ол тұнбалар, ұнтақтар, капсулалар мен таблеткалар түрінде шығарылады. Женьшень тамырының алкоголь тұнбасы (10%) күніне 2 рет тамақтанар алдында (таңертең) 20-25 тамшыдан қабылданады, ұнтақ пен таблеткалар - 0,15 г тамақтанар алдында күніне 2 рет. Курс 10-15 күн [45].

Аралия маньчжурлық.

Олардың әрекетіне сәйкес, бұл өсімдіктен алынған препараттар женьшень тобына жатады. Ол тоник ретінде жаттығудан кейін қалпына келтіру кезеңінде физикалық және психикалық өнімділікті жоғарылату үшін, сондай-ақ шамадан тыс жұмыс пен астеникалық жағдайларда алдын алу үшін қолданылады. Аралияның айрықша ерекшелігі - айтарлықтай гипогликемия тудыруы (қандағы қантты төмендетуі). Гипогликемия бұл жағдайда өсу гормонының бөлінуімен жүретіндіктен, маньчжурлық аралияны қабылдау тәбеттің айтарлықтай жоғарылауына және салмақтың жоғарылауына әкелуі мүмкін (анаболикалық әсер). Аралия тамырларының тұнбасы ретінде шығарылады. Тұнбаны күніне 2 рет 30-40 тамшыдан алады, әдетте күннің бірінші жартысында. Курс 2-3 апта.

Алтын тамыр (қызғылт родиола).

Орталық жүйке жүйесіндегі қалпына келтіру процестерін оңтайландырады, көру мен естуді жақсартады, ағзаның экстремалды факторлардың әсеріне бейімделу қабілетін арттырады, шаршауды басады және тиімділікті арттырады. Алтын тамырдың айрықша қабілеті бұлшықет тініне ең күшті әсер етеді. Спортпен айналысатын жастарда родиоланы қолданған кезде бұлшықет күші мен күшке төзімділік артады.

Левзея (марал тамыры).

Анаболикалық белсенділігі жоғары қосылыстардан тұрады. Левзея сығындысын ағзаға енгізу ақуыз-синтетикалық процестерді жақсартады, бұлшықеттерде, бауырда, жүректе және бүйректе ақуыздың жиналуына ықпал етеді. Физикалық төзімділік пен психикалық өнімділік айтарлықтай артады. Левзеяны ұзақ қолданғанда тамырлы қабат біртіндеп кеңейеді және нәтижесінде жалпы қан айналымы жақсарады. Жүрек соғу жиілігі баяулайды, бұл парасимпатикалық жүйке жүйесінің тонусының жоғарылауымен де, жүрек бұлшықетінің күшінің жоғарылауымен де байланысты. Левзеяның айрықша ерекшелігі - сүйек кемігі жасушаларында митоздық белсенділікті күшейту арқылы перифериялық қан құрамын жақсарту мүмкіндігі. Қанда эритроциттер, лейкоциттер, гемоглобин мөлшері

жоғарылайды. Имундық жүйенің белсенділігі артады. Левзея алкоголь сығындысы түрінде қол жетімді. Алкоголь сығындысының ұсынылатын дозасы-20-30 тамшыдан күніне 2-3 рет [46].

Қытайлық лимонник.

Лимонник орталық жүйке жүйесіне ынталандырушы және тоникалық әсер етеді, оң рефлекстерді күшейтеді, рефлекторлық қозғыштықты ынталандырады, көздің фотосезімталдығын жоғарылатады, жүрек-қан тамыр жүйесінің қызметін тонустандырады, гипотензия кезінде қан қысымын жоғарылатады, тыныс алуды ынталандырады, тез қалпына келуіне ықпал етеді, физикалық және психикалық шаршау, жұмыс қабілетін сақтау, түнгі көру өткірлігін арттырады. Сондай-ақ, Лимонник ас қорыту аппаратының моторлы және секреторлық функцияларын ынталандыратыны, жатыр мен қаңқа бұлшықеттерінің белсенділігін күшейтеді, метаболизмді, регенеративті процестерді белсендіретіні және иммунобиологиялық рефлекстерді күшейтеді, организмнің оттегі аштығына төзімділігін арттыратыны анықталды.

Лимонниктің негізгі фармакологиялық әсерлері кристалды зат - лимонинің болуына байланысты. Сонымен қатар оның құрамында көп мөлшерде органикалық қышқылдар, С, Р, Е дәрумендері, эфир майлары, микро және макроэлементтердің көп мөлшері бар. Лимонникке тән ерекшеліктері - жұмыс қабілеттілігінің айтарлықтай жоғарылауы, көңіл -күйдің жақсаруы, көру өткірлігінің жоғарылауы. Бұл әсерлердің барлығы Лимонниктің жүйке өткізгіштігін жақсарту қабілетіне байланысты, жүйке жасушаларының сезімталдығы мен орталық жүйке жүйесіндегі қозу процестерін күшейтеді. Ол физикалық және психикалық шаршауға, физикалық және психикалық өнімділіктің төмендеуіне, психикалық және жүйкелік науқастардағы астениялық және депрессиялық жағдайларға, гипотензияға, ұйқышылдыққа, созылмалы жұқпалы аурулар мен интоксикацияға байланысты жалпы күшінің жоғалуына, сондай-ақ өнімділікті жақсартуға тағайындалады. Жанама әсерлер мен кумулятивті қасиеттердің болмауы лимонграсс препараттарын бағалы стимуляторларға жатқызуға мүмкіндік береді. Алкоголь тұнбасы, ұнтақ, таблетка, құрғақ жемістердің отвары түрінде шығарылады. Құрғақ жемістері мен жаңа шырынын кейде шайға қосылады. Алкоголь тұнбасы 2-4 апта бойы күніне 2-3 рет 20-25 тамшыдан қабылданады. Құрғақ жемістердің жылы отвары (200 мл суға 20 г) 1 ас қасықтан күніне 2 рет тамақтанар алдында немесе тамақтан кейін 4 сағаттан кейін ұнтақ немесе таблеткадан - таңертең және түстен кейін 0,5 г қабылданады.

Ұшақ жапырақты стеркулия.

Элеутерококк сияқты, женьшень өнімділік пен анаболикалық процестерді ынталандырады. Стеркулияның анаболикалық әсері тек жаттығу әсерінің аясында жүзеге асады, сондықтан оны адекватты физикалық жүктеме аясында қолдану керек. Құрамында күшті заттар жоқ, сондықтан ол женьшень тобының басқа препараттарымен салыстырғанда ең жұмсақ психостимуляциялық әсерге ие. Ол шаршау, астения, жалпы әлсіздік, летаргия жағдайының басталуы, бас ауруы, көңіл-күйдің нашарлауы, бұлшықет тонусының төмендеуі және жұқпалы аурулардан кейін қабылданады. Алайда, өте төмен уыттылыққа қарамастан, стеркулия препараттарын кешке, сондай-ақ ұзақ уақыт қабылдауға болмайды. Алкоголь тұнбасы түрінде шығарылады. Ұсынылатын доза: 3-4 апта бойы күніне 2-3 рет 20-30 тамшыдан. Препаратты ұзақ уақыт және түнде қабылдау ұсынылмайды.

Тікенді элеутерококк.

Құрамында өнімділікті арттыратын және ақуыз синтезін жақсартатын гликозидтер - элеутерозидтер бар. Көмірсулардың синтезі де жоғарылайды, ал майлардың синтезі тежеледі. Май қышқылдарының тотығуы физикалық жұмыс кезінде артады. Элеутерококктың ерекшелігі - оның түс көру мен бауыр қызметін жақсарту қабілеті. Элеутерококк сығындысы женьшень сияқты көрсеткіштер үшін қолданылады. Сонымен бірге элеутерококк антиоксикалық, антигипоксикалық, стресстік және радиопротекторлық әсерге ие, ал сәулелік ауруда женьшенге қарағанда тиімдірек. Мұны

басқа аралық тұқымдасының басқа өсімдіктерінен айырмашылығы, элеутерококк мыс, марганец және әсіресе кобальт сияқты микроэлементтерді іріктеп жинақтайтындығымен байланыстырады, олар эритропоэз бен иммунитетті ынталандырады.

Спорттық медицинада ол ауыр физикалық жүктеме, шамадан тыс жұмыс үшін тоник және қалпына келтіруші агент ретінде қолданылады. Элеутерококк тамырлы тамырлардан алкоголь сығындысы түрінде шығарылады. Ұсынылатын доза: жеке түрде 10 тамшыдан 1 шай қасыққа дейін күніне 1 рет таңертең тамақтанар алдында 30 минут 2-3 апта бойы.

Ұзын заманиха.

Бұл тоник және жеңіл анаболикалық әсерге ие. Бекіту әсерінің тиімділігі бойынша ол женьшеньдікіне ұқсас, орталық жүйке жүйесіне тоникалық әсерінің тиімділігі бойынша ол женьшень мен осы топтың басқа дәрілерінен төмен. Бұл астенияға, бұлшықеттердің шаршауы пайда болған кезде, ауыр жүктеме кезінде физикалық жаттығулар кезінде ұсынылады. 50 мл алкоголь тұнбалары түрінде шығарылады. Ұсынылатын доза: 30-40 тамшыдан күніне 2-3 рет тамақтанар алдында.

Пантокрин.

Жануарлардан алынған препарат - бұғының мүйізінен - фармакологиялық қасиеттері бойынша өсімдік адаптогендеріне ұқсас. Шаршау кезінде астеникалық және неврастеникалық жағдайда тоник әсері бар гипотензияда қолданылады. Денедегі жағымсыз бұзылулардың алдын алу және қалпына келтіру процестерін жеделдету үшін физикалық белсенділіктің жоғарылауымен қолданылады. Ол спирт сығындысы түрінде, таблеткаларда және инъекцияға арналған ампулада шығарылады. Ұсынылатын доза: 25-40 тамшы немесе 30 минут ішінде 1-2 таблетка. 2-3 апта бойы күніне 2 рет тамақтанар алдында.

Бальзамдар мен эликсирлер.

Дәрілік өсімдіктерден бальзам және эликсир түрінде спирт-су сығындылары ерекше емдік қасиетке ие. Олар әдетте көп компонентті және емдік әсері кең спектрге ие. Бальзамдарды емдік және профилактикалық мақсатта қолдануға болады, оларды жалғыз қолдануға болады, таза күйінде немесе таңғы шайға немесе кофеге қосуға болады.

Барлық бальзамдардың құрамында этанол бар болғандықтан, оларды 16 жасқа толмаған балаларға қолдану ұсынылмайды.

Витаминді препараттар.

Астениялық синдромда еңбекке қабілеттілікті қалпына келтірудің фармакологиялық құралдарының ішінде, физикалық белсенділіктің жоғарылауы, витаминдердің орны ерекше. Олардың жұмыс кезінде жоғалуы немесе тамақ өнімдерінің созылмалы жетіспеушілігі еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне ғана емес, сонымен қатар әр түрлі ауыр жағдайларға әкеледі. Дененің витаминдерге қажеттілігін қанағаттандыру үшін көкөністер мен жемістерден басқа, мультивитаминді дайын препараттар қосымша қабылданады. Астениялық синдромды емдеуге арналған витаминді препаратты таңдаудан бұрын дәрігермен кеңесу керек.

Ноотропты препараттар мен психостимуляторлар.

Бұл дәрі-дәрмектер астениялық синдром үшін мұқият тексеруден және дәл диагноздан кейін дәрігердің нұсқауы бойынша ғана қолданыла алады. Бұл топтардың препараттарын өздігінен қолдану қауіпті жанама әсерлердің көптігіне байланысты қауіпті.

12 Кесте

Астениялық синдромды, жанама әсерлерді емдеуге қолданылатын дәрілік бальзамдардың салыстырмалы сипаттамасы.

Препарат	Құрамы	Фармакологиялық қасиеттері	Көрсеткіштер, қарсы көрсеткіштер жанама әсері
Бальзам	Құрамында роуан	Адаптогендік әрекет, есте	Көрсеткіштер:

«Мономах» (Лубнифарм, Украина)	шырыны, алма шырыны, мия тамыры мен тамырсабақтары, каламус тамырсабақтары, Сент -Джон сусласы, орегано шөптері бар. Жалбыз жапырақтары, қарағай бүршігі.	сақтау қабілетін жақсартады, физикалық өнімділікті арттырады	астеникалық синдром, шамадан тыс жұмыс, шамадан тыс психикалық және физикалық стресс. Жанама әсері: анықталмаған
«Грааль»--- бальзамы (Грааль, Украина)	Құрамында биологиялық белсенді заты бар алоэ, қарақат, жаңғақ інжір, құрма, рододендрон, лимон гүлдері хош иісті зәйтүн, фейджоа жемістері, элеутерококк тамыры, родиола қызғылт, женьшень, жасыл шай, емен қабығы, дақты бұғы мүйізі, ара балы, прополис, лимон қышқылы бұл қызыл шарап, алма шырыны, этанол	Адаптогенді, стресске қарсы, радиопротекторлық, антитоксикалық, қабынуға қарсы, әлсіз анальгетиктер және антисептикалық әрекеті жақсарады психикалық өнімділік және есте сақтау қабілетін жақсартады ағзаның радиациялық әсеріне, гипоксия, температураның жоғарылауы, техногендік ластану және сыртқы ортаға жағымсыз әсерлер	Көрсеткіштер: астеникалық синдром, шамадан тыс жұмыс, шамадан тыс психикалық және физикалық стресс. Қарсы көрсеткіштер: жүктілік және лактация, бауыр аурулары, органикалық зақымданулар жүрек-тамыр жүйесі, айқын бүйрек функциясының бұзылуы.
Нгу Зя Би, -- антистресс (Fito pharma Вьетнам)	Құрамында шеффлер қабығы, гомалонема тамыры, Шаньдун женьшень тамыры, анжелика тамыры, папоротник тамыры, ремания тамыры, құрма жемісі, қабығы, скопария шөпі, лигустикум тамыры, цитрус қабығы, эйфория жеміс	Адаптогендік және қалпына келтіру әрекеті; есте сақтау қабілетін жақсартады, физикалық өнімділікті арттырады	Көрсеткіштер: астениялық синдром, шамадан тыс жұмыс, шамадан тыс психикалық физикалық стресс, ұйқысыздық, стресс, шаршаудың жоғарылауы

	целлюлозасы		
Алтын тамыр («Эффект» Украина)	Қызғылт родиола тамыры бар тамырсабақтар, эхинацея пурпуреясының тамырлары, жасыл жапырақты шай, қара жапырақты шай	Тонинг, қалпына келтіруші, иммунокоррекциялық және стресстен қорғайтын әсер	Көрсеткіштер: созылмалы қайталанатын қабыну ауруларында иммундық тапшылық, психикалық және физикалық шаршау, неврастения

6.6. Шөптік адаптогендер мен жалпы тоник препараттарын қолдану

- Адаптогендердің көрінетін әсері тұрақты және ұзақ (4-6 апта) енгізу жағдайында ғана дамиды.
- Нервтің шамадан тыс қозуымен, ұйқысыздықпен, гипертониямен шөптік адаптогендер тағайындалмайды.
- Адаптогендерді әлсіздік симптомдарының комбинациясымен қабылдауға болмайды, ауыр эмоционалды тұрақсыздықпен шаршаудың жоғарылауы, ашуланшақтық, ұйқының бұзылуы. Мұндай жағдайларда адаптогендермен бірге шөптік седативтерді қамтитын күрделі препараттар көрсетіледі.
- 16 жасқа дейінгі балаларда адаптогенді препараттарды дәрігердің нұсқауы бойынша және оның бақылауымен қолдану керек (гормоналды теңгерімсіздік тудыруы мүмкін).
- Шөптік адаптогендерді жүйке қозғыштығының жоғарылауымен, ұйқысыздықпен, қан қысымының жоғарылауымен, жүрек қызметінің бұзылуымен қабылдауға болмайды.
- Адаптогенді препараттарды ұзақ қолдану эмоционалды тұрақтылықтың жоғарылауымен, тітіркену мен ұйқысыздықпен бірге жүруі мүмкін.
- Адаптогендерді қабылдау күзгі-қысқы кезеңде көрсетіледі және ыстық мезгілде ұсынылмайды.
- Шөптік адаптогендерді таңертең (күніне бір рет) немесе күннің бірінші жартысында (препаратты күніне 2-3 рет қабылдаған кезде) қабылдау керек.
- Дәрілік бальзамдар мен эликсирлердің әсері ұсынылған дозада 3-4 апта бойы жүйелі түрде қабылдағанда көрінеді - ертерек емес.
- Барлық бальзамдардың құрамында этанол болғандықтан, оларды 16 жасқа толмаған балаларға қолдану ұсынылмайды.
- Құрамында алкоголь бар бальзамдарды көлік жүргізушілері, мамандығы назар аударуды қажет ететін адамдарға қолдануға ұсынылмайды.

7. Дерматологиядағы ауруларға фармацевтикалық қамқорлық

Тері - бұл дененің ең үлкен органы. Төменде орналасқан тіндер мен мүшелерді қорғайтын табиғи физикалық тосқауыл ретінде, көбінесе теріні зақымдайды. Алайда, өзін-өзі бағалау мен өзіне деген сенімділік үшін сыртқы келбеттің маңыздылығын ескере отырып, терінің дұрыс күйінің әркімнің күнделікті өмірінде неге соншалықты маңызды екені түсінікті болады. Көптеген терінің зақымдануы көлемі шағын және денсаулығына ауыр зиян келтірмейді, бірақ сонымен бірге профилактикалық шараларды қажет етеді. Мұндай жарақаттарға микротравма (кесу, сүрту, сызаттар), терінің беткі қабаттарының термиялық және химиялық зақымдануы, безеу жатады. Көп жағдайда бұл зақымдарды рецептсіз дәрі-дәрмектермен сәтті емдеуге болады, бірақ кейде олар неғұрлым ауыр емді қажет етеді, оны тек дәрігермен кеңескеннен кейін жүргізуге болады. Сондықтан, фармацевт дәріханаға жүгінген науқастардың тері зақымдарының ауырлығын нақты анықтай алуы, қажет болған жағдайда алғашқы медициналық қамқорлық көрсетуі, міндетті

медициналық көмекке мұқтаж жарақат алған адамдардың контингентін анықтай алуы тиіс.

7.1 Еріннің герпесі

Герпетикалық инфекция - әр түрлі клиникалық көріністермен сипатталатын кең таралған ауру. Қазіргі бағалаулар бойынша герпесвирустық инфекциямен жаңадан ауырғандардың саны жыл сайын 10%-дан астамға артады. ДДҰ мәліметтері бойынша, халықтың 65-90%-ы герпес вирусын жұқтырады, бұл герпесті бірқатар маңызды медициналық және әлеуметтік проблемаларға салады. Герпетикалық зақым дененің әртүрлі бөліктерінде пайда болуы мүмкін. Олардың барысы мен ауырлығы локализацияға, патологиялық процестің таралуына, вирустың антигендік түріне және науқастың денесінің иммундық жағдайына байланысты [47].

Еріннің герпесі - бұл қарапайым герпес вирусынан туындаған жұқпалы ауру. Көпіршікті атқылау адам денесінің бүкіл бетінде дерлік пайда болады, бірақ көбінесе аузы мен мұрнына жақын жерде пайда болады (негізінен 1-ші типтегі вирус тудырады). Ересектердің 25% ерін герпесінде жылына 1-2 рет тұрақты рецидивтер болады, ал ересектердің 5-10%-ында жылына алты рет қайталануы мүмкін. Көптеген адамдардың денесінде герпес вирусы рений ауруы болып табылады. Герпес инфекциясының белсенді көріністері организмнің иммундық жүйесі әлсіреген кезде байқалады [48].

7.1.1. Герпес инфекцияның асқындыратын факторлар:

- Иммундық жүйенің төмендеуімен бірге жүретін аурулар: онкологиялық аурулар, бактериялық және вирустық инфекциялар (ИЖВ инфекциясы, ЖРВИ және т.б.)
- еріннің немесе ауыздың шырышты қабығының жарақаты;
- ультракүлгін сәулеге шамадан тыс әсер ету;
- гипотермия
- стресс
- етеккір кезеңі
- иммуносупрессивті әсері бар дәрілерді қабылдау.

7.1.2. Қарапайым герпес даму кезеңдері

Көпіршіктер пайда болғанға дейін тері жиі қышиды, аздап ісінеді, сезімталдығы артады. Бұл аурудың продромальды кезеңі болып табылады. Көпіршіктердің саны әр түрлі болуы мүмкін - бір топтан бір топқа дейін. Көп ұзамай олар өздігінен немесе жеңіл жарақат нәтижесінде жарылып, мөлдір сұйықтық ағып кетеді. Зақымдалған аймақтың үстінде құрғап жатқан қабық, тері біраз уақыттан кейін түсіп кетеді, оның артында қызарған тері қалады. Кейде, әсіресе қайталама инфекция кезінде, тыртықтар қалады. Әдетте, жасына қарай рецидивтердің жиілігі төмендейді және олар жеңіл өтеді. Герпетикалық атқылаудың дамуының келесі кезеңдері бөлінеді:

- продромальды - көрінетін симптомдардың алдында бірден, әдетте 6 сағатқа дейін созылады; герпестің өршуінің қоздырғыштары науқастардың 40-60%-де байқалады және келесі белгілермен көрінеді: шаншу, қышу, жану сезімі, зақымдалған аймақтың аздап ауыруы;
- эритема - тері аймақтарының қызаруы, онда герпес жаралары пайда болады, фаза 24 сағатқа дейін созылуы мүмкін.
- везикулалар - қызарған теріде мөлдір шағын көпіршіктердің топтары пайда болады; 24-72 сағаттан кейін везикулалар бұлыңғыр болады; бірнеше күнге созылуы мүмкін бұл кезеңде вирус басқаларға оңай беріледі;
- эрозия /ойық жара/ жұмсақ қотыр - везикулалар жарылып, тері ақауын құрайды, көп жағдайда қатты ауырады, олардан ағады; инфекция қаупі жоғары болып қала береді.

- қатты қышыма - зардап шеккен жер қыртысына немесе қышымаға дейін құрғайды, ол өте қышуы мүмкін, бірақ әдетте жұқпалы емес;
- құрғақ қабыршақтану /қалдық ісіну/ пигментация.

Бір мезгілде пайда болатын көптеген жаралар тыртық тінінің пайда болуына әкелуі мүмкін. Шрамның пайда болуы, ең алдымен, қайталама бактериялық инфекция жағдайында мүмкін.

Еріннің герпесімен науқастың дәрігерге баруын талап ететін «қауіпті» белгілер:

- Терінің үлкен аймақтарындағы бөртпе, әсіресе көзге жақын;
- Еріннің герпесінің ауыздың шырышты қабығына ауысуы;
- Атқылаудың пайда болуы;
- Бөртпелер, қатты ауырсынумен немесе жалпы жағдайдың бұзылуымен бірге.

7.1.3. Ерін герпесімен ауыратын науқастарға жалпы ұсыныстар

Аурудың жоғары жұқпалығын ескере отырып, бөртпе пайда болған кезде инфекцияның берілу ықтималдығын төмендететін шаралар қабылдау қажет. Балаларды жұқтырудың алдын алу керек, олармен қарым-қатынасты азайту арқылы. Сонымен қатар:

- Күн сәулесінің шамадан тыс әсерінен аулақ болу;
- Күнге, аязға немесе желге ұшыраған кезде ернді креммен немесе SPF (күн қорғанысы коэффициенті) бар гигиеналық помадамен қорғау;
- Бөртпе пайда болған кезде (қышу сезімі) жергілікті қолдануға арналған вирусқа қарсы препараттарды қолдану керек.

7.1.4. Герпес инфекциясын емдеудің жалпы әдістері

Спецификалық емес ем

Шектеулі аймақта бөртпе аз мөлшерде болуы мүмкін. Антисептикалық (*повидон - йод*) және кептіргіш заттарды (Лассар пастасы, мырыш оксиді) қолдану ұсынылады.

Спецификалық емдеу

Жергілікті вирусқа қарсы агенттерді қолданған дұрыс. Бұл препараттар аурудың себебіне тікелей әсер етеді - герпес симплексі вирусы, бұл олардың антисептиктер мен кептіргіштерге қарағанда айтарлықтай артықшылығы бар. Вирусқа қарсы агенттердің әсер ету механизмі қарапайым герпес вирусының репликациясының (көбеюінің) улануымен байланысты. Вирусқа қарсы агенттерді жергілікті қолдану бөртпе кезеңін қысқартады, сонымен қатар теріні бөртпеден мүмкіндігінше тез тазартуға көмектеседі. Емдеудің тиімділігін арттыру үшін препараттарды бөртпелердің алғашқы прекурсорлары пайда болғаннан кейін бірден қолдану ұсынылады.

Жергілікті вирусқа қарсы препараттар - бұл рецептісіз дәрі-дәрмектер. Оларды қолданудың орындылығы герпеспен ауыратын және олардың диагнозын білетін адамдардың көптігімен, аурудың жиі қайталануымен, аурудың бастапқы кезеңінде де, кейінгі сатысында да дәрілік заттарды қолдану мүмкіндігімен байланысты. Вирусқа қарсы дәрілерді қолдану тек дәрігердің нұсқауы бойынша мүмкін болады.

Вирусқа қарсы балама терапия вирусқа қарсы әсері бар Вобэ-Мугос Е препаратын қолданатын жүйелік ферментативті терапия болуы мүмкін.

Герпес инфекциясын жергілікті емдеуге арналған жоғары тиімді дәрілер белсенді ингредиент ретінде ацикловир немесе пенцикловир бар жақпа немесе крем түріндегі препараттар болып табылады. 5% крем Зовиракс препараты өзін жақсы дәлелдеді. Зовиракс зардап шеккен аймаққа күніне 5 рет, түнгі уақытты қоспағанда, шамамен 4 сағаттық аралықпен қолданылады. Әдетте емдеу курсы 5 күнге созылады. Препарат бастапқы герпетикалық зақымданулардағы жедел көріністерді тез көшіреді, бұл басқа адамдарда жұқтыру мүмкіндігін төмендетеді. Ацикловир мен Герпевир жақпа ұқсас әсер етеді. Зовиракста және генериктердің көпшілігінде ацикловирдің құрамы бірдей – 5% болғанына қарамастан, түпнұсқалық препараттың тиімділігі арнайы патенттелген Крем

негізінің салдарынан айтарлықтай жоғары, бұл вирус жұқтырған тері учаскелерінде ацикловирдің жоғары концентрациясына қол жеткізуге мүмкіндік береді [49].

7.1.5. Еріннің герпесін емдеуге арналған препараттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық

Науқас онымен байланысқан адамдарды жұқтыру қаупінен басқа, ауруларды дененің басқа бөліктеріне беру қаупі бар екенін білуі керек. Бұл асқынудың алдын алу үшін келесі ережелерді сақтау керек:

- Беттегі бөртпелерді ұстамаңыз;
- Көзге тигізбеуге тырысыңыз – мүйіз қабығының герпетикалық зақымдануы қиын және ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін;
- Егер сіз әлі де бөртпені ұстауға мәжбүр болсаңыз, дереу қолыңызды жылы сумен және сабынмен жуу керек;
- Сіз орамалды ешкімге бермеуіңіз немесе басқа біреудің қолын пайдаланбауыңыз керек (бұл ереже ерін далабына да қатысты);
- Белгілі бір бөлек ыдыстарды қолданыңыз;
- Бөртпе кезеңінде сүйісуден және ауызша жыныстық қатынастан бас тарту қажет – вирус жыныс мүшелерін де жұқтыруы мүмкін;
- Көпіршіктерді сығып алмаңыз және қыртыстарды жасырмаңыз – бұл тез қалпына келтіруге әкелмейді, бірақ ол зақымдалған теріні микробтармен немесе саусақтардың вирусымен герпес инфекциясымен қосымша жұқтыруы мүмкін;
- Әйелдер вирусты терінің сау жерлеріне жібермеу үшін макияжды қолданғанда және алып тастағанда мүмкіндігінше абай болу керек;
- Жиі қайталанатын науқастар аурудың көрініссіз кезеңінде де инфекция көзі бола алады.
- Балаларға герпес инфекциясына төзу қиын, сондықтан отбасының ересек мүшесінің өршуімен гигиена ережелерін қатаң сақтау керек.
- Көзге жақын жерде, қабақтарда және екінші қуыста бөртпе локализациясы бар науқастар, сондай-ақ 10-14 күннен артық бөртпесі бар науқастар міндетті түрде дәрігермен кеңесу керек.
- Қарапайым герпесті емдеуге арналған таңдаулы препарат жергілікті ацикловир болып табылады.
- Еріннің немесе беттің жиі қайталанатын герпесі ацикловир мен пенцикловир бар кремдермен жергілікті емдеуге жақсы жауап береді.
- Аурудың ауыр немесе өте жиі қайталанатын түрлерін дәрігердің бақылауымен рецептуралық препараттармен – Зовиракс препаратының таблеткаларын немесе инъекцияларын, сондай-ақ Фамвир таблеткаларын (фамцикловир белсенді заты) немесе Вальтрекс таблеткаларын (валацикловир белсенді заты) қолдану керек.
- Вирусқа қарсы препаратпен еріннің герпесін емдеу неғұрлым ертерек басталса, соғұрлым тиімді болады. Егер ауруды прекурсорлар кезеңінде «ұстау» мүмкін болса (қышу, күйдіру, терінің тығыздығы сезімі), онда аурудың толық көріністері дамымауы мүмкін, ал қалпына келтіру тезірек келеді. Егер крем қолданыла бастаған бөртпе кезінде қолданыла бастаса, емделу басқа әдістермен емдеуге қарағанда тезірек жүреді (тұрмыстық ем, спецификалық емес емдеу әдістері).
- Ацикловир бар жергілікті препараттар түнгі уақытты қоспағанда, күніне 5 рет төрт сағаттық интервалмен қолданылады. Емдеу 5-10 күн бойы жалғасуы керек.
- Қолды ацикловир мен пенцикловир бар кремдерді қолданар алдында және кейін жуу керек. Кремді қолданған кезде жану сезімі пайда болуы мүмкін, ол тез өтеді. Кейде өңделген аймақтарда пилинг немесе өтпелі қызару байқалады.

7.2. Безеу аурулары бойынша кеңес беру

Жалпы безеулер (акне) халықтың 80%-де өмірдің екінші және үшінші онжылдығында және жасөспірімдердің 90%-де кездеседі. Клиникалық маңызды және емдеуді қажет ететін безеулер 12 жастан 25 жасқа дейінгі халықтың шамамен 20-25%-ына әсер етеді. 17 жастағы жас тобы үшін бет терісінің жиілігі 86,1% құрайды. Ауыр цистикалық безеулер 18 жастан 31 жасқа дейінгі 1000 адамнан 5 адамда кездеседі. Ұлдарда безеулер жиі кездеседі және қыздарға қарағанда қиын болады. Әйелдермен салыстырғанда ерлерде безеудің ауыр дәрежесінің таралуы жасына қарай артады.

Безеу науқастың өміріне немесе еңбекке қабілеттілігіне айтарлықтай қауіп төндірмесе де, косметикалық ақау көптеген адамдарға, әсіресе жасөспірімдерге, депрессиялық әсер етеді, депрессиялық жағдайлардың дамуына ықпал етеді және өмір сапасын төмендетеді.

Безеу болған кезде пациенттердің көпшілігі өздігінен емделеді немесе емдеуді бастайды, бұл безеуді емдеу үшін дәрі-дәрмектерді қолданған кезде фармацевтикалық қамқорлықты ерекше маңызды етеді.

Кәдімгі безеу – бұл жасөспірім және белсенді репродуктивті жастағы адамдарда жиі кездесетін май бездері мен шаш фолликулаларының созылмалы қабыну ауруы. Жақында "кәдімгі безеу" терминінің орнына "безеу" термині енгізілді, бұл жасөспірімдерде безеудің пайда болуы терінің жергілікті ақауы емес, бүкіл ағзаның өзгеруін көрсетеді.

7.2.1. Безеудің пайда болуында және дамуында маңызды факторлар:

- Генетикалық бейімділік - бұл май бездерінің саны, мөлшері және олардың андроген деңгейіне сезімталдығы (еркек жыныстық гормондары).
- Жыныстық жетілу кезінде андрогендердің секрециясының жоғарылауы, бұл май бездерінің секрециясының шамадан тыс өндірілуіне ықпал етеді;
- Майлы фолликулдардың сапрофитті флорасының белсенділігін белсендіру (*Propionibacterium acnes*);
- Тері майының гидролизі мен ондағы *P.Acnes* репродукциясы аясында шаш фолликуласының аймағында қабыну реакциясының дамуы;
- Фолликулярлық гиперкератоз (эпителий жасушаларының мүйізді қабыршақтарымен май безінің түтігінің бітелуіне әкелетін шаш фолликуласы аймағында эпителий жасушаларының шамадан тыс дамуы).

7.2.2. Безеудің пайда болуына әсер ететін факторлар:

- Жыныстық жетілу кезінде организмдегі гормондық өзгерістері (ерлер жыныстық гормондарының деңгейінің жоғарылауы);
- Менструальдық кезеңде (кейде жүктілік кезінде) әйелдердің денесінде гормоналды өзгерістер;
- Механикалық факторлар: иекті қолмен ұстап тұру, телефонды иекпен ұстау, тығыз бас киімдер мен жақтары тығыз түйілген көйлектер кию, бұл шамадан тыс терлеуге әкеледі;
- Абсцесстерді немесе "қара нүктелерді" қатты сығып алу (безеудің өршуіне, тері бетіндегі тыртықтарға әкелетін безеудің пайда болуына ықпал етеді);
- Жоғары ылғалдылық пен температура жағдайында (ас үйде немесе бұмен бөлмеде) терлеуді ынталандыратын жұмыс (май бездерінің түтіктерінің толық бітелуі және қабынуы орын алады);
- Құрамында галоген бар (йод, фтор, бром) өнімдерді немесе заттарды қолдану;

- Құрамында ланолин, парафин, минералды майлар көп болатын косметиканы қолдану (майлы кремдер, ылғалдандыратын лосьондар, күннен қорғайтын кремдер және т.б.)

- Бірқатар дәрі-дәрмектерді, атап айтқанда құрамында прогестиндер, стероидтар, литий препараттары, құрысуға қарсы препараттар көп болатын концентраторлар қабылдау.

7.2.3. Безеудің нұсқалары

Көбінесе безеу беттің, арқа мен кеуде терісінде пайда болады және әр түрлі тері бөртпелерімен сипатталады [50]. Безеудің келесі түрлері бөлінеді:

- ашық комедондар - май безінің кеңейтілген тесіктерінде бірнеше қара нүктелер (қара түс сыртқы ластанудан емес, меланин пигментінен туындайды);
- жабық комедондар - бірнеше ақ, сүтті тері астындағы түйіндер;
- папула - қызыл түстің үстіңгі дөңес элементтері;
- пустулдар - іріңдер;
- папулопустулалар - жоғарғы жағында іріңі бар папула;
- түйіндер - үлкен терең тері асты қабынған элементтер;
- кисталар - тері астындағы ірің немесе шырышпен толтырылған қуыстар;
- тыртықтар - депрессиялық (атрофиялық) және дөңес (гипертрофиялық және келоидты) бар.

Безеуді емдеудің рационалды тактикасын таңдау зақымдану түріне (безеудің түріне) және безеудің ауырлығына байланысты. Емдеу әдістерін таңдауда қатар жүретін аурулар мен алдыңғы терапияның тиімділігі де маңызды [51].

7.2.4. Безеудің ауырлығы:

- жұмсақ ауырлық дәрежесі - комедондар, жалғыз папула;
- орташа ауырлық дәрежесі - комедондар, папула, жалғыз пустулдар, ауыр қабыну;
- ауыр дәреже - көптеген папула, пустулдар, түйіндер, кисталар, тыртықтар пайда болуы мүмкін.

Науқастың безеу үшін дәрігерге баруын талап ететін «қорқыту» белгілері:

- терінің үлкен аймақтарындағы безеудің зақымдануы;
- безеудің көп мөлшерінің бір мезгілде пайда болуы, температураның жоғарылауымен бірге жүреді;
- үлкен (көлемі шиіе тәрізді) және/немесе ауыратын безеу;
- безеудің аймақтық лимфа түйіндерінің ауыруымен жүрген кезде (мойын, субмандибулярлық, құлақ және т.б.);
- тыртық қалдыратын безеу;
- безеу пайда болған науқастың депрессиясы [52].

7.2.5. Безеуді емдеудің дәрілік емес әдістері бойынша пациенттерге емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар.

- Теріні таза ұстаңыз, бірақ теріні жиі сабынмен жууға болмайды (күніне екі реттен көп емес).
- Ультракүлгін сәулелердің шамадан тыс әсерінен аулақ болыңыз (күн астында көп уақыт өткізбеңіз).
- Дұрыс диета - А және В дәрумендерінің жеткілікті мөлшерін енгізу [53].
- Құрамында йод бар тағамдарды (теңіз өнімдері, йодталған тұз) тұтынуды азайту;

- Безеулер мен "қара нүктелерді" өзіңіз қыспаңыз-мазмұнның бетіне емес, теріге терең түсу ықтималдығы жоғары, бұл терең тіндердің ісінуіне және тыртықтардың пайда болуына әкеледі;
- Майлы кремдерді, лосьондарды қолданбаңыз, комедогенді емес сәндік косметиканы қолданыңыз [54].

7.2.6. Безеуді емдеуге жалпы тәсілдер

Безеудің ауырлығына байланысты жергілікті немесе жүйелік ем қолданылады. Жергілікті емдеу аурудың жеңіл бастапқы көріністерімен жүргізіледі, сонымен қатар орташа және ауыр безеуді емдеудің кешенді режиміне кіреді. Эпителий жасушаларының қасиеттері кератолитикалық, микробқа қарсы және стимуляторлы митозы бар препараттар. Жүйелік емдеу қабыну мен цистикалық зақымданумен безеудің неғұрлым ауыр жағдайларын емдеу үшін қолданылады. Мұндай емдеуге ауызша рецепт бойынша дәрі-дәрмектер, антибиотиктер, жүйелік ретиноидтар немесе гормональды препараттар, сондай-ақ рецептсіз сорбция-детоксикация препараттарын қолдану кіреді және тек дәрігердің нұсқауы бойынша жүргізіледі.

Кератолитикалық препараттар.

Бұл препараттар қабықтың мүйізді қабатын жұмсартады, бездердің аузын жабатын мүйізді тығындармен бірге оның тез қабыршақтануына ықпал етеді. Бұл топтағы препараттардың көпшілігінде бактерияға қарсы әсері бар, бұл безеуді емдеудегі клиникалық тиімділікке ықпал етеді.

Микробқа қарсы препараттар

Терінің микрофлорасын қалыпқа келтіру үшін бактерияға қарсы препараттар қолданылады. Безеуді емдеуде жергілікті микробқа қарсы агенттерді қолдану пропионбактериялардың безеу патогенезіндегі рөлін тануға негізделген - P.Acnes. Микробқа қарсы дәрі-дәрмектерді тек дәрігер тағайындай алады.

Сорбция және детоксикация препараттары

Олар улы метаболикалық өнімдер мен бактериялық токсиндерді кетіреді, бауырдың, майлы және тер бездерінің қызметін қалыпқа келтіруге көмектеседі.

7.3. Безеуге қарсы дәрілік заттардың фармацевтикалық қамқорлық

Безеу комедогенді бөртпе сатысында емделуді қажет етеді. Уақытылы және дұрыс басталған ем комедондардың регенеративті элементтерге - папулаларға, пустулаларға және т.б. айналуына жол бермейді.

- Жасөспірімде безеу пайда болған кезде, ата-аналар баланы тыныштандырып, оған безеу емделетін ауру екенін түсіндіруі керек, және ол ертерек басталса, емдеу тиімдірек болады.
- Жасөспірімге емдеу шаралары табандылық пен шыдамдылықты қажет ететінін және кем дегенде 2-4 айға созылатынын ескерту керек.
- Безеуді емдеу кезінде күн сәулесінің шамадан тыс әсерін болдырмау керек. Бұрын безеуді емдеуге ұсынылған жасанды ультракүлгін сәулелену қазіргі уақытта терінің қартаюын ынталандыру және қатерлі ісіктердің даму мүмкіндігіне байланысты ұсынылмайды.
- Барлық дәрілік заттар мен сәндік косметика комедогенді емес және майлы консистенцияға ие болмауы керек.
- Безеуді емдегенде, ешқандай жағдайда безеудің элементтерін сығып алмау керек. Жууға арналған бактерияға қарсы гелдерді үнемі (бірақ күніне екі реттен көп емес) қолдану ұтымды, бұл тері бетінде майдың жиналуын азайтады және осылайша симптоматикалық жеңілдік береді.
- Қауіпті белгілермен бірге жүретін безеу (жоғарыдан қараңыз) міндетті медициналық көмек пен рецепт бойынша дәрі-дәрмекпен емдеуді қажет етеді.

- Сыртқы қолдануға арналған препараттармен емдегенде (бірінші кезекте кератолитиктер - бензоил пероксиді, третиноин және т.б.), барлық жағдайларда бөртпелердің жоғарылауымен сипатталатын «алдамшы» біріншілік нашарлау кезеңі болады, бұл туралы науқасқа алдын ала ескерту қажет. Безеуді емдеудің алғашқы екі аптасында «алдамшы нашарлауы» мүмкін. Осы кезеңде тағайындалған емдеуді тоқтату немесе өзгерту ұсынылмайды.

- «Алдамшы нашарлау» кезеңінде терінің тітіркену қаупін барынша азайту үшін шаралар қабылдау қажет. Бұл шараларға мыналар жатады: препаратты қолданғаннан кейін күн сәулесінің түсуіне жол бермеу, препаратты қолданар алдында бірден ыстық сумен жуу, препаратты шамадан тыс қолдану, әсіресе дымқыл теріге. Дәрі-дәрмектер күйіп қалмас үшін құрғақ теріге қолданылуы керек.

- Бензоил пероксиді, азела қышқылы және ретинол препараттарын қолданғанда ұзақ уақыт қолданғанда, қызару немесе қабыршақтану кезінде қышу пайда болуы мүмкін. Бұл құбылыстар аллергиялық реакция емес, бірақ препараттың әсерін көрсетеді. Егер реакция шамадан тыс болса, препаратты қолдану жиілігін азайту керек.

- Егер бензоил пероксиді ерітіндісі киімге түссе, матаның түсі өзгермеуі үшін оны дереу шаю керек.

- Таңертең третиноин мен кешке бензоил пероксиді кезектесіп қолданғанда третиноин бензоил пероксидінің әсерін жақсартады. Третиноин, бензоил пероксиді және азелаин қышқылымен емдеу кезінде күн сәулесінен аулақ болу керек, себебі бұл препараттар терінің ультракүлгін сәулеленуге сезімталдығын арттырады.

- Третиноинмен емдеу кезінде жиі жуу препараттың теріге жергілікті тітіркендіргіш әсерін күшейтеді.

- Азелаин қышқылымен емдеу курсы кемінде 4-6 айға созылады.

- Салицил қышқылы препараттарын жергілікті қолдану ацетилсалицил қышқылы мен басқа да стероид емес қабынуға қарсы препараттар бар препараттарды пероральді енгізумен біріктірілмеуі керек.

- Салицил қышқылын ұзақ қолданған кезде ол жалпы қанға сіңіп кетуі мүмкін және салицилаттарға тән жанама әсерлер дамуы мүмкін: шуыл, бас айналу, эпигастрийдегі ауырсыну, жүрек айнуы.

- Резорцинол кара торы түсті науқастарда терінің түсінің өзгеруіне әкелуі мүмкін.

- Калий гидрохинолині терінің қатты құрғауына әкелуі мүмкін.

- Безеуге қарсы дәрі қолданғаннан кейін қолды мұқият жуу керек.

- Безеуге қарсы дәрі-дәрмектермен көзге түсуден аулақ болу керек.

8. Тыныс алу мүшелерінің ауруларына фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

Тыныс алу мүшелерінің аурулары халықтың барлық топтарында жиі кездеседі. Олардың таралуы қанайналым жүйесінің ауруларымен бірдей және әр түрлі жастағы топтарда 15-тен 20%-ке дейінгі аралықты қамтиды. Уақытша жұмысқа қабілетсіздік пен тыныс алу жүйесінің ауруларымен мүгедектік жоғары. Бақытымызға орай, тыныс алу жүйесінің аурулары әсер ететін уақыты қысқа, сондықтан денсаулыққа айтарлықтай қауіп төндірмейді. Алайда, егер емдеу уақытында жүргізілмесе, аурулардың созылмалы түрге көшу ықтималдығы жоғары, денсаулыққа ғана емес, өмірге де қауіпті асқынулардың дамуына әкелуі мүмкін. Тыныс жолдарының ауруларында жиі кездесетін шағым - жөтел. Жөтелге қарсы дәрі сатып алғысы келетін емделушілер дәріханаға келушілердің едәуір бөлігін құрайды.

Дәрі-дәрмектердің осы санатын тарату кезінде фармацевт тыныс алу жүйесінің көптеген ауруларының ішінде рецептсіз дәрі-дәрмектердің көмегімен өзін-өзі емдеуге жіті респираторлық аурулардың бірінші сатысында ғана болатынын есте ұстауы керек.

Дәрігердің дәрілік терапияға міндетті түрде қатысуы жедел бронхит (ауыр ағым), созылмалы бронхиттің өршуі, пневмония, бронх демікпесі, туберкулез, плеврит, абсцесс және өкпе ісіктерінде қажет етеді. Қазіргі жағдайда, туберкулезбен сырқаттанушылықтың едәуір ұлғаюын ескере отырып, фармацевт жөтелге шағымдары бар емделушілерге рецептсіз дәрі-дәрмектерді беру кезінде ерекше сақ болу керек.

Жөтел - бұл рефлекторлы әрекет, ол тыныс алу жолдарында қақырық жиналып, бөгде зат еніп, олардан тыныс жолдарын тазартуға мүмкіндік беретін кезде қорғаныс реакциясы ретінде пайда болады. Жөтел өзінің табиғаты бойынша құрғақ (өнімсіз) болуы мүмкін - қақырықсыз және дымқыл (өнімді) - қақырықты шығарумен. Құрғақ, ауыр жөтелді дәрі-дәрмектермен басу керек. Ылғалды жөтелмен, керісінше, қақырықты эвакуациялауды жеңілдететін, бірақ жөтел рефлексін баспайтын дәрілерді қолдану керек.

Фармацевтикалық қамқорлық көрсетудің бірінші кезеңінде науқастың жөтелінің мүмкін себебін анықтауға және «күшейтетін» симптомдардың болуын (немесе болмауын) анықтауға тырысу керек [55].

8.1. Құрғақ жөтелдің ең көп тараған себептері

- Темекі шеккендер жөтеледі.
- Ларингит (көмейдің шырышты қабығының қабынуы) - құрғақ, дыбысты («үрген» жөтел, тамақ ауруы).
- Трахеит (трахея шырышты қабығының қабынуы) - құрғақ, ауыратын жөтел, металл реңді және қақырық аз.
- Жедел бронхит - бұл трахеобронхиалды шырышты қабықтың қабынуы аурудың бастапқы кезеңінде - терең, ауыратын жөтел, жиі суықтың басқа белгілерінің фонында.
- Плеврит (плевраның қабынуы) - құрғақ жөтел, зардап шеккен жақта қатты ауырсынумен жүреді.
- Бронх демікпесі - бұл иммунопатологиялық механизмдермен байланысты тыныс алудың созылмалы қайталанатын ауруы. Өршудің басында - «спастикалық» жөтел, тыныс алу кезінде ысқырық дыбыстармен бірге жүреді, еңтігу.
- Тыныс жолдарындағы бөгде зат - еңтігу, бозару, цианоз.
- Тамақты жұту (аспирация) - тұншығу, тамақтану кезінде жөтелу (көбінесе балалар мен қарттарда жиі кездеседі).
- Көкжөтел (ауа тамшыларымен берілетін және спастикалық жөтелмен сипатталатын жіті инфекциялық ауру), аурудың соңында - ұзақ тыныс алу және пароксизмальды жөтел; негізінен балаларда кездеседі.
- Жалған круп (көмейдің ісінуі) - бұл пароксизмальды, балада «үретін» жөтел.
- Тітіркендіргіш заттардың буларын ингаляциялау - құрғақ жөтелдің шабуылы.
- Өкпенің эмфиземасы (альвеолалардың шамадан тыс созылуынан немесе бұзылуына байланысты өкпенің ауаның жоғарылауы) - бұл еңтігу фонында құрғақ, «қысқа» жөтел, қарт адамдарда жиі кездеседі.
- Өкпенің ісіктері - құрғақ, тұрақты жөтел, еңтігумен бірге, әлсіздіктен қозғалмайды; салмақ жоғалту, дауыстың қарлығы мүмкін.

Ларингит, трахеит жедел бронхиттің бастапқы кезеңінде, тітіркендіргіш булармен дем алған кезде (егер жалпы жағдайы бұзылмаса), өзін-өзі емдеуге болады. Жоғарыда аталған басқа аурулардың біреуіне күдіктену міндетті медициналық кеңесті қажет етеді. Тыныс алу жолындағы бөтен дененің жалған крупқа күдіктенуі шұғыл медициналық көмекті қажет етеді [56].

8.2. Ылғал жөтелдің жиі кездесетін себептері

- Жедел респираторлық аурулар (суық тию) - шырышты, кейде шырышты - іріңді қақырық суықтың басқа белгілерімен (қызба, ринит, тамақ ауруы) үйлеседі.

- Мұрын -жұтқыншақтан көмейге шырыштың ағуы негізінен түнгі жөтел болып табылады.

- Көкжөтел - ұзақ деммен жұтатын және аз мөлшерде жеңіл қақырықты шығаратын пароксизмальды ауыратын жөтел; негізінен балаларда кездеседі.

- Пневмония (инфекциялық - қабыну өкпе ауруы, бронхтың патологиялық процеске қатысуы және интральвеолярлы қабыну экссудациясының міндетті түрде болуы) - әлсіздік, тершеңдік, дене қызуының фонында мукопурулентті қақырықты жөтел; мүмкін кеуде ауыруы, қалтырау.

- Созылмалы бронхит (бронхтың диффузды, баяу үдемелі қабынуы) - мукопурулентті немесе іріңді қақырықты ұзақ, тұрақты жөтел; жылына бірнеше рет өршу. Бронх демікпесі өршу кезінде - тыныс алудың ұзаққа созылған дем шығаруына дейін, ысқырықты сырыл, «шыны тәрізді» қақырық.

- Бронхоэктазия (қайтымсыз өзгерген және функционалды ақаулы бронхтарда іріңді процесс) - таңертең мукопурулентті немесе іріңді қақырықтың мол бөлінуі.

- Өкпе туберкулезі - көп мөлшердегі қақырық, мүмкін қанға бөлінген, тершеңдік, салмақ жоғалту.

- Өкпенің ісіктері - қозғалмайтын әлсіздікпен бірге созылмалы жөтел; мүмкін салмақ жоғалту, дауыстың қарлығыуы, қақырықтағы қан жолақтары. Ылғал жөтелге шағымданғанда жедел респираторлық ауруларға, бронхитке (жеңіл ағымда) өзін-өзі емдеуге болады [57]. Басқа жағдайларда, сіз міндетті түрде дәрігермен кеңесу керек. Науқаста бронхопульмональды жүйенің ауыр ауруын көрсететін **«қауіпті» белгілерге** мыналар жатады:

- Бір аптадан астам уақытқа созылатын жөтел (әсіресе жөтел уақыт өте келе күшейген жағдайларда);

- Жөтел, ұзақ мерзімді (апта) тұрақты температурамен бірге жүреді-37,5-38°C

- 3 немесе одан да көп күн бойы жоғары температурамен (38-39°C жоғары) жүретін жөтел;

- Ентігумен бірге жүретін жөтел, тыныс алу кезінде кеуде ауыруы;

- Қою жасыл түсті қақырықты жөтел;

- Қанмен бөлінген қақырықпен бірге жүретін жөтел;

- Тұншығу ұстамасы бар жөтел;

- Жөтелмен бірге жүретін әлсіздік, салмақ жоғалту;

- Қатты терлеу (әсіресе түнде), қалтырау;

- Кенеттен қатты жөтел ұстамасы;

- Үзіліссіз бір сағат бойы қатты жөтел;

- Қақырықтың мол өндірілуі;

- Дауысты өзгерту.

Барлық жағдайларда дәрі-дәрмектерді қолданар алдында міндетті түрде дәрігердің кеңесі қажет. Егер дәріханалық тапсырыс берушіде «қауіпті» белгілердің ешқайсысы анықталмаса, онда фармацевтикалық қамқорлықтың келесі кезеңін - жөтелді симптоматикалық емдеуге берілген науқас үшін фармакологиялық топты таңдауға болады. Жөтелге шағымданған науқастарды симптоматикалық емдеу бағыттары

- Құрғақ жөтелге - орталық және перифериялық әсерге қарсы жөтелге қарсы препараттар.

- Ылғал жөтелмен - жөтел және муколитикалық препараттар [58].

8.3 Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар

- Темекі шегуден бас тартып, оның ішінде зейнеткерлік темекі ингаляциясы.

- Бөлмені жиі желдетіп отыру керек, өйткені таза салқын ауа жөтел рефлексін төмендетеді.

- Қақырықты кетіруді жеңілдету үшін мүмкіндігінше көп сұйықтық ішу керек.

Құрғақ жөтелге қолданылатын дәрілік заттардан тыс дәрілік заттар және оларды ұтымды қолдану шарттары

Құрғақ жөтелді симптоматикалық емдеуге арналған көптеген рецептсіз дәрі-дәрмектер бар. Олардың көпшілігі күрделі, құрамында бірнеше белсенді ингредиенттер бар. Монопрепараттар түріндегі кейбір ингредиенттер рецепт бойынша ғана рұқсат етіледі, бірақ сонымен бірге олар компоненттердің бірі ретінде күрделі рецептсіз өнімдерге қосылады. Мұнда құрғақ және дымқыл жөтелді симптоматикалық емдеуге арналған препараттарды құрайтын негізгі белсенді ингредиенттердің қысқаша сипаттамасы берілген.

8.4. Жөтелге қарсы препараттарды қолдану кезіндегі фармацевтикалық қамқорлық

- Жөтелге қарсы препараттар бронх секрециясының жоғарылауына, қақырықтың мол бөлінуіне тағайындалмайды.
- Құрамында кодеин, декстрометорфан, бутамират бар жөтелге қарсы препараттар, 2 жасқа дейінгі балаларға, жүктілік пен лактация кезінде ұсынылмайды.
- Құрамында кодеин, декстрометорфан, бутамират бар жөтелге қарсы дәрі-дәрмектерді көп мөлшерде қабылдағанда немесе ұзақ уақыт қолданғанда орталық жүйке жүйесінің және тыныс алу жүйесінің депрессиясына әкелуі мүмкін.
- Окселадин, бутамират және әсіресе декстрометорфан бар препараттар летаргияға, ұйқышылдыққа және бас айналуға әкелуі мүмкін. Бұл дәрі-дәрмектерді жүргізушілерге және назар аударуды қажет ететін басқа мамандықтағы адамдарға қолдануға ұсынылмайды.
- Құрамында окселадин, бутамират, декстрометорфан және әсіресе кодеин бар препараттарды алкогольмен біріктіруге болмайды, себебі ОЖЖ мен тыныс алу депрессиясының жоғары қаупі бар.
- Үлкен дозаларды қабылдаған кезде құрамында бутамират бар препараттар құсуды, диареяны, қан қысымының төмендеуін, әсіресе ауыр жағдайларда, артериялық қысымды тудыруы мүмкін.
- Құрамында глауцин гидрохлориді бар препараттар балаларда қолданылғанда қан қысымының төмендеуіне әкелуі мүмкін.
- Құрамында преноксидиазин бар таблеткаларды шайнамай жұту керек, әйтпесе ұйқышылдық, ауыздың және жұтқыншақтың шырышты қабығының сезімталдығының жоғалуы мүмкін.
- Преноксидиазинмен ауыз бен тамақтың құрғауы мүмкін.
- Қан қысымы төмен адамдарға преноксидиазинді қолдану ұсынылмайды.
- Преноксидиазинді қабылдау 6 жастан асқан балаларға тағайындалады.

Ылғал жөтелге қолданылатын рецептсіз дәрі-дәрмектер және оларды ұтымды қолдану шарттары

Макротаның дымқыл немесе өнімді жөтелмен бөлінуімен бірге жүретін жөтел кезінде препараттар сұйық қақырықты бөлуге ықпал ететін дәрілер қолданылады - қақырық түсіретін заттар. Қалың, тұтқыр қақырықпен муколитикалық препараттар қолданылады - бронх секрециясының мукополисахаридтерінің молекулаларындағы дисульфидтік байланыстарды жою қабілеті бар препараттар.

8.5. Қақырық түсіретін дәрілерді қолданудағы фармацевтикалық қамқорлық

- Қақырық түсіретін дәрілерді жөтел рефлексін тежейтін препараттармен (кодеин, окселадин, глауцин және т.б.) және қақырықты қалыңдататын

гистаминолитиктермен (димедрол, пиполфен және т.б.) біріктіруге болмайды.

- Қақырық түсіретін дәрілерді қабылдаған кезде науқастың денесін құрғататын дәрілерді (диуретиктер, іш жүргізетін дәрілер және т.б.) тағайындауға болмайды.
- Рефлекторлы әсер ететін экспекторантты препараттар (термопис, терпингидрат, истод), егер дозадан асып кетсе, құсу тудыруы мүмкін, асқазан ауруларында (гастрит, асқазан жарасы) қарсы болады
- Төсек тартып жатқан науқастарға қақырық түсіретін дәрілерді тағайындау ұсынылмайды.
- Экспекторанттардың клиникалық әсері, әдетте, емнің 6-7 күнінен ерте байқалмайды.
- Қақырық түсіретін препараттарды қабылдаған алғашқы 2-3 күнде жөтел мен қақырықтың бөлінуі жоғарылауы мүмкін: бұл құбылыстар препараттың тиімділігін көрсетеді (керісінше емес).
- Йодиді (калий йодиді, натрий йодиді) бар препараттарды дозаланғанда немесе ұзақ қолданғанда йодизм пайда болуы мүмкін: ринит, Квинке ісінуі; гипертиреоз құбылыстары болуы мүмкін - тахикардия, тремор, гиперқозғыштық, ұйқысыздық, диарея (40 жастан асқан адамдарға).
- Құрамында йодидтер бар препараттар (калий йодиді, натрий йодиді) жүктілік кезінде, жедел қабыну процестерінде, қалқанша безінің ауруларында тағайындалмайды.
- Жедел қабыну процесі болған кезде шөптен жасалған қақырық түсіретін препараттарға артықшылық беріледі.
- Шөптен жасалған қайнатпалар мен инфузиялар (мия, алтей тамыры, көкбауыр, анис, аскөк, тимьян) қақырық түсіретін әсерге ғана емес, сонымен қатар құрамында микроэлементтер, дәрумендер мен биогенді стимуляторлардың болуына байланысты зақымдалған бронх шырышты қабығының регенерациясына ықпал етеді [59].

8.6. Муколитика

Муколитикалық препараттар бронх секрециясын құрайтын мукополисахаридтердің, полипептидтердің, мукопротеидтердің молекулаларын ыдыратады. Муколитикалық препараттардың, әсіресе амброксолдың маңызды ерекшелігі - липидті-ақуызды-мукополисахаридті сипаттағы сурфактант-өкпелік сурфактант синтезін жоғарылату мүмкіндігі. Сурфактант альвеолалардың жасушаларымен синтезделеді және олардың ыдырауына жол бермейді. Бронхопультониялық аурулардың көпшілігінде сурфактант синтезі бұзылады. Сурфактант синтезінің артуы мукоцилиарлы тасымалдау белсенділігін жанама түрде арттырады. Барлық муколитикалық препараттар қабынуға қарсы жұмсақ әсерге ие [60].

13 Кесте

Ылғал жөтелді симптоматикалық емдеуге арналған препараттарды құрайтын белсенді ингредиенттер (муколитиктер)

Препараттар	Белсенді заттар	Фармацевтикалық сипаттамалар
Дайындықтар: Бро-Зедекс (сироп) Бромгексин-8 (тамшылар) Бромгексин-Дарница (таблеткалар)	Бромгексин	Бромгексин бауырда метаболизденгенде белсенді затқа - амброксолға айналады. Осылайша, амброксол - бромгексиннің белсенді

<p><u>Бронхомакс</u> (таблеткалар) Бронхосан (тамшылар) Солвин (эликсир) <u>Бронхолор-М</u> (сироп) Бронхорил (сироп)</p>		<p>метаболиті.</p>
<p>Дайындықтар: <u>Амробене</u> (таблеткалар, сироп) Амброгексал (таблеткалар) Амброгексал-Дарница, Амброксол-КМП (таблеткалар) Амброксол-Денсаулық (таблеткалар) Амбросан, Амбротард (таблеткалар) Лазолван (сироп) Лазонгин (таблеткалар) Медокс (таблеткалар) Муколван (ерітінді) Милистан ыстық шайы жөтелге*, жөтелге арналған флавамед ерітіндісі Колдакт-бронхо(сироп) Роксин (таблеткалар)</p>	<p>Амброксол гидрохлориді</p>	<p>Олар бронх секрециясының гликопротеидтері мен гликозаминогликандарын бөледі. Олар муколитикалық (секретолитикалық) және қақырық түсіретін әсерге ие. Әлсіз жөтелге қарсы препарат. Беттік белсенді заттардың синтезін ынталандырады.</p>
<p>Дайындықтар: Уропрот (ерітінді) Уромес (инъекцияға арналған ерітінді) Уромитексан (ерітінді)</p>	<p>Месна</p>	<p>Ол трахеобронхиальды секрецияны сұйылтады және ацетилцистеин сияқты қақырықты кетіруді жеңілдетеді, бірақ бисульфидтік байланыстарды тиімдірек бұзады.</p>
<p>Дайындықтар: АЦЦ (таблеткалар) АЦЦ лонг АЦЦ (ұнтақ) Ацестад (таблеткалар) Ацетин, Кофацин (таблеткалар) Флуимуцил (ерітінді)</p>	<p>Ацетилцистеин</p>	<p>Ол гликозаминогликандардағы дисульфидтік байланыстарды бұзу арқылы қақырықты сұйылтады. Қақырықтың көлемін ұлғайтады, оның бөлінуін жеңілдетеді. Бронхтағы қабынуды азайтады. Ол антиоксидантты және пневмопротекторлық қасиеттерге ие. Ол плацентарлы тосқауылға еніп, амниотикалық сұйықтықта жиналуы мүмкін.</p>
<p>Дайындықтар: <u>Бронхолор</u>(сироп) Мукопронт (сироп) Мукосол (сироп) <u>Флюдитек</u> (сироп)</p>	<p>Карбоцистеин</p>	<p>Клиникалық және фармакологиялық қасиеттері бойынша ол ацетилцистеинге жақын. Ол гликозаминогликандардағы дисульфидтік байланыстарды бұзу арқылы қақырықты сұйылтады. Ол қабыну</p>

		<p>медиаторларының әсерін Антибиотиктердің секрециясына енуіне</p>	<p>жергілікті тежейді. бронх ықпал етеді.</p>
--	--	---	--

8.6.1. Муколитикалық препараттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық

- Бромгексин мен амброксол бауыр трансаминазаларының белсенділігін арттыруы мүмкін.
- Бромгексин мен амброксол сілтілі ерітінділермен, құрамында кодеин бар препараттармен, антихолинэргетиктермен үйлеспейді.
- Амброксол антибиотиктердің бронх секрециясына және бронх шырышты қабатына енуін арттырады.
- Амброксол жүктіліктің бірінші триместрінде қарсы.
- Бромгексин 3 жасқа дейінгі балаларға тағайындалмайды.
- Ацетилцистеинмен емдеуді кішкене дозалардан бастау керек (100-200 мг), өйткені үлкен дозалардың әсерін болжау мүмкін емес және ауыр гиперсекрецияға әкелуі мүмкін.
- Ацетилцистеин өкпе қан кетуіне, бауыр мен бүйрек функциясының бұзылуына, бронх демікпесі бар науқастарда бронхоспазм тудыруы мүмкін.
- Ацетилцистеин жүктіліктің бірінші триместрінде қарсы, болашақта дәрігердің бақылауымен қатаң көрсеткіштермен ғана қолданылады.
- Ауызша ацетилцистеин үшін антибиотиктерді қабылдағаннан кейін екі сағаттан кейін қабылдау керек.
- Асқазан-ішек жолдарының эрозиялық және ойық жаралары бар адамдарға карбоцистеинді тағайындау ұсынылмайды.
- Месна қақырықты шығаруға кедергі келтіретін барлық жағдайларда (бронхоспазм және т.б.) үзілді-кесілді қарсы болады, өйткені сұйық қақырық төмен қарай ағып, тыныс алу жетіспеушілігімен кіші бронхтардың бітелуін (бітелуін) тудырады.
- Месна ингаляциясын қабылдаған кезде жөтел мен бронхоспазм болуы мүмкін.
- Аминогликозидті антибиотиктер месна белсенділігін айтарлықтай төмендетеді.
- Бактерияға қарсы препараттардың әсерін күшейту және олардың жанама әсерінің ауырлығын төмендету үшін жүйелік терапияны қолданған жөн (Вобензим, Флогензим).

ҚОРЫТЫНДЫ

Қазіргі уақытта дәріханалар саны едәуір өсті, тауарлар ассортименті едәуір кеңейді, және бұл көбінесе синонимдік препараттардың ассортимент тізіміне әр түрлі өндірушілерді енгізумен байланысты. Мұның бәрі ұсыныстың қазіргі уақытта сұраныстан озып кетуіне әкелді. Дәріханалар клиенттерді бәсекеге қабілетті болуға және пайданы жоғарылатуға тарту үшін көп күш салуы керек. Фармацевтке қойылатын талаптар да өзгеруде, консультациялық қызметтің маңызы арта түсуде. Фармацевтика қызметкерлері қазір үш деңгейдегі консультанттар болып табылады: емделушілерге, дәрігерлерге және жұртшылыққа халықтың денсаулығын жақсартуға және салауатты өмір салтын насихаттауға қатысу. Бірақ нормативтік база фармацевттің мұндай қызметін іс жүзінде реттемейді.

Осылайша, қазіргі уақытта фармацевтикалық қамқорлықты жақсарту мәселесі нормативті-құқықтық базада да, оны қолдану тәжірибесінде де өте өзекті болып табылады, бұл препараттарды қолдануға немесе науқастың денсаулығының жай-күйіне байланысты проблемалардың алдын алуға немесе анықтауға және шешуге бағытталған. Дәріхана ассортиментінде тауарларды сатып алу процесіне әсер ететін факторлардың ертерек талдауы көрсеткендей, респонденттердің 40% үшін дәріханаға барудың негізгі себебі дәрі-дәрмектерді жоспарлы сатып алу болып табылады, респонденттердің 33% дәріханаға профилактикалық препараттарды сатып алуға жүгінеді және 27% шұғыл емдеуге арналған дәрі-дәрмектерді сатып алу үшін, ал адамдар дәрігерден гөрі дәріхана қызметкеріне жиі барады.

Тақырып бойынша тест тапсырмалары:

1. Фармацевтикалық қамқорлық және қызбаға кеңес беру

1. Жүктілік кезінде қандай ҚҚСЕП қолдануға тыйым салынған?
2. Ересектердегі дене қызуының ең көп тараған себептері қандай?
3. Балалардың дене қызуының ең көп тараған себептері қандай?
4. Антипиретикалық препараттар бар дәрілік формалардың қандай клиникалық және фармацевтикалық сипаттамаларын білесіз?

2. Суық тиюге фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

1. Босанғаннан кейінгі аурулардың негізгі белгілері.
2. Суық тиюді емдеуге қолданылатын препараттар.
3. Суық тиген науқастарға жалпы кеңес.
4. ЖРВИ-мен ауыру қаупінің факторлары қандай?

3. Асқазан-ішек жолдарының ауруларына фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

1. Асқазан-ішек жолдары ауруларының белгілері.
2. Асқазан-ішек жолдары ауруларының себептері.
3. Асқазан-ішек аурулары бар науқастарға фармацевтикалық кеңес беру.
4. Асқазан-ішек ауруларын емдеуге қолданылатын дәрілер.

4. Темір тапшылықты анемияға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

1. Темірдің және оның метаболизмінің организмдегі рөлі.
2. Темір тапшылықты анемия, оның белгілері.
3. Балалардағы темір тапшылығы анемиясы, оларды жоюдың алдын алу шаралары.
4. Темір тапшылықты анемияға арналған рационалды терапия принциптері.

5. Мазасыздыққа фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

1. Депрессиялық күйлер.
2. Бұл патологияға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру.
3. Мазасыздықтың жалпы себептері
4. Мазасыздықты жоғарылату үшін қолданылатын дәрілер

6. Астеникалық жағдайға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру.

1. Астеникалық жағдайлар.
2. Астениялық жағдайға фармацевтикалық қамқорлық.
3. Астениялық синдромның дамуына әсер ететін факторлар.
4. Астениялық синдромда қолданылатын дәрілер

7. Дерматологиядағы ауруларға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

1. Балалар мен ересектердегі астеникалық жағдайдың, депрессияның, мазасыздықтың негізгі себептері қандай?
2. Астеникалық синдроммен, депрессиямен, мазасыздық жағдайымен бірге жүретін негізгі белгілер қандай?
3. Қарапайым герпес даму кезеңдері?
4. Астеникалық жағдайларды, депрессияны, мазасыздықты емдеуге қандай дәрілер қолданылады?

8. Тыныс алу мүшелерінің ауруларына фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

1. Тыныс алу жүйесі ауруларының жіктелуі.
2. Ылғал, құрғақ жөтелдің жиі кездесетін себептері.
3. Тыныс алу жүйесінің негізгі ауруларының сипаттамасы.
4. Бұл патологияға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Регистр лекарственных средств России РЛС Пациент 2003 [Электронный ресурс]. – 2003. – URL: <https://www.rlsnet.ru/library/books/rls-pacient-2003/chast-3.-mir-lekarstv/glava-3.10.-sredstva-vliyayushhie-na-immunnuyu-sistemu/3.10.2.-immunomodulyatory/immunostimulyatory> (дата обращения 01.11.2020).
2. Н.М. Плотникова, О.А. Сердюкова, Е.Н. Сницаренко. Практическое пособие для врачей. Ведение пациентов с селективным дефицитом иммуноглобулина А [Электронный ресурс]. – 2018. – URL: https://www.rcrm.by/download/posob_doctor/2018-3.pdf (дата обращения 11.11.2020).
3. Гардиферон. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. Государственный реестр лекарственных средств РФ. (Электронный ресурс). URL: <https://otvet.mail.ru/question/27823771> (дата обращения: 02.08.2019).
4. С.В.Дьяченко. Иммуноактивные препараты. – URL: <https://dvgmu.ru/images/data/pages/206/L635BRwQjxsj71IZ.pdf> (дата обращения 06.11.2020).
5. Е.В. Никитин. Использование амиксина в терапии и профилактике вирусных инфекций // Газета «новости медицины и фармации». - 2014. - № 2. - URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3410> (дата обращения 23.08.2020).
6. Инструкция по применению Нормомед сироп 50мг/мл 240мл. – URL: <https://apteka.com/ru/tovary/lekarstva/inozin-pranobeks-355/normomed-sirop-50mg-ml-240ml-84286/instrukciya> (дата обращения 03.12.2020).
7. С.В. Зайцева, О.В. Зайцева. Острые респираторные инфекции у детей: этиопатогенетические возможности современной терапии [Электронный ресурс]. – 2015. – URL: <https://remedium.ru/doctor/infectious/ostrye-respiratornye-infektsii-u-detey-etiotopogeneticheskie-vozmozhnosti-sovremennoy-terapii/10> (дата обращения 23.08.2020).
8. М.С. Савенкова. Лечение вирусных инфекций: Проблема выбора эффективных противовирусных препаратов // Педиатрия . - 2012. - № 6. - URL: https://pediatriajournal.ru/files/upload/mags/326/2012_6_3552.pdf (дата обращения 07.12.2020).
9. Эхинацея пурпурная. - URL: <https://www.apteka.com/ru/ehinatseya-purpurnaya-p-1089.html>
10. Фармацевтическая опека при лихорадке. – URL: <https://thepresentation.ru/medetsina/farmatsevticheskaya-opeka-pri-lihoradke> (дата обращения 08.06.2021).
11. Теплякова Т.В., Косогова Т.А., Ананько Г.Г., Бардашева А.В., Ильичева Т.Н. Противовирусная активность базидиальных грибов. Обзор литературы // Проблемы медицинской микологии. - 2014. - № 2. - URL: <https://xn--c1atere.xn--p1ai/upload/files/2014.pdf> (дата обращения 06.08.2021).
12. Противовирусные лекарственные средства часть 3. – URL: <https://www.med74.ru/infoitem2754.html> (дата обращения 25.07.2021).
13. Иммуномодуляторы в лечении герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса. /Панкратов О.В. / Медицинские новости [Электронный ресурс]. – 2011. – URL: <https://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4958> (дата обращения 01.10.2020).
14. Тезисы докладов III Национального конгресса бактериологов. В рамках XI съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов (ВНОЭМП) // Бактериология. - 2017. - № 3. - URL: <https://www.phdynasty.ru/upload/medialibrary/1c7/1c7ce717341a816f2290bf4b60d9d911.pdf> (дата обращения 08.09.2021).
15. Панкратов О.В. Иммуномодуляторы в лечении герпетической инфекции, вызванной вирусом простого герпеса // Медицинские новости. 2011. №4. С. 18-24.
16. Азурикс. – URL: https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_96128.htm (дата обращения 06.05.2020).

17. Обмен мочевой кислоты и патогенез нарушений. – URL: <https://compendium.com.ua/tutorials/podagra/obmen-mochevoj-kisloty-i-patogenez-narushenij/> (дата обращения 23.08.2020).
18. Потемин С.Н. Хронический медленно транзиторный колоностаз: механизмы развития и возможности хирургического лечения // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 6 – URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=948> (дата обращения 06.11.2020).
19. Лечение запоров. – URL: <https://www.klinikantm.ru/articles/lechenie-zaporov> (дата обращения 12.11.2020).
20. Значение пищевых волокон в питании. – URL: <http://propionix.ru/pishchevyye-voлокna> (дата обращения 15.03.2020).
21. И.Н.Захарова, Н.Е.Малова. Запоры у детей раннего возраста // Журнал «Лечащий Врач». - 2004. - URL: <https://www.lvrach.ru/2004/01/4530906> (дата обращения 07.12.2020).
22. Иркутский государственный медицинский университет. Воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта // Пособие для врачей. - 2012. - URL: https://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/b58cd1df_vospalitelnye_zabolevaniya_verhnih_otdelov_zhkt.pdf (дата обращения 07.03.2020).
23. Н. А. Цубанова. Современные слабительные препараты: альтернатива выбора // Журнал «Аптечный союз». - 2015. - URL: <https://pharmedu.ru/publication/sovremennye-slabitelnye-preparaty-alternativa-vybora> (дата обращения 15.12.2020).
24. И. А. Зупанец, Н. В. Бездетко, Е. Ф. Гринцов. Симптоматическое лечение нарушенной функции желудочно-кишечного тракта. Запор // Провизор. – 2002. – № 13. – Режим доступа: http://provisor.com.ua/archive/2002/N13/art_17.php.
25. Статья википедия. Токсикология этанола. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_%D1%8D%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%B0 (дата обращения 07.10.2021).
26. Данилов А.В. Влияние алкоголя на организм человека. – URL: <http://www.myshared.ru/slide/924940/> (дата обращения 10.02.2020).
27. И. А. Зупанец, Н. В. Бездетко, Л. В. Деримедведь. Фармацевтическая опека: клинико-фармацевтические аспекты применения алкоголя в медицине // Провизор. – 2003. – № 4. – Режим доступа: http://provisor.com.ua/archive/2003/N4/art_27.php.
28. С. А. Гуцуляк. Железодефицитная анемия у детей: учебное пособие. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – URL: https://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/a50655d5_zhelezodefitsitnaya_anemiya_u_deteiy_gutsulyak_s.a..pdf (дата обращения 05.11.2020).
29. Е.В. Кабаева. Мальтофер. Препарат следующего поколения. Железо (III)-гидроксид полимальтозный комплекс (ГПК). – URL: <https://medi.ru/info/4965/> (дата обращения 03.12.2020).
30. Васильева Т.М., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. и др. Железодефицитные состояния: в фокусе девушки-подростки. РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(3):206-212. DOI: 10.32364/2618-8430-2019-2-3-206-212.
31. Методическая разработка для студентов IV курса педиатрического факультета по проведению практического занятия по разделу «патология детей младшего возраста». Тема занятия: «железодефицитная анемия у детей». – URL: https://stgmu.ru/userfiles/depts/faculty_pediatics/Methodicheskie_posobiya/4_kurs/11_MR_ZhD_A.pdf (дата обращения 05.01.2021).
32. И. А. Зупанец, Н. В. Бездетко. Фармацевтическая опека: лечение железодефицитной анемии // Провизор. – 2003. – № 3. – Режим доступа: http://provisor.com.ua/archive/2003/N3/art_07.php.
33. Doom J.R., Gahagan S., East P.L. et al. Adolescent Internalizing, Externalizing, and Social Problems Following Iron Deficiency at 12–18 Months: The Role of Maternal Responsiveness. Child Dev. 2019 Jun 2. DOI: 10.1111/cdev.13266. [Epub ahead of print]

34. Наиболее распространенные причины тревожных состояний. – URL: https://studopedia.su/19_109800_naibolee-rasprostranennie-prichini-trevozhnosti-u-detey.html (дата обращения 01.10.2020).
35. Самостоятельная работа № 4. Тема: «Фармацевтична опіка хворих з порушеннями діяльності нервової системи: неспокій, безсоння». Тревожные состояния. - URL: <https://studfile.net/preview/3595193/> (дата обращения 11.10.2020).
36. Невроз и стресс: фитотерапевтическая опека. Постоянная ссылка: [https://www.apteka.ua/article/197625_№2\(873\)](https://www.apteka.ua/article/197625_№2(873))
37. Воробьева А.А. Астенические состояния: эффективная и безопасная терапия // Регулярные выпуски «РМЖ». – 2009. – № 20. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Astenicheskie_sostoyaniya_effektivnaya_i_bezopasnaya_terapiya/.
38. И.О. Щедеркина., И.Е. Колтунов., Г.Е. Чмутин., М.И. Лившиц., Н.В. Бузина., И.П. Витковская., Д.Ю. Корнеев., А.Е. Кессель. Современные подходы в нейрорепедиатрии к ведению детей с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, детским церебральным параличом, черепно-мозговой травмой // Журнал «Фарматека»– 2018. – № 4. – Режим доступа: <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2018.s4.80-88>
39. В. М. Студеникин. Беспокойный ребенок// Журнал «Лечащий Врач». - 2002. - URL: <https://www.lvrach.ru/2002/09/4529632> (дата обращения 07.04.2021).
40. Сафонов А.А. Краткий путеводитель по большому арсеналу медико-биологических средств для поддержания и восстановления высокой работоспособности, а также ускорения восстановления вашего организма после значительных физических и психологических нагрузок. - URL: <https://www.toptrening.ru/articles/638> (дата обращения 02.03.2021).
41. Анаболические средства (Буланов Ю. Б., 1993 г.) Предисловие. - URL: <https://medznate.ru/docs/index-61151.html?page=3> (дата обращения 07.02.2021).
42. Растительные препараты. - URL: <https://mskdkd.ru/materials/docs/adaptogens.pdf>
43. Shoemaker M.E., Gillen Z.M., McKay B.D. et al. High Prevalence of Poor Iron Status Among 8- to 16-Year-Old Youth Athletes: Interactions Among Biomarkers of Iron, Dietary Intakes, and Biological Maturity. J Am Coll Nutr. 2019:1–8. DOI: 10.1080/07315724.2019.1621229. [Epub ahead of print].
44. А.Н.Кутасин.,Н.В.Морозова., Н.Н.Устюхина.Средства восстановления работоспособности спортсмена после физических нагрузок: Учебно-методическое пособие.
45. Оконенко Т.И.,Т.И.,Антропова Г.А., Агаева А.А. Провизор – врач. Ассортиментная политика и фармацевтическая опека больных с ранами различной этиологии и локализации // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=19757>.
46. Фармацевтическая опека: симптоматическое лечение синдрома астении.-2017. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32454541/> (дата обращения 16.02.2021).
47. Лекция: Фармацевтическая опека при травматических повреждениях кожи. – URL: <https://ppt-online.org/243581> (дата обращения 18.02.2021).
48. Захарова И.Н., Тарасова И.С., Чернов В.М. и др. Факторы риска развития железодефицитных состояний у детей и подростков города Москвы. Педиатрическая фармакология. 2018;1(8):69–75.
49. Государственный реестр лекарственных средств РФ. (Электронный ресурс). URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> (дата обращения: 01.08.2019).
50. ИП №6 УМС при КазГМА. Фармацевтическая опека при заболеваниях кожных покровов инфекционной природы. – URL: <https://medznate.ru/docs/index-24545.html> (дата обращения 18.03.2021).

51. Khayatova Z.B., Abdulkadirova N.B., Yakimova A.V. et al. Features of ferrotherapy in women with iron deficiency anemia and inflammatory diseases of the pelvic organs. *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2019;2:108–112 (in Russ.).
52. Gribkova I.V., Holovnya-Voloskova M.E., Polyakova K.I. et al. Pharmacoeconomic analysis of the use of oral iron preparations for the treatment and prevention of iron deficiency anemia in pregnant women. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2018;3:138–144 (in Russ.).
53. Г. Д. Усенко, И. А. Зупанец, Н. В. Бездетко. Фармацевтическая опека: лечение угрей // *Провизор*. – 2002. – № 19. – Режим доступа: http://provisor.com.ua/archive/2002/N19/art_17.php
54. Dobrokhotova Yu.E., Markova E.A. Correction of iron deficiency anemia in patients with obstetric and gynecological pathology (pharmacoeconomic comparative analysis). *RMJ*. 2018;2(1):29–33 (in Russ.).
55. Теоретический материал для учебной практики по фармакологии для студентов мед колледжа фарм. Отделения. – URL: <https://infourok.ru/teoreticheskiy-material-dlya-uchebnoy-praktiki-po-farmakologii-dlya-studentov-med-kolledzha-farm-otdeleniya-2835266.html> (дата обращения 23.02.2021).
56. Беловол А.Н., Князькова И.И. // *Провизор*. – 2008. – № 4. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2008/N04/imun_mod408.php?part_code=62&art_code=6401.
57. Васильева Т.М., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. и др. Алгоритм диагностики и лечения железодефицитных состояний у детей. *РМЖ*. 2018;9(26):2–7.
58. Хаятова З.Б., Абдукадилова Н.Б., Якимова А.В. и др. Особенности ферротерапии у женщин с железодефицитной анемией и воспалительными заболеваниями органов малого таза. *РМЖ. Мать и дитя*. 2019;2:108–112.
59. Компендиум — лекарственные препараты (справочник). / Под ред. акад. НАМН Украины, проф. В.Н. Коваленко, проф. А.П. Викторова — К., 2011.
60. И. А. Зупанец, Н. В. Бездетко. Кашель. Фармацевтическая опека больных с простудными заболеваниями // *Провизор*. – 2002. – № 10. – Режим доступа: http://provisor.com.ua/archive/2002/N10/art_18.php

Мазмұны

Қысқартулар	3
Кіріспе	4
Негізгі бөлім.....	5
1. Қызба кезінде фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру	5
1.1. Ересектердегі қызбаның ең көп тараған себептері	5
1.2. Балалардағы қызбаның ең көп тараған себептері	6
1.3. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар	7
1.4. Қызбаға қарсы кеңестер	7
1.5. Жоғары температураны түсіретін рецептісіз босатылатын дәрі-дәрмектер	7
1.6. Қызуға қарсы препараттардың дәрілік формаларының клиникалық және фармацевтикалық сипаттамасы.....	19
1.7. Қызуды түсіретін препараттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық.....	11
2. Суық тиюге фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру	12
2.1. ЖРВИ ауруының қауіп факторлары	14
2.2. Суықтың алдын алуға арналған жадынама	14
2.2.1. Медициналық қамқорлықті қажет ететін қауіпті белгілер	15
2.3. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар	15
2.3.1. Суық тиюдің алдын алудағы иммундау	15
2.4. ЖРВИ профилактикасы үшін қолданылатын дәрілер	16
2.5. Суықтың алдын алу үшін дәрілік заттарды қолдану бойынша фармацевтикалық қамқорлық	20
3. Асқазан-ішек жолдарының ауруларына фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру.....	21
3.1. Фармацевтикалық қамқорлық және іш қатуға кеңес беру	22
3.1.1. Іш қатудың ең көп тараған себептері	22
3.2. Іш қатуды емдеуге жалпы әдістері	23
3.2.1. Емделушілердің ішектің жұмысын қалыпқа келтірудің дәрілік емес әдістері бойынша жалпы ұсыныстар	23
3.3. Лактивті заттардың негізгі топтарының клиникалық және фармацевтикалық сипаттамасы.....	24
3.4. Іш қатуды симптоматикалық емдеуге арналған дәрілерді қолдануға фармацевтикалық қамқорлық (іш жүргізетін заттар).....	29
4. Темір тапшылықты анемияға фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру	29
4.1. Темір мен оның метаболизмінің адам ағзасындағы рөлі	30
4.2. Темір тапшылықты анемияның себептері	31
4.2.1. Ересектердегі темір тапшылығы анемиясының жиі кездесетін себептері	32
4.2.2. Балаларда темір тапшылығы анемиясының жиі кездесетін себептері	32
4.3. Темір тапшылықты анемияның белгілері.....	32
4.4. Темір тапшылығының алдын алу шаралары	34
4.4.1. Темір тапшылықты анемияға арналған рационалды терапия принциптері	34
4.5. Темір препараттарын қабылдаған кезде мүмкін болатын жанама әсерлер.....	34
4.6. Темірмен улану	34
4.7. Темір препараттарымен терапияның тиімділігінің	35
4.7.1. Ішке қабылдауға арналған темір препараттарының салыстырмалы сипаттамасы	35
4.8. Құрамында темір Fe (III) бар препараттар.....	38
4.8.1. Темір препараттарын пероральді қолдануға фармацевтикалық қамқорлық.....	39
5. Мазасыздық жағдайында фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру	39
5.1. Мазасыздықтың жиі кездесетін себептері	40
5.1.1. Балалардағы мазасыздықтың жиі кездесетін себептері	40
5.1.2. Мазасыздық жоғарылауымен «қауіпті» белгілері	41

5.2. Мазасыздық симптомдары бар емделушілерді емдеу бағыты.....	41
5.2.1. Мазасыздықты жоғарылату үшін қолданылатын дәрілер және оларды ұтымды қолдану шарттары	41
5.3. Седативті дәрілер қолданудағы фармацевтикалық қамқорлық	43
6. Астения (астениялық синдром)	44
6.1. Астениялық синдромның дамуына әсер ететін факторлар	45
6.2. Көбінесе астениялық синдромның немесе депрессиялық күйдің дамуымен бірге жүретін дәрілер.....	45
6.3. Астениялық синдромы бар емделушілерді емдеу бағыттары	46
6.4. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар	46
6.5. Астениялық синдромда қолданылатын дәрілер және оларды ұтымды қолдану шарттары	47
6.6. Шөптік адаптогендер мен жалпы тоник препараттарын қолдану.....	47
7. Дерматологиядағы ауруларға фармацевтикалық қамқорлық.....	52
7.1 Еріннің герпесі.....	53
7.1.1. Герпес инфекцияның асқындыратын факторлар.....	53
7.1.2. Қарапайым герпес даму кезеңдері	53
7.1.3. Ерін герпесімен ауыратын науқастарға жалпы ұсыныстар	54
7.1.4. Герпес инфекциясын емдеудің жалпы әдістері	54
7.1.5. Еріннің герпесін емдеуге арналған препараттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық.....	55
7.2. Безеу аурулары бойынша кеңес беру	56
7.2.1. Безеудің пайда болуында және дамуында маңызды факторлар	56
7.2.2. Безеудің пайда болуына әсер ететін факторлар	56
7.2.3. Безеудің нұсқалары	57
7.2.4. Безеу ауырлығы	57
7.2.5. Безеуді емдеудің дәрілік емес әдістері бойынша пациенттерге емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар.....	57
7.2.6. Безеуді емдеуге жалпы тәсілдер	58
7.3. Безеуге қарсы дәрілік заттардың фармацевтикалық қамқорлық.....	58
8. Тыныс алу мүшелерінің ауруларына фармацевтикалық қамқорлық және кеңес беру	59
8.1. Құрғақ жөтелдің ең көп тараған себептері	60
8.2. Ылғал жөтелдің жиі кездесетін себептері	61
8.3. Емделушілерге арналған жалпы ұсыныстар	62
8.4. Жөтелге қарсы препараттарды қолдану кезіндегі фармацевтикалық қамқорлық.....	62
8.5. Қақырық түсіретін дәрілерді қолданудағы фармацевтикалық қамқорлық.....	63
8.6. Муколитика	63
8.6.1. Муколитикалық препараттарды қолдануға фармацевтикалық қамқорлық.....	65
Қорытынды	66
Тақырып бойынша тест сұрақтары.....	67
Қолданылған әдебиеттер тізімі	69