

Компания HERBION выражает Вам свою признательность за многолетнее сотрудничество и доверие по использованию в своей практике для пациентов натуральных эффективных препаратов из экстрактов лекарственных трав: Линкас сироп, Линкас ЛОР с мятным, лимонно-медовым, апельсиновым вкусом, Инсти и Инсти с лимонным, шоколадным, кофейным, анисовым, кардамоновым вкусом, Верона, Бонджигар, лейкопластыри бактерицидные Нимпласт N20, N100.

Надеемся, что Вам будет приятно узнать, что в России зарегистрирован и успешно вводится на фармрынок наш оригинальный противодиарейный гастроэнтерологический препарат...



## Энтобан

сироп 90мл

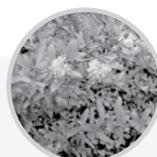
это оригинальный фитопрепарат, состоящий из экстрактов лекарственных растений, обладающих антидиарейными, антибактериальными, противовоспалительными, спазмолитическими, вяжущими и обволакивающими свойствами.

Энтобан сироп содержит экстракты из лекарственных растений - голаррены пушистой, барбариса острого, айвы бенгальской, дуба красильного, буtei великолепной и мирта обыкновенного.

Применяется в России при остром и хроническом диарейном синдроме неинфекционной этиологии при следующих заболеваниях:

Острые гастроэнтериты, диспепсия на фоне нарушения диеты, хронический панкреатит, постхолецистэктомический синдром, дисбактериоз, синдром раздраженного кишечника.

Примечание: во многих странах мира Энтобан сироп успешно применяется так же и при инфекционной диарее, в частности Энтобан является мощным амебицидом (компоненты препарата обладают бактерицидным действием на штамм E.histolytica STA), обладает противодизентерийным бактерицидным действием (Шигелла Флекснера, Бойда, Зоне).



## Энтобан

- Это препарат растительного происхождения, с широким спектром действия.
- Энтобан быстро и эффективно устраняет диарею, боли, тошноту, метеоризм, восстанавливает копрологию.
- Воздействуя на гладкую мускулатуру, Энтобан снижает перистальтику кишечника, облегчает состояние при спазмах.
- Защищает слизистую оболочку пищеварительного тракта.
- Не нарушает естественной микрофлоры кишечника.
- Применяется вне зависимости от приема пищи.
- Подтверждена высокая Эффективность Энтобана врачами и пациентами при открытых, сравнительных, статистически достоверных клинических исследованиях в России - 90% (Научный центр биомедицинских технологий РАМН, академик РАМН В.Г Кукес)
- Хорошая переносимость без каких-либо побочных действий.
- Доступная цена.

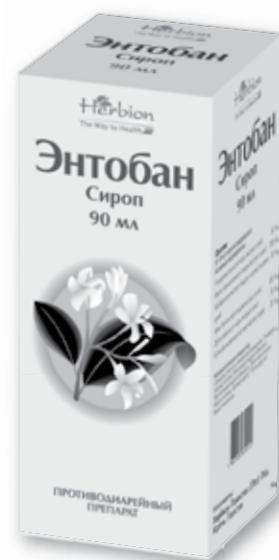
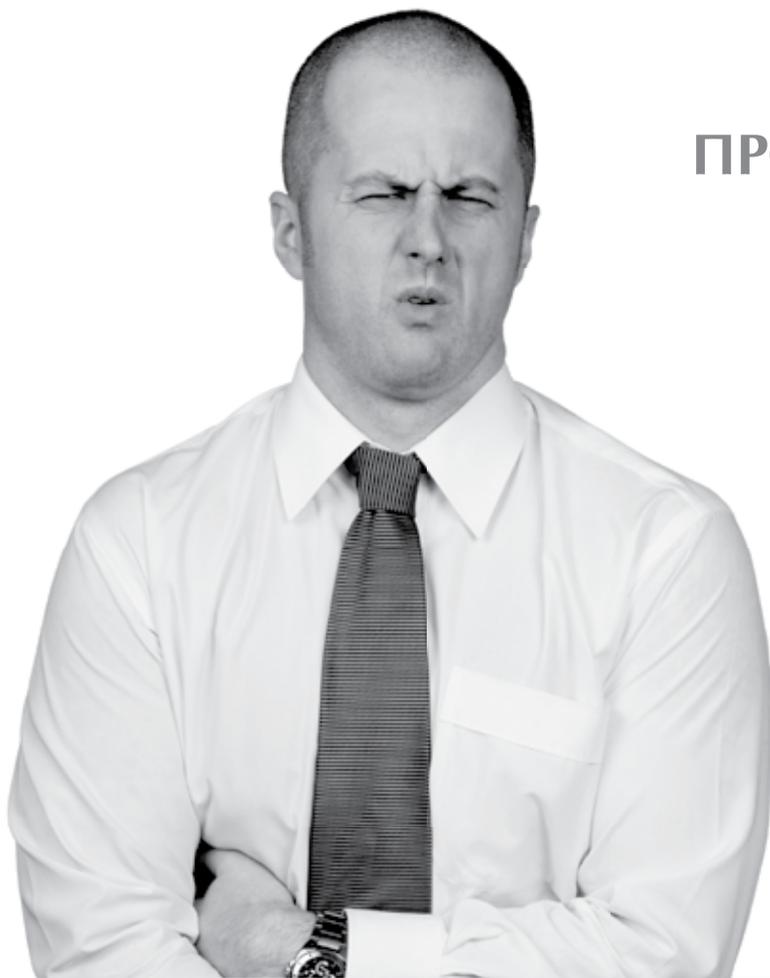
РЕКЛАМА

Не позволит диарее  
расстроить  
Ваши планы !

# Энтобан

## Сироп

ПРОТИВОДИАРЕЙНЫЙ  
ПРЕПАРАТ



Регистрационный номер (ЛСР-008189/08 от 16.10.2008)

### Состав:

В 10 мл сиропа содержатся сухие экстракты:

Голаррены пушистой коры	50 мг
Мирта обыкновенного плодов	200 мг
Барбариса остистого плодов и корней	30 мг
Айвы бенгальской плодов	100 мг
Дуба красильного коры	50 мг
Бутеи великолепной листьев	20 мг

### Показания к применению:

Острый и хронический диарейный синдром неинфекционной этиологии.

### Способы применения и дозы:

Взрослые: внутрь по 3 чайные ложки (15 мл) каждые 4 часа.  
Курс лечения 10 дней.

### Противопоказания:

Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата, нарушения функции печени, воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, кишечная непроходимость; диарея, вызванная дизентерией, гельминтозом, химическими веществами; наличие симптомов выраженного обезвоживания и электролитного баланса; беременность, период грудного вскармливания, детский возраст (до 18 лет).

### Форма выпуска:

Сироп 90 мл во флаконе.

Представительство компании «Хербион Интернейшнл Инк.»  
117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, владение 8,  
строение 3 Тел./ факс 8 (495) 781-46-43 / 8 (495) 781-45-69

Производитель:

**Herbion**  
The Way to Health

www.herbion.com

## Роль и место кардиологических препаратов ЗАО «АЛСИ Фарма» для блокады «порочных кругов» атеросклероза и гипертонической болезни

**В статье представлен обзор кардиологических препаратов ЗАО «АЛСИ Фарма», используемых для лечения атеросклероза и гипертонической болезни.**

Артериосклероз — хроническое заболевание, характеризующееся патологическими изменениями стенок артерий, такими как утолщение и затвердевание, из-за чего они теряют свою эластичность [2]. Большинство форм артериосклероза является атеросклерозом, то есть вызывается образованием жировых бляшек и отложений на внутренних стенках данных артерий. При атеросклерозе липопротеины, переносящие холестерин (ХС) путем циркуляции в крови организма, постепенно откладывают его на внутренней выстилке артерий. И если сначала это просто мелкие пятна, то затем они могут превращаться в крупные бляшки и сгустки, а это может значительно затруднять кровоток, приводя к образованию смертельно опасных для внутренних органов и самой жизни человека тромбов. Отсюда возможны и инфаркт миокарда при повреждении коронарных артерий, и инсульт при повреждении сосудов мозга, и заболевания периферических артерий, например, ног.

Атеросклероз — одна из основных причин заболеваемости и смертности в промышленно развитых странах — ежегодно отнимает больше жизней, чем все формы рака вместе взятые. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является самым распространенным и серьезным последствием данного заболевания.

К основным факторам риска ИБС относят гипертонию, курение, дислипидемию, преждевременную ИБС у родственников первого поколения, сахарный диабет. При наличии нескольких факторов их воздействие синергично. Один из главных факторов риска ИБС — дислипидемия. Как уже хорошо известно, имеется тесная прямая зависимость между уровнем холестерина и ХС ЛПНП (холестерин липопротеинов низкой плотности) в сыворотке крови и смертностью от ИБС [8]. Избавиться от артериальной гипертонии и вредной привычки к курению возможно с помощью медикаментозных средств, а также изменив свой об-

раз жизни. Изменение образа жизни занимает важное место и в системе мер, направленных на коррекцию дислипидемии. Однако во вторичной профилактике основную роль играет применение гиполипидемических (липидмодулирующих) средств.

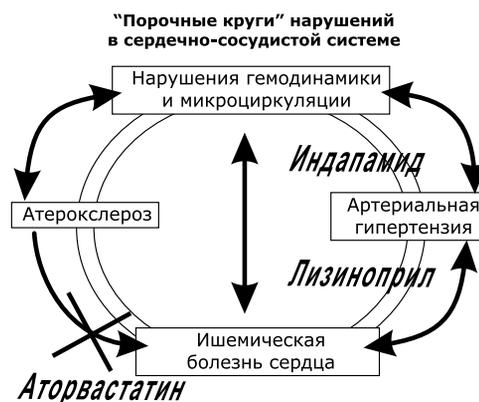


Рис. 1. «Порочные круги»

Контроль уровня холестерина и липопротеидов крови у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями — важнейшая обязанность врача и пациента. Современные биохимические тесты позволяют определять в лаборатории концентрацию холестерина с точностью до 3-х значащих цифр (цельная часть и дробь с двумя знаками после запятой при измерении в ммоль/л), что вполне достаточно для постановки диагноза гиперхолестеринемии. Норма общего холестерина в крови составляет примерно от 3,10 до 5,70 ммоль/л.

Холестерин представляет собой воскообразную субстанцию в любом животном организме. В чистом виде холестерин — это белое кристаллическое вещество без запаха и вкуса. Он необходим для жизни, так как является первичным компонентом мембран клеток и стартовым компонентом для синтеза многих веществ в организме: желчных кислот, стероидных гормонов и витамина D. Холестерин в норме поступает в организм с пищей. При недостаточном поступлении с пищей компенсаторная система организма регулирует его синтез в печени.

Контроль уровня холестерина в крови необходимо начинать с диеты. Его больше всего в продуктах животного происхождения, а из доступных большинству россиян продуктов питания наиболее богаты холестерином яйца и животный жир, а также мозг, свиная печень. Потребление животного жира и яиц большими гиперхолестеринемией должно быть резко ограничено. Яйца входят в состав многих пищевых рецептов (хлебобулочные изделия, майонез и прочие), поэтому полностью отказаться от них, вероятно, невозможно, но желательно исключить их из своего рациона в чистом виде. Причем недостаток белка из-за отказа от яиц следует восполнять, например, рыбой и морепродуктами, нежирным мясом, а нехватку витаминов – витаминными комплексами, с богатой палитрой витаминов группы В. Для тех, чей холестерин в крови повышен, можно рекомендовать следующее [2]:

- 1) снизить общее потребление жиров;
- 2) частично или полностью заменить в рационе насыщенные жиры ненасыщенными (как правило, вместо животных жиров употреблять растительные);
- 3) уменьшить в рационе питания пищу, содержащую холестерин.

В настоящее время наиболее эффективными гиполипидемическими препаратами являются ингибиторы ГМК-КоА-редуктазы (статины): Аторвастатин (Липитор, Липримар), Ловастатин (Мевакор), Правастатин (Липостат), Симвастатин (Зокор), Флувастатин (Лескол).

Статины — ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим А-редуктазы (ГМК-КоА-редуктазы) — представляют собой лекарственные препараты с разным химическим строением. Одни из них являются производными грибов (Ловастатин, Правастатин и Симвастатин) и поэтому относятся к полусинтетическим препаратам, другие — Флувастатин, Аторвастатин, Цервистатин — являются чисто синтетическими соединениями. Несмотря на различия в химическом строении, все представители статинов оказывают сходный фармакологический эффект, проявляющийся в частичном обратимом ингибировании ГМК-КоА-редуктазы, что приводит к снижению скорости синтеза холестерина в клетках печени [9]. Статины оттеснили на второй план традиционные гиполипидемические средства — никотиновую кислоту, фибраты и анионообменные смолы.

По данным таможенной статистики за первое полугодие 2001 г. в РФ было ввезено около 83 000 упаковок статинов [8]. Соответственно, по наиболее оптимистичным оценкам, только 14 тыс. человек получали в эти годы терапию статинами, тогда как только вторичную профилактику статинами должны проходить не менее 1 млн. человек.

В РФ в 2000 г. наибольшим был объем продаж Симвастатина. В США Аторвастатин (объемы продаж которого в 2001 г. превысили 2 млрд. долл.) вытес-

нил Симвастатин с позиции лидера продаж в группе статинов. Основная причина этому — впечатляющее действие препарата на уровни липидов крови: **аторвастатин снижает не только содержание холестерина (ХС), но и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в большей степени, чем любой из разрешенных к применению статинов, а также значительно снижает уровень триглицеридов (ТГ)**, причем эти эффекты сопровождаются некоторым повышением холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

Благодаря высокой гиполипидемической активности Аторвастатина при его применении быстрее и у большей доли пациентов, чем при использовании других статинов, достигаются целевые уровни ЛПНП. По данным некоторых исследований, Аторвастатин позволяет достичь необходимого снижения почти в 90% случаев, тогда как этот показатель для Симвастатина и Ловастатина не превышает 79% [8] (рис. 2).

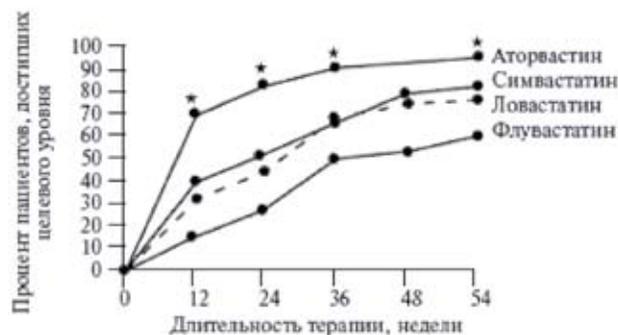


Рис. 2. Сроки и доля пациентов (в процентах), достигших целевого уровня снижения на один год ХС ЛПНП [8] оригинальными статинами, зарегистрированными в РФ.

Накопленные к настоящему времени данные указывают на то, что Аторвастатин обладает высокой гиполипидемической активностью и широким спектром действия на липиды крови. Его применение позволяет добиться стабильной коррекции дислипидемии с достижением целевых уровней ХС ЛПНП у значительной доли больных. Длительное применение Аторвастатина у большого числа больных продемонстрировало малое число осложнений, что свидетельствует о благоприятном профиле безопасности препарата. Стоимость достижения сопоставимого гиполипидемического эффекта при применении аторвастатина ниже, чем при применении других оригинальных статинов. Согласно результатам фармакоэкономического анализа использование Аторвастатина может оказаться привлекательным для вторичной профилактики ИБС и способствовать повышению уровня оказываемой медицинской помощи больным ИБС в России.

**Артериальная гипертензия**, доля которой в структуре общей смертности равна 20–50%, является одним из основных факторов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а также причиной

заболеваемости с последующей инвалидностью и связанных с нею расходов на лечение. Терапия современными антигипертензивными препаратами, обеспечивающая надёжный контроль артериального давления (АД) — снижение цифр диастолического артериального давления ниже исходных значений 90–105 мм рт.ст., — приводит к уменьшению риска инсульта на 35–40%, а ИБС на 15–20%.

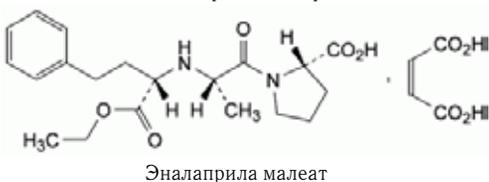
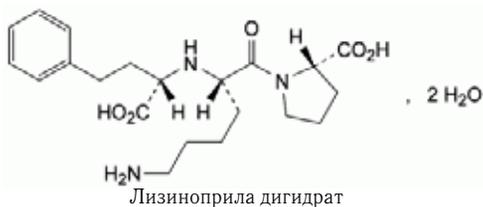
Многочисленные исследования позволили установить безусловные показания к применению ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ):

- артериальная гипертензия,
- сердечная недостаточность,
- инфаркт миокарда,
- асимптомная дисфункция левого желудочка (ЛЖ),
- диабетическая нефропатия.

Спектр показаний к применению ИАПФ, в связи с установлением новых положительных эффектов и изучением механизмов действия этой уникальной группы лекарственных средств, продолжает постоянно расширяться.

Значительно меньше внимания уделялось тому обстоятельству, что в ряде исследований при длительном применении ИАПФ наблюдалось снижение смертности не только от сердечно-сосудистой патологии, но и общей смертности, т.е. не от кардиальных причин. В настоящее время наиболее широкие возможности воздействия не только на нормализацию уровня АД, но и на целый ряд других факторов, сопутствующих артериальной гипертензии, имеются у Лизиноприла.

**Лизиноприл** — это длительно действующий ИАПФ III поколения, который поступает в организм в активной форме, не содержит сульфгидрильной группы, являющейся причиной ряда побочных эффектов, и не биотрансформируется в печени.



#### Показания к применению

- Артериальная гипертензия (в монотерапии или в комбинации с другими антигипертензивными средствами);

• Хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированной терапии для лечения больных, принимающих препараты наперстянки и/или диуретики);

• Раннее лечение острого инфаркта миокарда (в первые 24 часа со стабильными показателями гемодинамики для поддержания этих показателей и профилактики дисфункции левого желудочка и сердечной недостаточности);

• Диабетическая нефропатия (снижение альбуминурии у инсулинозависимых больных с нормальным АД и инсулинонезависимых больных с артериальной гипертензией).

Лизиноприл обладает всеми преимуществами препаратов своего класса. Его эффективность в отношении улучшения прогноза артериальной гипертензии, не уступающая эффективности блокаторам  $\beta$ -адренорецепторов и диуретикам, была показана в исследовании STOP-2 (The Swedish Trial in Old Patients with Hypertension, 2000) [1].

Применение Лизиноприла с первых суток острого инфаркта миокарда позволяет улучшить показатели выживаемости больных в ранние и поздние сроки заболевания, в значительной степени снизить частоту развития сердечной недостаточности и дисфункции левого желудочка (GISSI-3, 1996) [3].

В исследовании TROPHY установлено, что при использовании Лизиноприла у пациентов с ожирением II-III степени нормализация АД достигается в 60% случаев, в то время как при лечении гидрохлортиазидом — всего в 43%. При этом большинству пациентов требуются небольшие дозы Лизиноприла (более 50% пациентов получали его в дозе 10 мг/сут) и сравнительно высокие дозы гидрохлортиазида (около 45% пациентов получали его в дозе 50 мг/сут).

Важным достоинством Лизиноприла является отсутствие печёночного метаболизма, что позволяет применять препарат у пациентов с заболеваниями печени, в том числе алкогольного генеза. Получены интересные данные, свидетельствующие о регрессе поражения органов-мишеней (в частности, гипертрофии миокарда левого желудочка) на фоне лечения Лизиноприлом, а также улучшение функции эндотелия (Rizzoni D., 1997). Интересны результаты применения Лизиноприла у пациентов с сахарным диабетом без артериальной гипертензии: у этих пациентов на фоне длительной (в течение 40 недель) терапии отмечался выраженный нефропротективный эффект: значительно уменьшилась микроальбуминурия (на 48%), при этом уровень калия достоверно не изменялся.

Препарат Лизиноприл обладает следующими уникальными фармакологическими особенностями:

1. Поступает в организм в активной форме и не биотрансформируется в печени, поэтому возможно применение у пациентов с нарушениями ее функции, отсутствует взаимодействие на уровне печени с лекарственными веществами и алкоголем.

2. Предпочтительное средство для комбинированной терапии с сердечными гликозидами, антикоагу-

Таблица 1. История создания диуретиков

Тиазидные и тиазидоподобные		Петлевые		Калийсберегающие	
1956 г.	Хлортазид	1959 г.	Фуросемид	1957 г.	Спиронолактон
1958 г.	Гидрохлортазид	1964 г.	Этакриновая кислота	1961 г.	Триамтерен
1959 г.	Хлорталидон	1971 г.	Буметанид	1966 г.	Амилорид
1974 г.	Индапамид	1976 г.	Пиретанид		
1997 г.	Индапамид ретард 1,5 мг	1988 г.	Торасемид		

лянтами, антиаритмическими препаратами и др., так как не связывается с белками плазмы крови, не меняет фармакокинетику других препаратов.

3. Надежный контроль гемодинамики обеспечивается однократным приемом и сохраняется на протяжении 24 часов, начало действия — через 2–4 часа, максимум действия — через 4–6 часов после приема.

Группы пациентов, которым предпочтительно назначение Лизиноприла:

- пациенты с нарушенной функцией печени, в том числе алкогольного генеза;
- тучные пациенты;
- пациенты с сахарным диабетом;
- пациенты с недостаточным эффектом от лечения другими ИАПФ.

Таким образом, Лизиноприл является надежным, эффективным и безопасным препаратом, который можно рекомендовать для длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Очень часто это гарантирует обратное развитие патологии и возвращение нарушенного гомеостаза к здоровому состоянию.

Еще одним антигипертензивным препаратом, производимым ЗАО «АЛСИ Фарма», является диуретическое средство **Индапамид** — таблетки покрытые оболочкой 2,5 мг, и **Индапамид ретард** — таблетки пролонгированного действия покрытые оболочкой 1,5 мг.

Диуретики являются наиболее старым классом антигипертензивных препаратов, начало их использования относится к 50-м годам XX века (табл. 1). В современных международных рекомендациях по артериальной гипертензии диуретик является обязательным компонентом комбинированной антигипертензивной терапии, которая

рассматривается уже на начальном этапе лечения больных с артериальной гипертензией [7].

Индапамид прочно занял свое место диуретика, чаще всего применяемого для контроля артериального давления у пациентов, которым показано добавление диуретика к базовой терапии такими широко распространенными антигипертензивными средствами, как ИАПФ, бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов.

*ЗАО «АЛСИ Фарма» — российская фармацевтическая компания, чутко откликающаяся на запросы российских потребителей лекарств, стремится в своей деятельности находить оптимальные решения для построения цепочки врач–лекарство–пациент. Мы предлагаем потребителям зарегистрированные в установленном порядке лекарственные средства — воспроизведенные препараты высокого качества по доступной цене, активно применяемые во всем мире для лечения пациентов, как в амбулаторной, так и в стационарной практике.*

*ЗАО «АЛСИ Фарма» обладает современной базой для производства, разработки и внедрения новых лекарств, вот уже почти 7 лет выпускает широко востребованные средства, такие как Винпроцетин, Дротаверин, Кетотифен, Карбамазепин, Галоперидол, Флуоксетин, Амброксол и др. Оборудование, персонал и планировка завода в г. Кирове соответствуют основным требованиям ГОСТ Р 52249-2004 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств» (российский аналог GMP), предприятие лицензировано Минздравсоцразвития РФ для производства твердых дозированных лекарственных форм.*

## Литература

1. Antonios T. F., Cappuccio F. P., MarKandu N. D. et al. A diuretic is more effective than a b-blocker in hypertensive patients not controlled on amlodipine and lisinopril // Hypertension. — 1996. — Vol. 27. — P. 1325-1328.
2. Encyclopedia Britannica 2007 Ultimate Reference Suite. Chicago: Encyclopedia Britannica. Электронное издание.
3. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on six-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction // Lancet. — 1994. — Vol. 343. — P. 1115-1122.
4. Koren M. J. et al. The Cost of Reaching National Cholesterol Education Program (NCEP) Goals in Hypercholesterolaemic Patients. // Pharmacoeconomics — 1998. — Jul — Vol. 14 (1), P.59-70.
5. Packer M., Poole-Wilson P., Armstrong P. et al. Comparative effects of low-dose versus high-dose lisinopril on survival and major events in chronic heart failure: the Assessment of Treatment with Lisinopril and Survival study (ATLAS) // Eur. Heart J. — 1998. — Vol. 19. — P. 142.
6. Jose Lopez-Sendon, Karl Swedberg, John McMurray et al., Expert consensus document on angiotensin converting enzyme inhibitors in cardiovascular disease. — European Heart Journal (2004) 25, — P. 1454-1470
7. Белоусов Ю. Б., Леонова М. В. Индапамид ретард 1,5 мг — оптимальный диуретик для длительного лечения артериальной гипертензии // Consilium Medicum, — 2005. — Vol. 07/N (5/2005). [http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/05\\_05/356.shtml](http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/05_05/356.shtml)
8. Белоусов Ю. Б., Грацианский Н. А., Бекетов А. А. Оценка фармакоэкономической эффективности аторвастатина (липримара) при вторичной профилактике ИБС // Качественная клиническая практика. — 2002. — № 1 — С. 62-70
9. Ялымов А. А., Шехян Г. Г., Задонченко В. С. Влияние аторвастатина на показатели липидного обмена, микроциркуляции и суточного мониторирования ЭКГ у больных острым коронарным синдромом // От диспансеризации к высоким технологиям: материалы конгресса 10-12 октября 2006. — М., 2006. — С. 449.

