

Вести

№1 (84)

Октябрь, 2020

Фармации и Медицины

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

Читайте в номере:



Поясничная боль:
проблемы диагностики
и повышения
эффективности
терапии

стр. 4

Оценка эффективности
профилактического
применения препаратов
«Анаферона детского» и
«Тенотена детского» в период
адаптации детей к началу
обучения в детских
образовательных
учреждениях

стр. 6



Хроническая боль
Клинический
протокол

стр. 12



Что такое паллиативная
помощь и есть ли она
в Кыргызстане?

стр. 19



Анализ обеспечения
онкологических больных
наркотическими анальгетиками
на амбулаторном уровне
в Кыргызской
Республике

стр. 21

Иммун Актив

Активируй свой иммунитет!

Denk Pharma

Витамин С, цинк и селен

300 mg vitamin C, 10 mg zinc, 50 µg L-selenium + 50 µg selenium

70th Anniversary

BY:70.06.01.003.E.001123.04.16

ИНГРЕДИЕНТЫ:

- Витамин С** – Витамин С, цинк и селен способствуют нормальному функционированию иммунной системы.
- Селен** – Витамин С, цинк и селен защищают клетки от оксидативного стресса. Витамин С способствует снижению уровня усталости и истощения.
- Цинк** – Витамин С способствует нормализации обменных процессов. Цинк - важный микроэлемент для поддержания иммунной системы.
- L-гистидин** – L-гистидин способствует абсорбции цинка.

Одно саше содержит: подсластитель сорбит (E420), L-аскорбиновая кислота (активный компонент) 286 мг (эквивалентно 260 мг витамина С), порошок Ацеролы* (активный компонент) 235,290 мг (эквивалентно 40 мг витамина С), оксид цинка (активный компонент) 55,556 мг (эквивалентно 10 мг цинка), L-гистидин, ароматизатор «малина», антислеживающий агент магниево-соли жирных кислот (E470), антислеживающий агент трикальция фосфат (E341 iii), подсластитель сукралоза (E955), подсластитель неогесперидин (E959), подсластитель натрия селенат (активный компонент) 0,122 мг (эквивалентно 50 мкг селена). Пищевая ценность в 1 саше: энергетическая ценность - 5,25 ккал (22,08 кДж), жиров - <0,1 г, углеводов -1,5 г, белков - <0,1 г. * - продукт растения мальпигия голая (лат. Malpighia glabra)

Хранить в оригинальной упаковке в защищенном от влаги месте при температуре не выше 25 градусов Цельсия. Хранить в недоступном для детей месте. Предохранять от воздействия прямых солнечных лучей. Не использовать после истечения срока годности, указанного на упаковке.

Производитель: C. Hedenkamp GmbH & Co. KG, Schierbusch 1, 33161 Hövelhof, Германия для Denk Pharma GmbH & Co. KG, Prinzregentenstrasse 79, 81675 München, Германия
Лицо, уполномоченное на принятие претензий: Denk Pharma GmbH & Co. KG, Prinzregentenstrasse 79, 81675 München, Германия, pharma@denkpharma.de, tel +49 (0) 89 23 00 29-0

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

АКВА МАРИС®

Сила моря против насморка!

Препараты на основе воды Адриатического моря для лечения и профилактики заболеваний носа и горла

АКВА МАРИС для детей | АКВА МАРИС КЛАССИЧЕСКИЙ | АКВА МАРИС ПЛЮС | АКВА МАРИС СТРОНГ | АКВА МАРИС беби | АКВА МАРИС НОРМ | АКВА МАРИС НОРМ | АКВА МАРИС ЭКТОИН

РМТ-2017-558 5115, РМТ-2017-846 5235, РМТ-2017-846 5235, РМТ-2017-846 5236, РМТ-2018-788 5795, РМТ-2019-3 5875, МИ-KG-0630 от 31.03.2020, МИ-KG-0629 от 31.03.2020

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.



Антигистаминный препарат III поколения

Дезлорин 5 мг

дезлоратадин

НЕ
ВЫЗЫВАЕТ
СОНЛИВОСТЬ

Устраняет все симптомы аллергии,
не вызывая сонливости.



- ✓ Прием 1 раз в сутки (независимо от приема пищи)
- ✓ Действует через 30 минут
- ✓ Сохраняет эффективность более 24 ч.

KG. 1.3.1202.05438-2017

Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией. Имеются противопоказания.



Дезлорин дезлоратадин 5 мг, таблетки №20

Состав

Активное вещество: дезлоратадин 5 мг
Вспомогательные вещества: двузамещенный кальций фосфат дигидрат, кукурузный крахмал, микрокристаллическая целлюлоза (PH 102), тальк, стеарилфумарат натрия, опандрай II 32K20782 синий

Фармакологические свойства

Дезлоратадин это не седативный, длительно действующий антагонист гистамина с мощным, периферическим антагонистическим действием на периферический H1-рецептор. После перорального приема, дезлоратадин селективно блокирует периферические рецепторы H1 гистамина, потому что вещество не может проникнуть в центральную нервную систему.

Фармакокинетические свойства

Концентрации дезлоратадина в плазме могут быть выявлены в течение 30 минут после назначения. Дезлоратадин хорошо абсорбируется с максимальной концентрацией, достигаемой приблизительно через 3 часа; окончательный период полувыведения приблизительно 27 часов.

Показания к применению

ДЕЗЛОРИН показан для облегчения таких симптомов, как чихание, выделение слизи из носа и зуд, заложенность носа, также как глазной зуд, слезотечение и покраснение, зуд неба и кашель, связанные с аллергическим ринитом. ДЕЗЛОРИН также показан для облегчения симптомов, связанных с крапивницей, включая кожные волдыри и покраснение кожи.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к активному и вспомогательным веществам.

Беременность и лактация. Беременность категории C. Применение в период беременности и лактации не рекомендуется.

Способ применения и дозы

Периодический (интермиттирующий) аллергический ринит, при котором симптомы наблюдаются менее 4 дней в неделю и общая длительность менее 4 недель, лечат в соответствии с оценкой истории болезни пациента. Лечение должно быть прекращено, если симптомы больше не наблюдаются, и возобновлено при повторном проявлении. При круглогодичном (персистирующем) аллергическом рините, при котором симптомы наблюдаются больше 4 дней в неделю и общая длительность дольше 4 недель, предполагается длительное лечение для пациентов в период воздействия аллергенами.

Метод применения

Взрослые и подростки (12 лет и старше): принимать внутрь по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в день, независимо от времени приема пищи для облегчения симптомов, связанных с аллергическим ринитом (включая периодический и круглогодичный аллергический ринит) и крапивницей.

Особые предупреждения и предосторожности по применению

Печеночная недостаточность: не имеется данных по применению препарата для пациентов с печеночной недостаточностью. Почечная недостаточность: в случае тяжелой почечной недостаточности, ДЕЗЛОРИН применяют с осторожностью.

Дети: эффективность и безопасность ДЕЗЛОРИН таблеток для детей младше 12 лет не установлена.

Пожилые люди: не проводилось специального исследования на людях пожилого возраста.

Дезлорин содержит моногидрат лактозы, следует учитывать для пациентов, страдающих сахарным диабетом. Не рекомендуется пациентам с редкой наследственной болезнью непереносимости галактозы, лактазной недостаточностью или мальабсорбцией глюкозы-галактозы.

Лекарственное взаимодействие и другие виды взаимодействия

Не наблюдалось клинически значимого взаимодействия в клинических исследованиях дезлоратадина, в которых параллельно назначали эритромицин или кетоконазол. В клинических фармакологических исследованиях ДЕЗЛОРИН при одновременном приеме с алкоголем не усилил эффектов алкоголя.

ДЕЗЛОРИН взаимодействует с перорально принимаемыми контрацептивными препаратами, в связи с чем в период лечения следует применять другой, надежный и безопасный метод контрацепции.

Влияние на способность управлять транспортным средством и сложной техникой

ДЕЗЛОРИН не оказывает влияния на способность управлять транспортным средством или применять сложную технику. Однако пациенты должны быть информированы, что в редких случаях некоторые пациенты испытывают сонливость, которая может нарушить способность управлять транспортным средством или применять сложную технику.

Побочные эффекты

В клинических исследованиях с рядом показаний, включая аллергический ринит и хроническую идиопатическую крапивницу, при рекомендуемой дозе 5 мг в день, нежелательные эффекты с ДЕЗЛОРИН были отмечены на 3% чаще, чем у пациентов, принимавших плацебо. Наиболее частые из отрицательных эффектов, которые отмечались, чаще чем с плацебо, это были слабость (1,2%), сухость во рту (0,8%) и головная боль (0,6%). Отрицательные реакции перечислены ниже, согласно классу системы органов. Частота определена следующим образом: Очень часто ($\geq 1/10$), часто (между $\geq 1/100$ и $< 1/10$), не часто (между $\geq 1/1,000$ и $< 1/100$), редко (между $\geq 1/10,000$ и $< 1/1,000$), очень редко ($< 1/10,000$), не известно (не может быть вычислено из имеющихся данных). Нарушения со стороны нервной системы: Часто: слабость; не часто: головная боль.

ЖКТ: не часто: сухость во рту.

Передозировка

В случае передозировки применяются стандартные меры для удаления неабсорбированного активного вещества.

Рекомендуется симптоматическое и поддерживающее лечение.

На основании клинического исследования многократного дозирования, в котором назначали до 45 мг дезлоратадина (в 9 раз выше клинической дозы), не наблюдалось клинически значимых эффектов. Дезлоратадин не выводится при гемодиализе; не известно, выводится ли он при перитонеальном диализе.

Производитель
Deva Holding, Турция.



Эксклюзивный дистрибьютор:
ООО «Asian Med Trade», г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.

СИНТУС

Бутамирата цитрат 1.50 мг

Синтус помогает, сухой кашель устраняет!



KG. 1.3.229.07007-2019

Сироп для детей и взрослых от сухого кашля

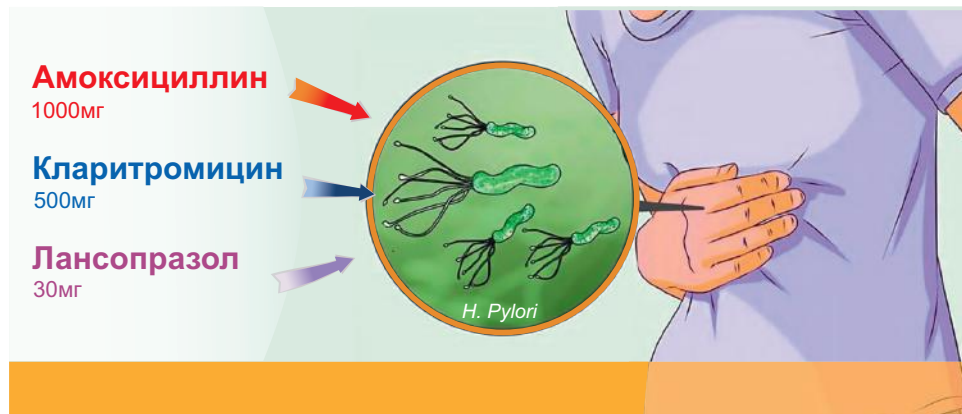
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.

ГАСТ-3



3-х компонентный состав

Комплексная эрадикационная терапия для лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки



- ✓ **Снижает риск развития осложнений**
- ✓ **3-х компонентный состав (амоксициллин, кларитромицин, лансопрозол). Рекомендован Клиническим Руководством***
- ✓ **Удобен в применении**

Состав

В каждом блистере:
2 таблетки, каждая содержащая Амоксициллин 1000мг
2 таблетки, покрытые пленочной оболочкой, каждая содержащая 500 мг Кларитромицина
2 капсулы с микрогранулами, с кишечнорастворимым покрытием, каждая содержащая 30 мг Лансопрозола
В упаковке 7 блистеров.

Фармакологические свойства

Лансопрозол, кларитромицин и амоксициллин оказались активны in vitro против различных штаммов Helicobacter pylori.

Фармакодинамические свойства:

Лансопрозол. Специфический ингибитор протонной помпы H⁺/K⁺-АТФазы; метаболизируется в париетальных клетках желудка до активных сульфонамидных производных, которые инактивируют H⁺/K⁺-АТФазу. Блокирует заключительную стадию секреции хлористоводородной кислоты, снижая базальную и стимулированную секрецию, независимо от природы раздражителя. Обладая высокой липофильностью, легко проникает в париетальные клетки желудка. Скорость и степень ингибирования базальной и стимулированной секреции хлористоводородной кислоты дозозависимы: рН начинает расти через 2-3 часа после приема 30 мг; торможение продукции хлористоводородной кислоты при дозе 30 мг составляет 80-97%. Ингибирующий эффект нарастает в первые 4 дня приема. Эффективен при лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, резистентной к блокаторам H₂-гистаминовых рецепторов. Обеспечивает быстрое заживление язвенных дефектов в 12-перстной кишке (85% дуоденальных язв заживают через 4 недели лечения при дозе 30 мг/сутки).

Кларитромицин: Обладает антибактериальным действием против Helicobacter pylori;

Амоксициллин: Антибактериальное, бактерицидное кислотоустойчивое средство широкого спектра действия из группы полусинтетических пенициллинов.

Показания к применению

ГАСТ-3 предназначен для лечения пациентов с хеликобактерной инфекцией и язвой двенадцатиперстной кишки (активная язва или язва двенадцатиперстной кишки, которая развивается более года). Выведение хеликобактерной инфекции снижает риск рецидива язвы двенадцатиперстной кишки.

Противопоказания

ГАСТ-3 противопоказан пациентам с известной повышенной чувствительностью к какому-либо компоненту набора (любой макролидный антибиотик или пенициллин). ГАСТ-3 противопоказан для параллельного лечения с цисапридом, пимозидом, астемизолом, эрготамином, дигидроэрготамином или терфенадином.

Кларитромицин может вызвать синдром удлиненного интервала QT / желудочковая тахикардия типа «пируэт». У женщин более повышен риск возникновения желудочковой тахикардии типа «пируэт», чем у мужчин. Параллельное назначение кларитромицина с терфенадином противопоказано.

С осторожностью: нарушения функции печени; нарушения функции почек средней и тяжелой степени; пожилой возраст (пациенты старше 65 лет), так как возможно наличие бессимптомных нарушений функций печени и почек; миастения gravis (возможно усиление симптомов); кровотечения в анамнезе; одновременный прием с препаратами, которые метаболизируются печенью.

Беременность и лактация

Беременность

Применение во время I триместра беременности противопоказано. Применение во время II и III триместра беременности возможно только в случае, если потенциальная польза для матери превышает потенциальный риск для плода и/или отсутствует более безопасная терапия альтернативными препаратами.

Если беременность наступает во время применения препарата, препарат следует отменить.

Лактация

В случае применения ГАСТ-3 в период лактации, следует отменить грудное вскармливание.

Особые предупреждения и предосторожности по применению

ГАСТ-3 может использоваться только по указанным показаниям и согласно рекомендации. Лекарственный препарат в этой упаковке не может использоваться для другого лечения, по отдельности или в комбинации. Суперинфекции микотическими микроорганизмами или бактериальными патогенами могут возникнуть в период лечения. В таких случаях, назначение ГАСТ-3 следует прекратить немедленно и заменить другим подходящим лечением.

При применении препарата ГАСТ-3 пациентам следует сообщить о необходимости проведения полного курса антибиотикотерапии, несмотря на частые улучшения в начале антибиотикотерапии. Пропуск приема препарата или незавершенность полного курса могут уменьшить эффективность лечения и увеличить вероятность возникновения штаммов, резистентных к препарату ГАСТ-3 и другим антибактериальным препаратам.

ЛАНСОПРОЗОЛ

Лансопрозол преимущественно выводится через желчь в результате метаболизма. Таким образом, как у пожилых людей, его фармакокинетический профиль может быть ухудшен из-за легкого или умеренного нарушения функции печени. Нужно соблюдать осторожность при назначении лансопрозола пациентам с дисфункцией печени. Дозы выше 30 мг в день нельзя назначать пациентам с тяжелой печеночной недостаточностью. Показатели T_{max} и AUC (площадь кривой) у пожилых людей в 2 раза выше, чем у молодых людей. Нужно соблюдать осторожность при назначении пожилым пациентам с печеночной дисфункцией.

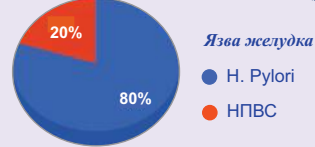
«Антихеликобактерная терапия – вклад врача в долголетие пациента»

Значимость антихеликобактерной терапии*:

1. На сегодняшний день H.pylori-инфекция считается важнейшим этиопатогенетическим фактором развития ЯБ, хронического гастрита, MALT- лимфомы и рака желудка (H.pylori отнесен в 1994 г. экспертами ВОЗ к канцерогенам I группы в отношении развития рака желудка).

2. Наиболее важной причиной пептической язвы является Helicobacter Pylori-инфекция, а затем использование нестероидных противовоспалительных средств:

- около 80% язв желудка вызваны H. pylori, а остальные 20% вызваны НПВС.
- около 95% язв двенадцатиперстной кишки вызваны H. pylori, а остальные 5% вызваны НПВС (уровень доказательности А).



3. Главным преимуществом эрадикационной терапии H.pylori следует считать предотвращение рецидивов ЯБЖ и ЯБДК и кровотечения, осложняющего заболевания (уровень доказательности А).

4. Тройную терапию больные ЯБ относительно легко переносят (редкие побочные эффекты); кроме того, 3-х компонентная терапия рассчитана на двукратный прием лекарств в течение дня, что облегчает ее «выполнимость»:

Амоксициллин по 1г + кларитромицин по 500мг + лансопрозол по 30мг (уровень доказательности А).

Дозировка и способ применения ГАСТ-3:

Утром	Кларитромицин 500мг + Амоксициллин 1000мг + Лансопрозол 30мг	Препарат принимать перед едой. Необходимо проглатывать каждую таблетку и капсулу целиком. С интервалом 12 часов. Курс 7-14 дней.
Вечером	Кларитромицин 500мг + Амоксициллин 1000мг + Лансопрозол 30мг.	



*КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (Приказ МЗ КР № 83 16.02.2010 г.)

КЛАРИТРОМИЦИН

Возможно развитие перекрестной резистентности между кларитромицином и другими препаратами группы макролидов, а также линкомицином и клиндамицином.

Длительный прием кларитромицина, как и других антибиотиков, может спровоцировать колонизацию с увеличением числа невосприимчивых бактерий и грибов. При появлении вторичной инфекции должна быть назначена адекватная терапия.

При лечении практически всеми антибактериальными средствами описаны случаи псевдомембранозного колита, тяжесть которого может варьировать от легкой до угрожающей жизни. Одним из симптомов псевдомембранозного колита является диарея, вызванная Clostridium difficile.

АМОКСИЦИЛЛИН

Можно ожидать, что, как и при приеме других пенициллинов, большинство нежелательных явлений будет представлено явлениями гиперчувствительности. Наиболее часто данные явления отмечаются у пациентов с ранее зарегистрированной гиперчувствительностью к пенициллинам, а также у пациентов с аллергическими заболеваниями, бронхиальной астмой, сенной лихорадкой или крапивницей в анамнезе.

Каждая доза тройного набора трио содержит 200.95 мг сахарозы. Пациенты с редкими наследственными проблемами непереносимости фруктозы или мальабсорбции глюкозы-галактозы, или сахарозной-изомальтазной недостаточности не должны принимать этот препарат.

Побочные эффекты

Общие реакции: вздутие живота, реакции повышенной чувствительности, астения, боль в спине, кандидоз, кардиома, боль в груди, простуда, отек, лихорадка, синдром гриппа, недомогание, боль в шее, тугоподвижность шеи, боль, боль в тазовой области;

Сердечно-сосудистая система: стенокардия, аритмия, брадикардия, инсульт/церебральный инфаркт, гипертония/гипотония, мигрень, инфаркт миокарда, учащенное сердцебиение, шок (циркуляторная недостаточность), обморок, тахикардия, вазодилатация;

Пищеварительная система: ненормальный стул, анорексия, кардиоспазм, колит, холелитиаз, сухость во рту, диспепсия, дисфагия, энтерит, отрыжка, язвы пищевода, эзофагит, обесцвечивание фекалий, метеоризм, гастральные узелки/железистые полипы дна желудка, гастрит, гастроэнтерит, желудочно-кишечная аномалия, желудочно-кишечные нарушения, желудочно-кишечное кровотечение, глоссит, кровоточивость десен, рвота с кровью, повышенный аппетит, усиленное слюнотечение, мелена, язвочки в полости рта, тошнота и рвота, диарея, желудочно-кишечный монилиаз, ректальные нарушения, ректальное кровотечение, стоматит, тенезмы, жажда, нарушения со стороны языка, язвенный колит, язвенный стоматит;

Эндокринная система: сахарный диабет, зоб, гипотиреоз;

Гематологическая и лимфатическая система: анемия, гемолиз, лимфаденопатия;

Метаболизм и нарушение питания: авитаминоз, подагра, обезвоживание, гипергликемия/гипогликемия, периферический отек, прибавка/снижение массы тела;

Скелетно-мышечная система: артралгия, артрит, заболевание костей, заболевание суставов, судорога икроножных мышц, скелетно-мышечные боли, миалгия, миастения, синовит;

Нервная система: нарушения сна, спутанность сознания, амнезия, беспокойность, апатия, судороги, деменция, депersonализация, депрессия, диплопия, головокружение, эмоциональная лабильность, галлюцинации, гемиплегия, гиперкинез, гипертония, гипестезия, бессонница, снижение/усиление либидо, нервозность, парестезия, сонливость, ненормальные мысли, тремор;

Респираторная система: астма, бронхит, усиление кашля, одышка, носовое кровотечение, икота, новообразования в гортани, легочный фиброз, фарингит, плевральные нарушения, пневмония, нарушения дыхания, воспаление/инфекция верхних дыхательных путей, ринит, синусит, стридор;

Кожа и придатки: акне, алопеция, контактный дерматит, сухость кожи, устойчивая сыпь, нарушения, связанные с волосами, макуло-папулезная сыпь, проблемные ногти, зуд, сыпь, карцинома кожи, потливость, крапивница;

Органы чувств: нарушения зрения, амблиопия, блефарит, мутное зрение, катаракта, конъюнктивит, глухота, сухость в глазах, нарушения связанные с ушами/глазами, боль в глазах, глаукома, отит среднего уха, паросмия, светобоязнь, дегенерация сетчатки глаза, потеря вкусовых ощущений, нарушение вкуса, звон в ушах, дефект зрительного поля;

Мочеполовая система: нарушение менструаций, увеличение молочной железы, боль в грудях, чувствительность грудей, дисменорея, дизурия, гинекомастия, импотенция, почечный конкремент, боль в почках, бели, менорагия, нарушения связанные с пенисом, полиурия, нарушения связанные с семенниками, боль в уретре, учащенное мочеиспускание, удержание мочи, инфекции мочевыводящих путей, неотложные позывы к мочеиспусканию, нарушения мочеиспускания, вагинит.

Условия отпуска: по рецепту

Производитель

Deva Holding A.Ş., Турция

Эксклюзивный дистрибьютор в КР

ОсОо «Asian Med Trade», Кыргызстан, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.



KG.1.3.103.05548-2018 ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.





Поясничная боль: и повышения эффективности

Д.м.н., проф. П.Р. КАМЧАТНОВ, Е.А. ТРУБЕЦКАЯ, Х.Я. УМАРОВА, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра неврологии и нейрохирургии

На сегодняшний день болевые синдромы, обусловленные дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, широко распространены в популяции. Чаще всего боль локализована в нижней части спины (в пояснице), что позволяет рассматривать данный синдром как поясничную боль. Показано, что до 80% всего взрослого населения переносят различную степень выраженности эпизоды поясничной боли, при этом на протяжении 1 года рецидив боли имел место у 2/3 пациентов, у 30% из них он носил умеренный, а у 15% – выраженный характер^[1].

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что наряду с острыми респираторными инфекциями поясничная боль является наиболее частой причиной временной утраты трудоспособности. Ведение больных с суставно-мышечной патологией, в частности с поясничной болью, характеризуется значительными материальными затратами как на стационарную, так и на амбулаторную помощь^[2].

Следует также отметить, что дегенеративные поражения суставов, в том числе суставов позвоночника, тесно ассоциированы с целым рядом разнообразных соматических заболеваний, что повышает расходы на проводимое лечение, причем, как свидетельствуют результаты фармакоэкономических исследований, объемы этих затрат постоянно возрастают^[3].

Анализируя распространенность поясничной боли в популяции и связанные с ними материальные затраты, следует учитывать, что значительное число таких больных по ряду причин не обращаются за медицинской помощью. Они пытаются самостоятельно купировать болевой синдром, прибегают к немедикаментозной помощи, следуют советам родственников и близких, что искажает реальные затраты на лечение такого контингента больных в популяции^[4].

Частую поясничная боль приобретает хронический характер, что существенно затрудняет проведение лечебных мероприятий, требует дополнительных материальных затрат на проведение лечения, иногда приводит к стойкой утрате трудоспособности. Вероятность развития болевого синдрома, длительность течения и степень его выраженности в значительной степени определяются эмоциональным состоянием больного, в частности, наличием тревожных, депрессивных нарушений, рядом психосоциальных факторов^[5]. Некоторые индивидуальные особенности личности пациента – повышенная тревожность, избыточное чувство ответственности, элементы перфекционизма и др. – играют важную роль в формировании, становлении и поддержании болевого скелетно-мышечного синдрома, в частности поясничной боли.

Высокая частота поражения поясничного отдела позвоночника обусловлена особенностями его биомеханики – значительным объемом движений, осуществляемых в различных

плоскостях, значительными физическими нагрузками, приходящимися на позвонки и диски указанной области. Кроме того, помимо непосредственно дегенеративно-дистрофических изменений в позвонках и межпозвоночных дисках (остеоартроз, спондилез, остеохондроз и их сочетание), формируют поясничную боль также структурно-функциональные изменения сухожильно-связочного аппарата с постепенно развивающейся гипертрофией связок, стойкий мышечный спазм, сопровождающийся выраженными нарушениями биомеханики позвоночника, изменениями осанки и вторичными изменениями опорно-двигательного аппарата.

Предрасполагающими к возникновению поясничной боли факторами считаются характер и интенсивность физических нагрузок индивидуума, их регулярность, особенности строения позвоночника (в частности, наличие аномалий развития позвонков и межпозвоночных дисков), инволюционные изменения, со временем развивающиеся в костной и хрящевой тканях^[7].

В настоящее время в значительной степени пересмотрены взгляды на роль в развитии поясничной боли остеохондроза позвоночника, длительное время считавшегося основной причиной болевого синдрома^[8]. Считается, что сама по себе перестройка хрящевой ткани межпозвоночных дисков и связочного аппарата не является причиной возникновения боли, а представляет собой, по сути, комплекс компенсаторных изменений в организме, развивающихся с течением времени. Вместе с тем серьезным осложнением такого процесса является выпячивание пульпозного ядра межпозвоночного диска вследствие разрыва волокон окружающего его фиброзного кольца. Далеко не всегда грыжа межпозвоночного диска является причиной возникновения болевого синдрома^[9]. Нередко выпячивания даже крупных размеров могут протекать асимптомно. Вместе с тем в ряде случаев имеет место компрессия грыжи спинального корешка, вероятность которой возрастает при крупных размерах грыжи, ее расположении вблизи корешка, других анатомических особенностях, способствующих развитию дискорадикулярного конфликта. Сдавнение межпозвоноковой грыжей спинального корешка или кровоснабжающих его сосудов (vasa vasorum) может привести к серьезным последствиям в виде нарушения трофики нервного ствола – дискогенной радикулопатии.

Наиболее характерным клиническим проявлением поясничной боли является локальный болевой синдром в области, ограниченной реберными дугами и ягодичными складками. В подавляющем большинстве случаев имеется четкая зависимость между возникновением боли, ее интенсивностью и характером и интенсивностью физической нагрузки. Как правило, болевые ощущения возникают в определенном положении туловища, нарастают при движении (сгибание, ротация), повышенной нагрузке (поднимание и перенос

тяжестей), длительном пребывании в неудобном положении. Вместе с тем у большинства пациентов с поясничной болью имеется положение или положения, в которых интенсивность боли уменьшается или боль прекращается полностью.

Наличие корешкового (радикулярного) синдрома характеризуется иррадиацией боли в зону иннервации соответствующих нервных структур. Такого рода боль носит характер нейропатической – болевые ощущения возникают на удалении, вне связи с раздражением ноцицепторов, при этом боль характеризуется своеобразной окраской, носит простреливающий, жгучий, тянущий характер, сопровождается парестезиями, дизестезией, аллодинией в соответствующей области^[10]. В формировании корешкового синдрома у пациентов с поясничной болью важную роль играют структурные изменения чувствительного корешка, обусловленные его компрессией грыжей межпозвоночного диска. Нервный ствол подвергается дегенеративным изменениям, выраженность которых при отсутствии адекватной терапии может нарастать в условиях продолжающейся компрессии. Необходимо отметить, что ведение пациента с нейропатическим болевым синдромом требует специфических терапевтических подходов, отличающихся от таковых при купировании боли ноцицептивной.

Главное в диагностике поясничной боли – тщательный сбор анамнеза и изучение клинической картины заболевания. Необходимо иметь в виду, что имеющийся болевой синдром может носить вторичный характер и возникать в результате травматического поражения позвонков, дисков и связочного аппарата, первичных или метастатических поражений позвонков или мозговых оболочек, инфекционных заболеваний (спондилит, эпидурит и пр.). Вероятность травматического поражения возрастает у пациентов с перенесенной в недалеком прошлом травмой спины, остеопорозом, развившимся в результате гормональной перестройки организма в период менопаузы или применения некоторых лекарственных препаратов, в частности кортикостероидов. Риск инфекционных поражений высок у больных с нарушенным иммунитетом (в частности со СПИДом), при проведении частых внутривенных введений лекарственных препаратов, у больных с хроническими инфекциями. Серьезную диагностическую проблему представляет собой исключение соматических заболеваний, способных имитировать поясничную боль, – заболеваний органов малого таза, почек, мочевыводящих путей.

Наиболее ценными и информативными диагностическими процедурами, позволяющими установить характер и объем поражения межпозвоночных дисков, самих позвонков, суставов позвоночника, являются магнитно-резонансная и компьютерная томографии. Рентгенография позвоночника, в особенности с проведением функциональных проб, способна предоставить ценную

информацию о динамических особенностях состояния позвоночного столба, в частности, выявить спондилолистез – смещение позвонков относительно друг друга. К сожалению, ценность рентгенографического обследования невысока при выявлении грыж межпозвоночных дисков, определении их размеров и локализации, при небольших размерах локальных воспалительных поражений и новообразований позвоночника.

Основными задачами ведения больного с поясничной болью являются купирование болевого синдрома с целью улучшения способности больного к самообслуживанию, обеспечения возможности пациента переносить привычные профессиональные или повседневные нагрузки, в целом – повышение качества жизни и предупреждение хронизации боли. В этой связи следует рассматривать устранение боли не как самоцель, а представлять ее как возможность повышения качества жизни пациента. Лечение рассматриваемого контингента больных включает комплекс немедикаментозных мероприятий (физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия и пр.), а также назначение лекарственных препаратов, обладающих противоболевой активностью, устраняющих мышечный спазм, нормализующих обменные процессы в периферических нервах.

Для устранения поясничной боли традиционно используются анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Несомненными и доказанными достоинствами этих препаратов являются способность уменьшать продукцию в области поражения аллогенов – биологически активных веществ, стимулирующих и поддерживающих болевую импульсацию из области раздражения, угнетение процессов локального асептического воспаления, блокирование проведения болевых сигналов в вышележащие структуры нервной системы, в частности в задний рог спинного мозга.

Эффективность НПВП и анальгетиков (и простых, и комбинированных) у пациентов с поясничной болью была неоднократно подтверждена как в ходе рандомизированных клинических многоцентровых исследований, так и в проведенных на их основе мета-анализах^[11]. Благодаря своей достаточной эффективности препараты указанных групп широко применяются в лечении пациентов с поясничной болью, что отражено в целом ряде международных и региональных (национальных) рекомендаций^[12]. Выбор конкретного препарата определяется его эффективностью, которая может варьироваться у различных пациентов индивидуальной переносимостью, характером и выраженностью возникающих вследствие лечения нежелательных побочных эффектов.

Вместе с тем, несмотря на высокую эффективность НПВП, необходимо иметь в виду, что их применение, в особенности систематическое, ассоциировано со значительным повышением риска возникновения целого ряда

→ (Продолжение на стр. 5)

проблемы диагностики терапии

нежелательных побочных эффектов, в первую очередь гастроинтестинальных (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), а также нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы (тромбозы, повышение системного артериального давления). Риск развития гастроинтестинальных осложнений увеличивается при наличии факторов риска – пожилой возраст, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, курение, необходимость одновременного применения других НПВП, препаратов ацетилсалициловой кислоты или кортикостероидов^[13].

Вероятность тромботических осложнений возрастает при назначении, в первую очередь, селективных ингибиторов циклооксигеназы 2 типа, в особенности при их длительном приеме, а также у пациентов, в недавнем прошлом перенесших эпизод острой коронарной ишемии^[14].

Учитывая возможность развития осложнений в ходе проводимого лечения, требуется осторожность при назначении препаратов данной группы у пациентов с поясничной болью. Больного необходимо информировать о том, что сроки лечения должны ограничиваться периодом устранения болевого синдрома, профилактическое назначение или чрезмерно длительное применение НПВП нецелесообразно. Не следует превышать суточные терапевтические дозы, эффективность и безопасность которых была подтверждена в результате клинических исследований. Нет убедительных подтверждений эффективности одновременного назначения нескольких препаратов из группы НПВП. Больного следует также предупредить о том, что вне зависимости от формы введения препарата (энтерально, парентерально, ректально) риск развития нежелательных побочных эффектов сохраняется. Реальным

способом снижения риска гастроинтестинальных осложнений является одновременное с НПВП применение гастропротекторов, в частности ингибиторов протонной помпы, назначение которых снижает риск развития язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, при сохранении эффективности проводимой противобольной терапии.

Для повышения эффективности терапии и повышения безопасности применения НПВП предлагаются различные режимы комбинированной терапии. Так, при лечении пациентов с болевыми синдромами, обусловленными дегенеративными поражениями позвоночника, в частности с поясничной болью, традиционно широко применяются препараты витаминов группы В. В результате многочисленных экспериментальных и клинических исследований было убедительно доказано, что тиамин, пиридоксин, а также цианокобаламин способствуют нормализации нарушенного обмена веществ в нервной ткани, стимулируют восстановительные процессы при ее повреждении, обеспечивают нормализацию проведения нервного импульса^[15]. Указанные свойства имеют особенное значение при наличии структурных поражений нервной ткани, которые наблюдаются при дискогенной радикулопатии. Было также подтверждено, что комбинация данных препаратов оказывает собственный противобольной эффект.

Получены данные о том, что в условиях экспериментального хронического болевого синдрома обезболивающий эффект цианокобаламина сопоставим с таковым у ряда препаратов, применяемых с целью устранения болевого синдрома различного генеза. Наличие собственного противобольной действия витаминов группы В обеспечивает потенцирование ими противобольной эффекта ряда лекарственных

средств, в частности НПВП. Такие результаты были получены в ходе ряда клинических исследований, выполненных в соответствии с требованиями доказательной медицины^[16, 17]. Был подтвержден факт снижения потребности в приеме НПВП или дополнительном приеме анальгетиков.

В последующих клинических исследованиях было показано, что одновременное с НПВП назначение нейротропного витаминного комплекса Мильгамма позволяет купировать болевой синдром в более короткие сроки, чем при монотерапии противобольными препаратами^[18]. Комбинированная терапия обеспечивает как снижение суточных доз препарата, так и сокращение длительности их приема. Важным является тот факт, что комбинированная терапия уменьшает риск развития повторных обострений поясничной боли и удлиняет сроки ремиссии^[19].

Мильгамма – это лекарственный препарат, в состав которого входят все три нейротропных витамина группы В. Важным отличительным признаком данного лекарственного средства является специальная технология его приготовления, благодаря которой достигается стабильность ингредиентов в растворе, а взаимоаннигилирующий эффект отсутствует. Длительный клинический опыт применения Мильгаммы у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы продемонстрировал высокую эффективность препарата, которая в значительной степени обусловлена усилением репаративного потенциала периферической нервной системы, активизацией восстановительных процессов в ней, а также способностью уменьшать интенсивность болевого синдрома. Большинство исследователей, изучавших эффективность препарата, отмечают его хорошую переносимость.

Эффективность Мильгаммы у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы обусловлена усилением репаративного потенциала периферической нервной системы, активизацией восстановительных процессов в ней, а также способностью уменьшать интенсивность болевого синдрома.

Особенность Мильгаммы комpositum заключается в том, что вместо водорастворимого тиамин (витамин В₁) в состав препарата входит бенфотиамин, который является производным тиамин, обладает всеми его нейротропными свойствами, однако вследствие липофильности молекулы и устойчивости к тиаминазе – ферменту, разрушающему тиамин в просвете кишечника, – легко усваивается и проникает в ткани при пероральном приеме.

В острой стадии заболевания целесообразно назначать Мильгамму по 2 мл внутримышечно ежедневно 1 р/сут на протяжении 10 дней. В последующем для стабилизации метаболизма в поврежденном нервном корешке рекомендуется прием Мильгаммы комpositum по 1 драже 3 р/сут в течение 2–3 недель. Показаниями для пролонгированного курса лечения являются хронический характер болевого синдрома, наличие клинических признаков сдавления спинального корешка. Учитывая тот факт, что препарат не накапливается в организме, курс лечения может быть продлен столь долго, как этого требует состояние больного.

Приведенные данные позволяют считать обоснованным применение препарата «Мильгамма» в комплексной терапии пациентов с поясничной болью.

Напечатано с сокращением.
Список литературы в редакции.

Мильгамма® и Мильгамма® комpositum



Состав инъекций:
Тиамин 100 мг
Пиридоксин 100 мг
Цианокобаламин 1000 мкг
Лидокаин 20 мг

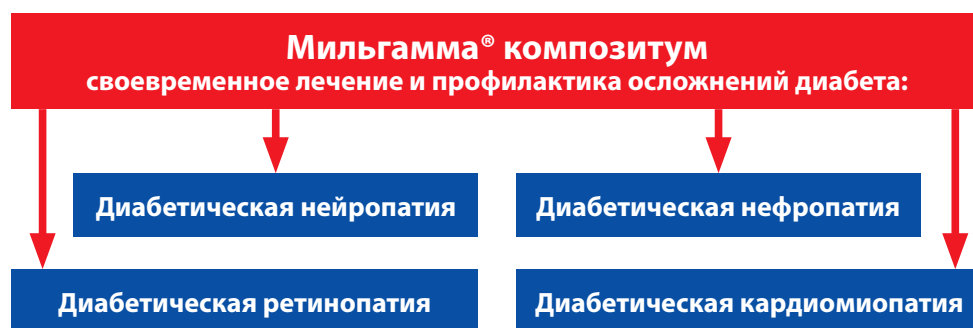


Состав драже:
Бенфотиамин 100 мг
Пиридоксин 100 мг

KG.3.3.039.04753-2017
KG.3.3.039.04752-2017



Справочная служба аптек г. Бишкек:
(312) 68 91 33, 68 91 41



Показания к применению:

Эндокринология:

- Патогенетическая терапия и профилактика осложнений сахарного диабета

Невралгия:

- Неврит
- Невралгия
- Полинейропатия различного генеза
- Миалгия
- Корешковые синдромы
- Ретробульбарный неврит
- Герпетические поражения
- Парез лицевого нерва
- Системные неврологические заболевания, вследствие дефицита витаминов группы В

Гастроэнтерология:

- Нарушение абсорбции витаминов при различных заболеваниях органов ЖКТ

Травматология:

- Патология опорно-двигательного аппарата

Побочные действия:

Возможны аллергические реакции. Перед применением необходимо проконсультироваться с врачом.

Теперь 2 формы выпуска

**ПУСТЬ ДЕТИ РАСТУТ
БЕЗ ГРИППА И ПРОСТУДА!**

Для лечения и профилактики ОРВИ и гриппа. Детям с 1 месяца*.

Гомеопатическое лекарственное средство.
КГ.3.8.42.07465-2020; КГ.1.8.59.06275-2019

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

*Инструкция по медицинскому применению препарата Анаферон детский. Представительство ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» в Кыргызской Республике, г. Бишкек, ул. Тимирязева, 80, офис №3, тел.: +996 (312) 882492; +996 (772) 332151.

Оценка эффективности профилактического применения препаратов «Анаферона детского» и «Тенотена детского» в период адаптации детей к началу обучения в детских образовательных учреждениях

Захарова Г. Я., Абрамова Е. В., Ватутова Р. Ш., ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень

Актуальность. Большую часть дня (более 70% времени) дети дошкольного и школьного возраста проводят в стенах образовательного учреждения^[2, 17]. Время обучения в образовательном учреждении совпадает с периодом роста и развития ребенка, когда организм наиболее чувствителен к воздействию благоприятных и неблагоприятных условий окружающей среды. Организм ребенка испытывает большие нагрузки, что обусловлено сочетанием его интенсивного развития и необходимостью осваивать постоянно усложняющиеся образовательные программы^[15]. Неблагоприятно влияют на здоровье учащихся и несоответствие методик и технологий обучения возрастным и индивидуальным особенностям, стрессовая педагогическая тактика и, что особенно печально, недостаточность знаний педагогов и родителей в вопросах охраны здоровья^[13, 14, 19]. Не менее актуальной проблемой является отсутствие своевременной коррекции отклонений в состоянии здоровья^[3, 4]. Начало посещения детских образовательных учреждений сопровождается определенными изменениями поведенческих реакций ребенка, повышением заболеваемости ОРВИ, часто снижением уровня нервнопсихического, физического развития^[17]. У некоторых детей незначительные до этого функциональные отклонения приобретают форму хронических заболеваний^[8].

Расстройства адаптации широко представлены в детской популяции и часто (до 25% всех психических расстройств) встречаются в педиатрической практике^[1, 21]. Увеличилось количество жалоб детей на функциональные расстройства организма: головные боли, боли в животе, нарушение сна, повышенную утомляемость, снижение успеваемости. Только частота головной боли напряжения у школьников составляет от 28-52%^[6, 23], и она нередко является показателем снижения их адаптационно-компенсаторных возможностей, сигналом дисфункции отдельных органов и систем организма. Наиболее уязвимы к расстройствам адаптации дети в периоды возрастных кризисов (3-4 года, 7-8 лет, пубертатный возраст), которые совпадают с изменением жизненного стереотипа детей: посту-

пление в детский сад, школу, колледж и др.^[5, 9, 11]. В дошкольном возрасте основным стрессовым фактором у большинства малышей является отрыв от семьи, а также неумение общаться с другими детьми или неправильное позиционирование себя в коллективе из-за завышенной или заниженной самооценки, стеснительности, некорректных действий педагогов. При поступлении в школу триггерами могут быть новые условия деятельности, большие физические (статические), эмоциональные и умственные нагрузки. Большинство исследователей сходятся во мнении, что школьная дезадаптация – сложный многофакторный процесс, имеющий как медико-биологические, так и социально-психолого-педагогические основы. В ее структуре выделяют три основных компонента: когнитивный (неуспеваемость в обучении предметам по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка), эмоционально-личностный (нарушение эмоционально-личностного отношения к обучению, учителям, жизненной перспективе, связанной с учебой) и поведенческий (повторяющиеся, неконтролируемые нарушения поведения)^[7, 10].

Одним из лекарственных средств, предназначенных для неспецифической профилактики ОРВИ, является отечественный препарат «Анаферон детский» (Материя Медика Холдинг). Действующим веществом служат сверхмалые дозы антител к γ -интерферону человека. «Анаферон детский» обладает противовирусной активностью и оказывает иммуномодулирующее действие на все звенья иммунитета^[18, 20, 22]. Препарат разрешен к применению у детей, начиная с возраста в 1 месяц, и практически не имеет противопоказаний. Для профилактики ОРВИ и гриппа применяется по простой и удобной схеме: 1 таблетке 1 раз в день сублингвально. Учитывая, что препарат не требуется запивать водой, он особенно удобен для проведения неспецифической профилактики ОРВИ в детских образовательных учреждениях.

Для устранения тревожных проявлений и коррекции эмоционального состояния детей часто назначаются вегетокорректоры и седативные препараты. Однако препараты, сочетающие в себе вегетотропный и противотревожный эффекты, часто имеют противопо-

казания к применению и побочные действия в виде миорелаксирующего и сомногенного эффектов. Поэтому для устранения психо-эмоциональной и вегетативной симптоматики многие авторы предлагают использовать анксиолитический препарат «Тенотен детский» (Материя Медика Холдинг). В состав препарата входят сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S100, которые модулируют нейрохимические процессы в головном мозге, препятствуя развитию невротических и неврозоподобных состояний. «Тенотен детский» практически лишен побочных эффектов, имеет стрессопротекторный эффект, широкий спектр психотропной, нейротропной и вегетомодулирующей активности. В отличие от транквилизаторов не вызывает дневную сонливость, заторможенность, мышечную слабость, зависимость и связанный с ней синдром «отмены». Как следствие, «Тенотен детский» может быть использован в период адаптации детей к образовательным учреждениям^[12].

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения препаратов «Анаферона детского» и «Тенотена детского» в периоде адаптации детей к началу посещения детских образовательных учреждений.

Задачи:

1. Оценить эффективность применения отечественного препарата «Тенотена детского» (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», регистрационный номер № ЛСР-003309/7 от 22.10.2007 г.) для профилактики дезадаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям.
2. Оценить эффективность применения отечественного препарата «Тенотена детского» (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», регистрационный номер № ЛСР-003309/7 от 22.10.2007 г.) для профилактики дезадаптации детей к школьным образовательным учреждениям.
3. Оценить эффективность применения иммуномодулятора с противовирусной активностью «Анаферона детского» (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия, регистрационный номер № 000372/01) для профилактики дезадаптации детей к дошкольным образовательным учреждениям.
4. Оценить эффективность приме-

нения иммуномодулятора с противовирусной активностью «Анаферона детского» (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия, регистрационный номер № 000372/01) для профилактики дезадаптации детей к школьным образовательным учреждениям.

5. Разработка схем профилактики дезадаптации детей к началу посещения дошкольных и школьных образовательных учреждений.

Методы обработки. Полученные данные обработаны способом вариационной статистики-6 с использованием математической программы Biostat. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования послужили дети в возрасте 2,5-3,5 лет (детский сад № 88 г. Тюмени) – 56 человек; дети в возрасте 7-8 лет (гимназия № 12 г. Тюмени) – 59 человек. Перед началом исследования были получены информированные письменные согласия родителей для участия несовершеннолетнего в исследовательском проекте.

Клинические наблюдения за детьми осуществлялись в течение 120 дней (4 месяца) – с сентября по декабрь. Условия данного проекта предусматривали, что дети, получающие «Анаферон детский» и «Тенотен детский» не должны были принимать другие иммуномодуляторы, противовирусные и успокаивающие средства на протяжении 120 дней. Оценка адаптации осуществлялась с помощью определения частоты ОРВИ и продолжительности течения, присоединения осложнений. Психологические аспекты адаптации оценивались с помощью стандартизованных шкал и опросников, данных анкетирования родителей до и после исследования. За время наблюдения дети осматривались врачом 4 раза: перед началом проекта, через один месяц, через три месяца от начала наблюдения, через четыре месяца от начала проекта.

Основная группа включила 54 ребенка: из них дошкольники – 26, школьники – 28 человек. В контрольную группу вошел 61 ребенок: из них дошкольники – 30, школьники – 31

→ (Продолжение на стр. 7)

Таблица 1

Влияние приема «Анаферона детского» на частоту возникновения ОРВИ у дошкольников

Группа	Число детей	Болели ОРВИ, %			В т. ч. повторно, %
		через 1 месяц от начала приема	через 3 месяца от начала приема	по окончании курса	
Основная	26	12,5	3,0*	2,5*	—*
Контрольная	30	33,0	28,0	25,0	9,5

Примечание: * – достоверность различия основной и контрольной группы при $p < 0,05$.

человек. Контрольную группу составили дети, обучающиеся в тех же образовательных учреждениях (группах и классах), не получавшие профилактическое лечение вследствие отказа родителей. Эти дети также в течение всего проекта наблюдались исследователями. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и полу, социальным факторам (жилищно-бытовые условия, условия обучения). Вакцинация против гриппа проведена всем детям, участвовавшим в исследовании, в плановом порядке.

Дети в основной группе получили профилактический курс «Тенотена детского» продолжительностью 1 месяц (по 1 таблетке 2 раза в день, утром и перед обедом, сублингвально). Профилактический курс «Анаферона детского» составил 3 месяца (по 1 таблетке 1 раз в день, утром, сублингвально). С учетом особенностей функционирования образовательных учреждений прием препаратов осуществлялся пять дней в неделю (с понедельника по пятницу). Лечебные курсы «Анаферона детского» назначались при каждом эпизоде ОРВИ по стандартной схеме (в 1-е сутки 8 приемов, со 2-х по 5-е сутки – по 1 таб. 3 раза в день, сублингвально).

Профилактическая активность «Анаферона детского» оценивалась по уровню частоты ОРВИ среди детей данных групп.

Оценка «Тенотена детского» проводилась на основании динамики выявленных при анкетировании родителей невротических и поведенческих расстройств, оценки успеваемости школьников в динамике. По данным анкетирования родителей в начале посещения детских образовательных учреждений жалобы на нарушение фазы сна, двигательную расторможенность, раздражительность, беспричинные страхи, колебания настроения, навязчивые движения имели место у детей и основной, и контрольной групп.

Практическая значимость работы. Предложенное комплексное использование в начальном периоде посещения (обучения) «Анаферона детского» и «Тенотена детского» является неинвазивным и нетрудоемким, поэтому может быть использовано для обеспечения более быстрой благоприятной адаптации к образовательным учреждениям детей дошкольного и школьного возрастов.

Результаты исследования и их обсуждение

Раздел 1. Дошкольная группа

Анализ проведенной работы показал, что достоверных различий частоты ОРВИ у детей основной и контрольной групп до начала курса «Анаферона детского» не выявлено. Это еще одно подтверждение сопоставимости исследуемых групп.

На фоне приема препарата в течение трех месяцев частота ОРВИ в основной группе дошкольников достоверно снизилась (в 4,2 раза) по сравнению с контрольной группой (1,1 раза) (табл. 1). После окончания курса «Анаферона детского» в основной группе дошкольников частота ОРВИ снизилась в 5 раз, в контрольной группе – в 1,3 раза (различия достоверны). В контрольной

Таблица 2

Влияние «Тенотена детского» на параметры поведенческих реакций у детей дошкольного возраста

Клинические симптомы	До курса «Тенотена детского», %		После курса «Тенотена детского», %	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Нарушение фаз сна	13,5	7,54	,0*7	,4
Двигательная расторможенность	10,0	8,12	,4*8	,1
Раздражительность	11,8	10,3	3,1*	7,6
Беспричинные страхи	12,0	11,5	3,0*	11,0
Навязчивые движения	2,62	,4	1,02	,3
Колебания настроения	17,0	14,0	4,3*	13,7

Примечание: * – достоверность различия до и после курса «Тенотена детского» при $p < 0,05$.

группе дошкольников повторные эпизоды ОРВИ отмечались в 9,5% случаев. В основной группе повторных эпизодов ОРВИ не было.

Анализ проведенной работы показал, что достоверных различий среди частоты предъявляемых жалоб и частоты нарушений поведенческих реакций у детей основной и контрольной групп до начала курса «Тенотена детского» не выявлено.

Полученные при исследовании данные иллюстрируют высокую эффективность «Тенотена детского» (табл. 2). Значительно улучшение поведенческих реакций и уменьшение жалоб в течение первого месяца профилактики достоверно отмечено у детей основной группы дошкольников. В контрольной группе существенной положительной динамики в поведении детей не отмечалось.

Раздел 2. Школьная группа

Анализ проведенной работы показал, что достоверных различий частоты ОРВИ у детей-школьников основной и контрольной групп до начала курса «Анаферона детского» не выявлено. На фоне приема препарата в течение трех месяцев частота ОРВИ в основной группе школьников снизилась в 1,4 раза, в контрольной группе, напротив, возросла в 1,25 раза (табл. 3). После окончания курса «Анаферона детского» в основной группе школьников частота ОРВИ достоверно снизилась (в 6,8 раз), в контрольной группе рост частоты ОРВИ продолжился – в 1,5 раза. Повторных эпизодов ОРВИ не отмечалось ни в основной, ни в контрольной группах школьников.

Полученные при исследовании данные иллюстрируют высокую эффективность «Тенотена детского» и среди детей школьного возраста. Анализ проведенной работы показал, что достоверных различий среди частоты предъявляемых жалоб и частоты нарушений поведенческих реакций у школьников основной и контрольной групп до начала курса «Тенотена детского» не выявлено. Полученные при исследовании данные иллюстрируют эффективность «Тенотена детского» (табл. 4). Значительно улучшение поведенческих реакций и уменьшение жалоб в течение первого месяца профилактики отмечено у школьников основной группы. В контрольной группе существенной положительной динамики в поведении детей не отмечалось.

При анализе успеваемости в основной группе школьников количество детей с низкой успеваемостью уменьшилось в 2,5 раза, в 1,5 раза увеличилось количество детей с высокой успеваемостью. В контрольной группе, наоборот, количество учащихся с высокой успеваемостью уменьшилось в 1,4 раза.

Заключение

Полученные нами результаты согласуются с данными литературы, посвященными процессам адаптации детей к

Таблица 3

Влияние приема «Анаферона детского» на частоту возникновения ОРВИ у школьников

Группа	Число детей	Болели ОРВИ, %			В т. ч. повторно, %
		через 1 месяц от начала приема	через 3 месяца от начала приема	по окончании курса	
Основная	28	34,0	25,05	,0*–	
Контрольная	31	32,0	40,0	50,0–	

Примечание: * – достоверность различия основной и контрольной группы при $p < 0,05$.

дошкольным/школьным учреждениям, а также различным способам профилактики и коррекции расстройств адаптации [1, 2, 3, 4, 5, 16].

Комплексное использование в начальном периоде обучения «Анаферона детского» и «Тенотена детского» обеспечивает более быструю благоприятную адаптацию к образовательным учреждениям детей дошкольного и школьного возрастов, снижению заболеваемости ОРВИ, уменьшению продолжительности течения каждого эпизода ОРВИ, повышению работоспособности и успеваемости.

Выводы

1. «Анаферон детский» показал высокую эффективность как средство для неспецифической профилактики ОРВИ у детей в период адаптации к дошкольным образовательным учреждениям и в эпидемически опасный период (осенне-зимний).
2. «Анаферон детский» показал высокую эффективность как средство для неспецифической профилактики ОРВИ у детей в период адаптации к школьным образовательным учреждениям и в эпидемически опасный период (осенне-зимний).
3. «Тенотен детский» показал высокую эффективность при состояниях гиперактивности, повышенной нервной возбудимости, раздражительности, плаксивости, сниженной способности к

Таблица 4

Влияние «Тенотена детского» на параметры поведенческих реакций у детей школьного возраста

Клинические симптомы	До курса «Тенотена детского», %		После курса «Тенотена детского», %	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Нарушение фаз сна	17,3	12,55	,5*	12,4
Двигательная расторможенность	10,85	,3	3,6*	4,9
Раздражительность	13,8	10,33	,7*	10,1
Беспричинные страхи	8,93	,8	2,34	,0
Навязчивые движения	4,64	,0	2,23	,9
Колебания настроения	16,1	11,65	,2*	10,9

Примечание: * – достоверность различия до и после курса «Тенотена детского» при $p < 0,05$.

обучению, вегетативной дисфункции у детей в период адаптации к дошкольным образовательным учреждениям и в эпидемически опасный период (осенне-зимний).

4. «Тенотен детский» показал высокую эффективность при состояниях гиперактивности, повышенной нервной возбудимости, раздражительности, плаксивости, сниженной способности к обучению, вегетативной дисфункции у детей в период адаптации к школьным образовательным учреждениям и в эпидемически опасный период (осенне-зимний).

5. Для достижения эффективной профилактики дезадаптации детей к дошкольным и школьным образовательным учреждениям целесообразно применять «Анаферон детский» и «Тенотен детский» в комплексе. Оптимальная схема применения препаратов: 3-месячный курс «Анаферона детского» в профилактической дозе (по 1 таблетке 1 раза в день, утром, сублингвально) в сочетании с 1-месячным курсом «Тенотена детского» (по 1 таблетке 2 раза в день, в 1-й половине дня, сублингвально).

Тенотен детский

Гомеопатическое лекарственное средство

Тенотен детский

Применяется при повышенной возбудимости и нарушении внимания

40 ТАБЛЕТОК

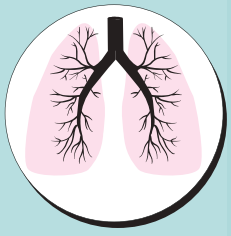
KG.3.8.901.06210-2018

Схема приема:
по 1 таблетке 3 раза в день
в течение 1-3 месяцев.

- Помогает уменьшить возбудимость и расторможенность
- Восстанавливает вегетативный гомеостаз
- Улучшает внимание и способность к обучению
- Не вызывает сонливости и привыкания

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

Представительство ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» в Кыргызской Республике
г. Бишкек, ул. Тимирязева, 80, офис №3, тел.: +996 (312) 882492; +996 (772) 332151.
www.materiamedica.ru



Респиро

Сальметерол 25 мкг & Флутиказон 250 мкг
Антиастматическое средство

Контроль над астмой

- ✓ **Базисное лечение**
- ✓ **Комбинированный препарат**
- ✓ **Аэрозоль для ингаляций дозированный**
- ✓ **Удобен в применении**

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

Инструкция по применению ингалятора

- Встаньте или сядьте вертикально при использовании ингалятора.
- Удалите крышку мундштука (как показано на рисунке). Проверьте внутри и снаружи, чтобы удостовериться, что мундштук чистый и свободен от объектов.
- Встряхните ингалятор 4-5 раз, чтобы содержимое ингалятора равномерно смешалось.
- Держите ингалятор вертикально большим пальцем на основании мундштуком вниз.
- Поместите мундштук в рот между зубами. Закройте губы вокруг него. Не кусайте мундштук.
- Сделайте вдох через рот, сразу нажмите на верх баллончика, чтобы распылить препарат и одновременно сделать глубокий длинный вдох. Задержите дыхание приблизительно на 10 секунд или более, насколько возможно. После применения препарата следует прополоскать рот водой и выплюнуть ее.
- После использования следует закрыть крышку мундштука, при правильном закрытии будет щелчок.

Индикатор дозы начинает краснеть, когда остается 40 доз, и становится полностью красным, когда остается 20 доз. Когда индикатор показывает 0, вы не должны использовать его, так как остаток препарата содержит неадекватную дозу для вас.



KG.1.3.364.05841-2018



РЕСПИРО

Сальметерол 25 мкг & Флутиказон 250 мкг
Аэрозоль для ингаляций, дозированный

Фармакологические свойства РЕСПИРО:

Сальметерол	Флутиказона пропионат
<ul style="list-style-type: none"> Селективный агонист β_2-адренорецепторов длительного действия Длительная бронходилатация (не менее 12 ч.) Бронхолитический эффект – в течение 10-20 мин Сильный и длительно действующий ингибитор высвобождения из легочной ткани медиаторов тучных клеток (гистамин, ЛТ и ПГ D2) Однократное введение сальметерола ослабляет гиперактивность бронхиального дерева. 	<ul style="list-style-type: none"> Местный глюкокортикостероид (ГКС) Оказывает выраженное противовоспалительное и противоаллергическое действие в легких Уменьшает клиническую симптоматику Снижает частоту обострений Восстанавливает реакцию на бронходилататоры, уменьшая частоту их применения Не сопровождается побочными реакциями, характерными для системных глюкокортикостероидов.

Показания к применению

Регулярное лечение бронхиальной астмы у пациентов, которым показана комбинированная терапия β_2 -адреномиметиком длительного действия и ингаляционными глюкокортикостероидами.

- У пациентов с недостаточным контролем заболевания на фоне постоянной монотерапии ингаляционными кортикостероидами при периодическом использовании β_2 -адреномиметика короткого действия;
- У пациентов с адекватным контролем заболевания на фоне терапии ингаляционным глюкокортикостероидом и β_2 -адреномиметиком длительного действия.

Способ применения и дозы

Взрослые и дети 12 лет и старше:

2 ингаляции (25 мкг сальметерола и 250 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в день.

Дозу препарата Респиро следует снижать до самой низкой дозы, обеспечивающей контроль симптомов. Если контроль симптомов обеспечивает прием препарата Респиро 2 раза в день, снижение дозы до минимально эффективной может включать однократный прием препарата в сутки:

- Один раз перед сном – если у пациента есть ночные симптомы.
- Один раз утром – если у пациента есть дневные симптомы.

*Для получения оптимального эффекта препарат следует применять регулярно, даже при отсутствии клинических симптомов бронхиальной астмы и ХОБЛ. Определение продолжительности курса терапии и изменение дозы препарата возможно только по рекомендации врача.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата; Детский возраст до 12 лет.

С осторожностью: туберкулез легких, грибковые, вирусные или бактериальные инфекции органов дыхания, тиреотоксикоз, феохромоцитомы, сахарный диабет, неконтролируемая гипокалиемия, идиопатический гипертрофический субартериальный стеноз, неконтролируемая артериальная гипертензия, аритмии, удлинение интервала QT на ЭКГ, ИБС, гипоксия различного генеза, катаракта, глаукома, гипотиреоз, остеопороз, беременность, период лактации. **Побочные эффекты.** Все нежелательные реакции, представленные ниже, характерны для действующих веществ – сальметерола и флутиказона пропионата в отдельности.

Инфекционные и паразитарные заболевания: часто – кандидоз ротовой полости и глотки, пневмония (у пациентов с ХОБЛ); редко – кандидоз пищевода. Со стороны иммунной системы: реакции гиперчувствительности: нечасто – кожные реакции гиперчувствительности, одышка; редко – анафилактические реакции, ангионевротический отек (главным образом, отек лица и ротоглотки). Со стороны эндокринной системы: нечасто – катаракта; редко – глаукома; возможные системные эффекты: редко – синдром Кушинга, кушингоидные симптомы, угнетение функции надпочечников, задержка роста у детей и подростков, снижение минеральной плотности костной ткани. Со стороны обмена веществ и питания: нечасто – гипергликемия; очень редко – гипокалиемия. Нарушения психики: нечасто – тревожность, нарушения сна; редко – изменения в поведении, в т.ч. гиперактивность и раздражительность (особенно у детей). Со стороны нервной системы: очень часто – головная боль; нечасто – тремор. Со стороны сердца: нечасто – учащенное сердцебиение, тахикардия, фибрилляция предсердий; редко – аритмия. Со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: часто – охриплость голоса; нечасто – раздражение глотки.

Со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто – кровоподтеки. Со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: часто – мышечные спазмы, артралгия.

Особые указания. Препарат Респиро не предназначен для облегчения острых симптомов, поскольку в таких случаях следует применять быстро- и короткодействующий ингаляционный бронходилататор (например, сальбутамол). Пациентов нужно проинформировать о том, чтобы они всегда имели препарат для купирования острых симптомов. Комбинация сальметерола и флутиказона пропионата может использоваться для начальной поддерживающей терапии у пациентов с персистирующей бронхиальной астмой (ежедневное возникновение симптомов или ежедневное использование средств для купирования приступов) при наличии показаний к назначению ГКС и при определении приблизительно их дозировки.

Более частое применение бронходилататоров короткого действия для облегчения симптомов свидетельствует об ухудшении контроля заболевания, и в таких ситуациях пациент должен обратиться к врачу. Внезапное и усиливающееся ухудшение контроля бронхиальной астмы представляет потенциальную угрозу жизни, и в таких ситуациях пациент также должен обращаться к врачу. Врач должен рассмотреть возможность назначения более высокой дозы ГКС. Если используемая доза препарата Респиро не обеспечивает адекватный контроль над заболеванием, пациент также должен обратиться к врачу. Пациентам с астмой нельзя резко прекращать лечение препаратом Респиро из-за опасности развития обострения, дозу препарата следует снижать постепенно под контролем врача. У пациентов с ХОБЛ отмена препарата может сопровождаться симптомами декомпенсации и требует наблюдения врача.

После начала лечения ингаляционным флутиказона пропионатом системные ГКС следует отменять постепенно, и такие пациенты должны иметь при себе специальную карточку пациента, содержащую указание о возможной потребности в дополнительном введении ГКС в стрессовых ситуациях. Как и другие ингаляционные препараты, препарат Респиро может вызывать парадоксальный бронхоспазм, проявляющийся нарастанием одышки непосредственно после применения. В этом случае следует незамедлительно прекратить короткодействующий ингаляционный бронходилататор, отменить препарат Респиро и начать, при необходимости, альтернативную терапию. Имеются сообщения о побочных явлениях, связанных с фармакологическим действием бета2-антагонистов, таких как тремор, субъективное чувство сердцебиения и головная боль. Однако данные явления носят кратковременный характер, и их выраженность уменьшается при регулярной терапии. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами.** Из-за опасности развития бронхоспазма следует избегать одновременного применения селективных и неселективных β -адреноблокаторов за исключением тех случаев, когда они крайне необходимы пациенту. Исследование лекарственных взаимодействий у здоровых добровольцев показало, что ритонавир — высокоактивный ингибитор изофермента CYP3A4 — может вызывать резкое повышение концентрации флутиказона пропионата в плазме, вследствие чего существенно снижаются концентрации сывороточного кортизола. В период пострегистрационных наблюдений были получены сообщения о клинически значимых лекарственных взаимодействиях у пациентов, которые одновременно получали флутиказона пропионат (интраназально или ингаляционно) и ритонавир. Эти взаимодействия вызывали системные побочные эффекты, свойственные ГКС, такие как синдром Кушинга и угнетение функции надпочечников. Учитывая сказанное, следует избегать одновременного применения флутиказона пропионата и ритонавира, кроме тех случаев, когда потенциальная польза для пациента превышает риск системных побочных эффектов ГКС. Рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении флутиказона пропионата и сильных ингибиторов CYP3A4 (например, кетоконазола), поскольку при таких комбинациях не исключается вероятность повышения концентрации флутиказона пропионата в плазме, что может потенциально увеличить системные эффекты флутиказона пропионата. А также следует соблюдать осторожность при совместном назначении сильных ингибиторов CYP3A4 (например, кетоконазола) и сальметерола.

Производные ксантина, ГКС и диуретики повышают риск развития гипокалиемии (особенно у пациентов с обострением бронхиальной астмы, при гипоксии). Ингибиторы моноаминоксидазы и трициклические антидепрессанты увеличивают риск развития побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Препарат Респиро совместим с хромоглицеиновой кислотой. **Применение при беременности и лактации.** Беременным и кормящим женщинам назначать препарат только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода и ребенка. **Условия отпуска из аптек.** По рецепту.

Производитель:
ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш.,
Турция



Эксклюзивный дистрибьютор в КР: ОоОО «Asian Med Trade»,
г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.
тел.: +996 (312) 97-55-36; www.amt.kg



Монтелукаст-АМТ

10 мг, №28

Дыши, как все!

- Входит в стандарты базисной терапии бронхиальной астмы и аллергического ринита*
- Однократный прием
- Для подростков и взрослых

Монтелукаст - АМТ 10 мг

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Монтелукаст

28 таблеток, покрытых пленочной оболочкой

КГ.1.3.804.06724-2019

*Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Монтелукаст-АМТ 10 мг №28

СОСТАВ
Активные вещества: монтелукаст натрия 10.4 мг эквивалентный 10 мг монтелукасту;

Вспомогательные вещества: лактоза моногидрат, целлюлоза микрокристаллическая (рН 101), целлюлоза микрокристаллическая (рН 102), кроскармеллоза натрия, гидроксипропилцеллюлоза, магния стеарат, опадрай 20А22156 желтый.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Профилактика и длительное лечение бронхиальной астмы у взрослых и подростки с 15 лет, включая предупреждение дневных и ночных симптомов заболевания, лечение бронхиальной астмы у пациентов с повышенной чувствительностью к ацетилсалициловой кислоте и предупреждение бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой.
- купирование дневных и ночных симптомов сезонного и/или круглогодичного аллергического ринита у взрослых и подростков с 15 лет.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутри 1 раз/сут независимо от приема пищи. Для лечения бронхиальной астмы препарат Монтелукаст-АМТ следует принимать вечером.

При лечении аллергических ринитов препарат можно принимать в любое время суток по желанию пациента. Пациенты с бронхиальной астмой и аллергическими ринитами должны принимать 1 таблетку препарата Монтелукаст-АМТ один раз в сутки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Противопоказано пациентам с повышенной чувствительностью к какому-либо ингредиенту препарата; Детский возраст до 15 лет;

Наследственная непереносимость галактозы, дефицит фермента лактазы Лаппа, мальабсорбция глюкозы-галактозы.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ДРУГИЕ ВИДЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

В исследованиях лекарственного взаимодействия, рекомендуемая клиническая доза монтелукаста не имеет клинически важных эффектов на фармакокинетику следующих лекарственных препаратов: теофиллин, преднизон, преднизолон, пероральные контрацептивы (этинил эстрадиол/норэтиндрон 35/1), терфенадин, дигоксин и варфарин.

Площадь кривой концентрации в плазме (AUC) для монтелукаста была снижена приблизительно на 40% у пациентов, которым параллельно назначали фенобарбитал. Так как монтелукаст метаболизируется CYP 3A4, 2C8 и 2C9; следует соблюдать осторожность, особенно для детей, когда монтелукаст назначают параллельно с индукторами CYP 3A4, 2C8 и 2C9, как, например, фенитоин, фенобарбитал и рифампицин.

In vitro исследования показали, что монтелукаст является мощным ингибитором CYP 2C8. Однако данные из клинических исследований лекарственного взаимодействия, включающие монтелукаст и розиглитазон (метаболизируется ферментом CYP 2C8), показали, что монтелукаст не ингибирует CYP 2C8 in vivo. Таким образом, не предполагается, что монтелукаст может значительно изменить метаболизм лекарственных препаратов, метаболизируемых этим ферментом (например, паклитаксел, розиглитазон и репаглинид).

In vitro исследования показали, что монтелукаст это субстрат CYP 2C8, 2C9 и 3A4. Данные из клинического исследования лекарственного взаимодействия, включающего монтелукаст и гемфиброзил (ингибитор CYP 2C8 и 2C9), демонстрируют, что гемфиброзил повышает системное воздействие монтелукаста в 4.4 раза. Параллельное назначение итраконазола, мощного ингибитора CYP 3A4, с гемфиброзилом и монтелукастом далее не повышает системное воздействие монтелукаста.

На основании in vitro данных, клинически важное лекарственное взаимодействие с другими известными ингибиторами CYP2C8 (например, триметоприм) не предполагается.

Параллельное назначение монтелукаста только с итраконазолом не привело к значительному повышению системного воздействия монтелукаста.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Пациенты должны быть информированы о том, что нельзя принимать монтелукаст для лечения острых приступов астмы и всегда нужно иметь в наличии для этой цели наиболее подходящий им препарат при острых приступах астмы. Монтелукаст нельзя резко замещать ингаляционной или пероральной формой кортикостероидов.

(с подробной информацией ознакомьтесь в ИМП)

Влияние на способность управлять транспортным средством и потенциально опасными механизмами
Монтелукаст не оказывает эффекта на способность пациента управлять транспортным средством или управлять сложной техникой. Однако, в очень редких случаях, пациенты отмечали сонливость и головокружение, в связи с чем следует соблюдать осторожность при управлении автотранспортом или потенциально опасными механизмами.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Очень часто (≥1/10) инфекции верхних дыхательных путей. Часто (≥1/100, <1/10)
- головная боль, абдоминальная боль, диарея, тошнота, рвота, сыпь, повышение уровня трансаминаз (АЛТ и АСТ), пирексия. Нечасто (≥1/1000, <1/100)

-реакции гиперчувствительности, включая анафилаксию -патологические сны, включая кошмарные сновидения, бессонница, сомнамбулизм, возбуждение, агитация, включая агрессию и враждебность, депрессия, психомоторная гиперреактивность, включая раздражительность, беспокойство, тремор;

-головокружение, сонливость, парестезия/гипестезия, судороги, носовое кровотечение, сухость во рту, диспепсия, кровоподтеки, крапивница, зуд, артралгия, миалгия, включая мышечные спазмы, астения/усталость, отек, энурез у детей. Редко (≥1/10000, <1/1000)

-склонность к кровоточивости, нарушение концентрации внимания, расстройства памяти, пальпитация, ангионевротический отек.

Очень редко (<1/10000)
-эозинофильные инфильтраты в печени, галлюцинации, дезориентация, суицидальные намерения и поведение (включая попытки суицида), синдром Черджа-Стросса, гепатит, включая холестатический, гепатоцеллюлярный и поражения печени смешанного генеза, мультиформная эритема, узловатая эритема, тромбоцитопения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

Клинических исследований препарата Монтелукаст-АМТ с участием беременных женщин не проводилось. Монтелукаст-АМТ следует применять при беременности и в период грудного вскармливания только в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода или ребенка.

ПЕРЕДОЗИРОВКА

Симптомы: абдоминальная боль, сонливость, жажда, головная боль, рвота и психомоторная гиперактивность.

Лечение: отмена препарата, симптоматическая терапия.

СРОК ГОДНОСТИ

36 месяцев.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА

По рецепту.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция

Адрес организации, принимающей на территории Кыргызской Республики претензии от потребителей по качеству лекарственного препарата:

ОсОО «Asian Med Trade», Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1
Тел/факс: +996 (312) 35-75-42



Генферон® лайт

Капли назальные 10 000 МЕ

Препарат нового поколения

ГЕНФЕРОН® ЛАЙТ

Капли назальные, 500 МЕ 200 доз

ГЕНФЕРОН® ЛАЙТ – комбинация ИФН (интерферона) α2-b и таурина для лечения простудных заболеваний у малышей с 1-го месяца жизни, работающая непосредственно в месте проникновения вируса.

Состав

1 мл раствора содержит: действующие вещества: интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный* 10 000 МЕ, таурин 0,80 мг; вспомогательные вещества: динатрия эдетата дигидрат - 0,02 мг, глицерол - 7,00 мг, декстран 40 000 - 2,4 мг, полисорбат-80 - 1,0 мг, натрия хлорид - 0,8 мг, калия хлорид - 0,02 мг, натрия гидрофосфат - 0,115 мг, калия дигидрофосфат - 0,02 мг, вода для инъекций - до 1 мл.

Показания к применению

Лечение гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций у детей в возрасте от 29 дней до 14-ти лет.

Противопоказания

Гиперчувствительность к интерферону альфа-2b или другим компонентам препарата. Новорожденные от 0 до 28 дней (ввиду отсутствия клинических данных).

Способ применения и дозы

При первых признаках заболевания Генферон® лайт закапывают в нос в течение 5 дней.

Детям от 29 дней до 11 месяцев 29 дней – по 1 капле в каждый носовой ход 5 раз в день (разовая доза 1 000 МЕ, суточная доза 5 000 МЕ).

Детям от 1 до 3 лет – по 2 капли в каждый носовой ход 3 – 4 раза в день (разовая доза 2 000 МЕ, суточная доза 6 000 – 8 000 МЕ).

Детям от 3 до 14 лет – по 2 капли в каждый носовой ход 4 – 5 раз в день (разовая доза 2 000 МЕ, суточная доза 8 000 – 10 000 МЕ).

Побочное действие

Возможны местные аллергические реакции (ощущение жжения, зуд). Данные явления обратимы и исчезают самостоятельно в течение 72 часов после прекращения применения препарата. Продолжение лечения возможно только после консультации с врачом.

Передозировка

Случаи передозировки препарата Генферон® Лайт до настоящего времени не зарегистрированы.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Не рекомендуется одновременное применение интраназальных сосудосуживающих препаратов, поскольку это вызывает дополнительную сухость слизистой оболочки полости носа.

Особые указания

После закапывания рекомендуется помассировать пальцами крылья носа в течение нескольких минут для равномерного распределения препарата в носовой полости.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания

Не используется, поскольку препарат показан для применения у детей в возрасте от 29 дней до 14-ти лет.

Влияние на способность управлять транспортными средствами и механизмами

Влияние препарата Генферон® Лайт на выполнение потенциально опасных видов деятельности, требующих особого внимания и быстрых реакций (управление транспортными средствами, машинным оборудованием и т.п.), не изучалось.

Условия отпуска

Отпускают по рецепту.

Производитель

ЗАО «БИОКАД», Россия.

Эксклюзивный дистрибьютор в КР

ОсОО «Asian Med Trade», Кыргызстан, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.

Комбинация интерферона α-2b и таурина для детей с 29-го дня жизни



1 мл раствора содержит: Интерферон альфа-2b 10 000 МЕ и таурин 0,80 мг

Бережное лечение гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций у детей

КГ.1.3.166.06811-2019

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

10 мл

- Высокая активность в очаге проникновения вирусов, отсутствие системного действия
- Таурин опосредованно способствует уменьшению местного воспаления и отека



SWISS ENERGY HERBS
By Dr. FREI®

Черный чеснок

с витаминами группы В



✓ Здоровье и долголетие

 **Сделано в Швейцарии**

Капсулы **Black Garlic** (Черный Чеснок)

Swiss Energy - один из ведущих швейцарских брендов на рынке витаминов.

SWISS ENERGY HERBS
By Dr. FREI®

Чёрный чеснок

Капсулы **Черный чеснок** от SWISS ENERGY специально разработаны компанией FreiCare Swiss AG, Швейцария в сотрудничестве с ведущими врачами и специалистами по здоровому питанию.



ШВЕЙЦАРСКОЕ КАЧЕСТВО

Швейцарские ингредиенты в комплексе с современными стандартами производства обеспечивают высокое качество продукции.



НАДЛЕЖАЩАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА

В производстве используются только GMP-сертифицированные мощности, которые соответствуют строгим европейским требованиям. Каждый продукт контролируется в течение всего производственного цикла, чтобы обеспечить соответствие самым высоким стандартам качества.



НАУЧНЫЙ ПОДХОД

Оптимальный баланс ингредиентов необходимых для организма – основное требование к витаминам, произведенным под торговой маркой SWISS ENERGY. Уникальные формулы витаминных комплексов и научно обоснованный подход к рекомендованным дозировкам обеспечивает максимальную эффективность и безопасность.

Капсулы **Black Garlic** (Черный чеснок) содержат высококачественный специальный экстракт черного чеснока (*аллицин*) и *витамины группы В*.

Черный чеснок – это особый вид аргентинского чеснока, один из наиболее изученных в медицине продуктов натурального происхождения, ферментированного по запатентованной технологии в течение длительного времени.

В процессе "созревания" (ферментации) **Черный чеснок** приобретает около 400 химических соединений.

Основным действующим веществом Черного чеснока является аллицин и его производные (цистеин, метионин, L-фенилаланин и L-триптофан), которые не содержатся в обычном чесноке. Благодаря этому, **Капсулы Black Garlic** (Черный Чеснок) становятся незаменимым средством в профилактике и лечении различных заболеваний.

Дозировка

Рекомендованная дозировка 2 капсулы в сутки. Использовать сразу две капсулы или по 1 капсуле 2 раза в день, запивая стаканом воды во время или после еды.

Состав (в 2-х капсулах):

Экстракт черного чеснока (Black Garlic)	260 мг / NA
Витамин В1	1.1 мг / 100%* РСД
Витамин В2	1.4 мг / 100%* РСД
Витамин В4	1.4 мг / 100%* РСД



Особые указания

БАД. Не является лекарственным средством. Не превышать рекомендованную суточную дозу.

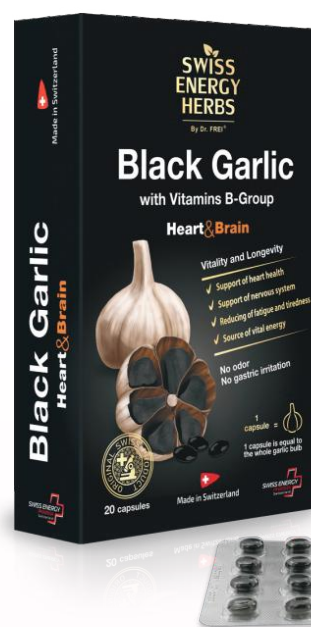
Условия хранения

Хранить в недоступном для детей месте. Хранить в сухом, защищенном от света месте.

Производитель

Swiss Energy, Швейцария.

- ✓ Без глютена
- ✓ Без лактозы и без консервантов
- ✓ Без ГМО
- ✓ Без запаха чеснока
- ✓ Не раздражает желудок



Перед применением ознакомьтесь с инструкцией. Имеются противопоказания.

Помогают поддерживать такие жизненно важные функции организма, как сердечная функция, метаболизм железа, функции нервной и иммунной системы, а также энергетический обмен, не вызывая дискомфорта при регулярном и длительном применении (не имеет запаха чеснока и не раздражает желудок).

Капсулы **Black Garlic** (Черный Чеснок) оказывают следующие действия:

- ✓ способствуют контролю уровня холестерина и нормализации артериального давления
- ✓ способствуют очищению сосудов, уменьшению тромбообразования и атеросклеротических изменений на стенке аорты и других сосудов
- ✓ способствуют нормализации уровня глюкозы в крови
- ✓ обладают сильным противомикробным, противовирусным, противогрибковым эффектами
- ✓ укрепляют общий иммунитет, уменьшают чувства усталости и утомляемости
- ✓ способствуют поддержанию нормального кроветворения и образованию эритроцитов
- ✓ способствуют нормализации функции нервной системы и улучшают умственную деятельность
- ✓ оказывают мощный антиоксидантный эффект
- ✓ оказывают омолаживающий эффект, сохраняют эластичность и красоту кожи
- ✓ повышают либидо





ШВЕЙЦАРСКИЕ ВИТАМИНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

SWISS ENERGY КАЛЬЦИВИТ Кидс №60

Вкусные жевательные пастилки с витаминами K2, D3 и кальцием способствуют здоровому развитию костей и зубов у детей в возрасте от 3 лет. Жевательные пастилки в форме крокодильчиков со вкусом лесных ягод поддерживают здоровое состояние детского организма.

1 жевательная пастилка содержит:

Витамин D3	2,5 мкг	25% РСД	Кальций	60 мг	7% РСД
Витамин K2	37,5 мкг	68% РСД			

В состав витаминных пастилок SWISS ENERGY КАЛЬЦИВИТ Кидс входят только безопасные и полезные ингредиенты высокого качества.

Рекомендуемая суточная доза: 1 жевательная пастилка в день.

Противопоказания: Возможна индивидуальная непереносимость компонентов продукта.

Срок годности: 18 месяцев. Хранить в недоступном для детей месте. В сухом и темном месте при температуре 15-25°C.

Производитель: Легнау, Швейцария



ШВЕЙЦАРСКИЕ ВИТАМИНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

SWISS ENERGY МУЛЬТИВИТ Кидс №60

Вкусные жевательные пастилки с витаминами и йодом являются источником основных витаминов и минералов, необходимых для здорового роста, развития и укрепления иммунной системы у детей в возрасте от 3 лет.

1 жевательная пастилка содержит:

Витамин А	200 мкг	40% РСД	Витамин Е	1,8 мг	26% РСД
Витамин В6	0,21 мг	18% РСД	Биотин	2,5 мкг	17% РСД
Витамин В12	0,375 мкг	25% РСД	Йод	22,5 мкг	23% РСД
Витамин С	12 мг	24% РСД	Рибофлавин	0,21 мг	21% РСД
Витамин D	1,7 мкг	17% РСД	Тиамин	0,17 мг	19% РСД

В состав витаминных пастилок SWISS ENERGY МУЛЬТИВИТ Кидс входят только безопасные и полезные ингредиенты высокого качества.

Рекомендуемая суточная доза: 1 жевательная пастилка в день.

Противопоказания: Возможна индивидуальная непереносимость компонентов продукта.



ШВЕЙЦАРСКИЕ ВИТАМИНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

SWISS ENERGY СМАРТВИТ Кидс №60

Жевательные таблетки на основе глюкозы, со вкусом йогурта и апельсина, являются источником витаминов B2, B5, B6, B12, цинка и железа. Витаминно-минеральный комплекс способствует повышению умственной активности, помогает успешно справляться с ежедневными задачами и укрепляет иммунитет у детей в возрасте 3 лет.

1 жевательная таблетка содержит:

Витамин B2	0,7 мг	70% РСД	Витамин B5	3 мг	100% РСД
Витамин B6	0,7 мг	58% РСД	Железо	1,05 мг	11% РСД
Витамин B12	1,25 мкг	83% РСД	Цинк	0,75 мг	9% РСД

В состав витаминных таблеток SWISS ENERGY СМАРТВИТ Кидс входят только безопасные и полезные ингредиенты высокого качества.

Рекомендуемая суточная доза: 1 жевательная таблетка в день.

Противопоказания: Возможна индивидуальная непереносимость компонентов продукта.



ЖИЗНЕННАЯ СИЛА ЭНЕРГИИ

Шипучие витамины SWISS ENERGY специально разработаны компанией FriCare Swiss AG, Швейцария. Оптимальный баланс ингредиентов, необходимых для организма, - основное требование к витаминам, произведенным под торговой маркой SWISS ENERGY. Ежедневно заботясь о здоровье, SWISS ENERGY выпускает витаминно-минеральные комплексы на основе запатентованной ингредиентной базы Quali-Blends® - известной в мире своим качеством, быстрым действием и безопасностью.

Рекомендуемая суточная доза: 1 таблетка в день

1 шипучая таблетка содержит:

Витамин С	550 мг
-----------	--------

Витамин С способствует нормальному функционированию иммунной системы, и придает Вашему организму больше силы и энергии. Рекомендовано в случае дефицита Витамина С во время обострения простудных заболеваний, а также для профилактики.

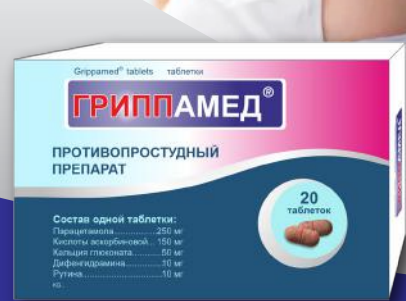
Противопоказания: Возможна индивидуальная непереносимость компонентов продукта. Дети младше 18 лет.

Срок годности: 2 года. Производитель: ООО «Кенди», Болгария



ГРИППАМЕД®

ГРИППАМЕД® - на все проблемы один ответ!



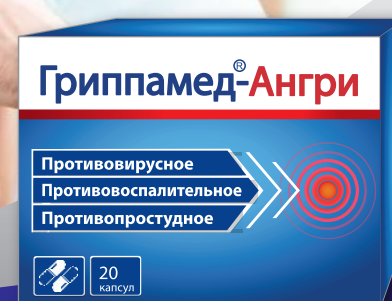
Противопростудный препарат (таблетки)



Противопростудный препарат (саше пакетики)



Противопростудный препарат (саше пакетики)



Противовирусный препарат (капсулы)

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

KG.3.3.725.06676-2019, KG.3.3.105.07617-2020, KG.1.3.229.07006-2019, KG.1.3.534.06529-2019



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД «ЭРГЭНЭ», НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ

Хроническая боль

Клинический протокол

Область применения

Настоящий клинический протокол предназначен для ЛПО первичного звена и стационарных организаций здравоохранения Кыргызской Республики и устанавливает единые требования для оценки хронической боли, к порядку назначения лекарственных средств, выбору и срокам терапии конкретными ненаркотическими и наркотическими анальгетиками у пациентов, находящихся на терминальной стадии заболеваний, таких как рак, туберкулез, ВИЧ/СПИД и других болезней, и получающих паллиативное лечение.

Фармакотерапию хронической боли в амбулаторных условиях осуществляет семейный врач или фельдшер (далее - специалист ПМСП). Консультативно-методическую помощь специалисту ПМСП при лечении хронической боли осуществляет онколог ЦСМ по месту жительства, а также специалисты областных и республиканских центров паллиативной помощи, хосписов.

Бригады экстренной помощи осуществляют выполнение врачебных назначений по купированию хронической боли в ночное время, в выходные и праздничные дни, а также самостоятельно назначают лечение при некупируемом болевом синдроме в соответствии с настоящим протоколом.

1. Боль и ее характеристика. Определение и терминология

Боль является эволюционно выработанным типовым процессом, возникающим в результате действия на организм ноцицептивных (повреждающих) факторов или ослабления антиноцицептивной защиты. По своей сути, боль это физиологический процесс, необходимый для нормальной жизнедеятельности и информирующий организм о воздействиях, представляющих для него потенциальную опасность. Боль представляет собой сложное явление, и ощущение боли является индивидуальным для каждого человека.

Острая боль - имеет четко опреде-

ленное начало, как правило, связанное с субъективными и объективными физическими признаками и с гиперактивностью вегетативной нервной системы. Острая боль обычно реагирует на обезболивающую лекарственную терапию и лечение причины этой боли.

Хроническая боль - продолжается в течение нескольких недель или месяцев, приводя к значительным изменениям образа жизни, функциональным возможностям человека. Лечение хронической боли является сложной задачей, поскольку требует тщательной оценки не только интенсивности и характера боли, но и уровня психологической подавленности.

Типы боли

Ноцицептивная боль - это боль, при которой определенные факторы вызывают повреждение тканей и сопровождаются раздражением болевых рецепторов соматических и висцеральных органов (ноцицепторов). Следовательно, ноцицептивная боль делится на соматическую и висцеральную типы. Соматическая боль связана с поражением костей и мягких тканей, висцеральная боль с поражением и перерастяжением полых и паренхиматозных органов.

Нейропатическая боль возникает и сохраняется в результате повреждения центральной, либо периферической нервной системы (нерва) и проявляется в необычной чувствительности или боли в области двигательной, чувствительной или вегетативной дисфункции.

Классификация боли является полезной, поскольку она помогает установить, какое болеутоляющее средство может быть наиболее эффективным для конкретного пациента. Анализ болевого синдрома с точки зрения его патофизиологических механизмов (ноцицептивная, нейропатическая, смешанная) оказался очень важным, прежде всего с точки зрения лечения. Если врач оценивает боль как ноцицептивную, то наилучшими средствами

для ее лечения будут простые анальгетики и НПВС. Если боль является нейропатической или имеет нейропатический компонент, то препаратами выбора являются антиконвульсанты (габапентин), антидепрессанты, опиоидные анальгетики и лидокаин. В случае смешанных болевых синдромов, возможна комбинированная терапия с выбором средств, в зависимости от представленности ноцицептивного и нейропатического компонентов (см. рис).

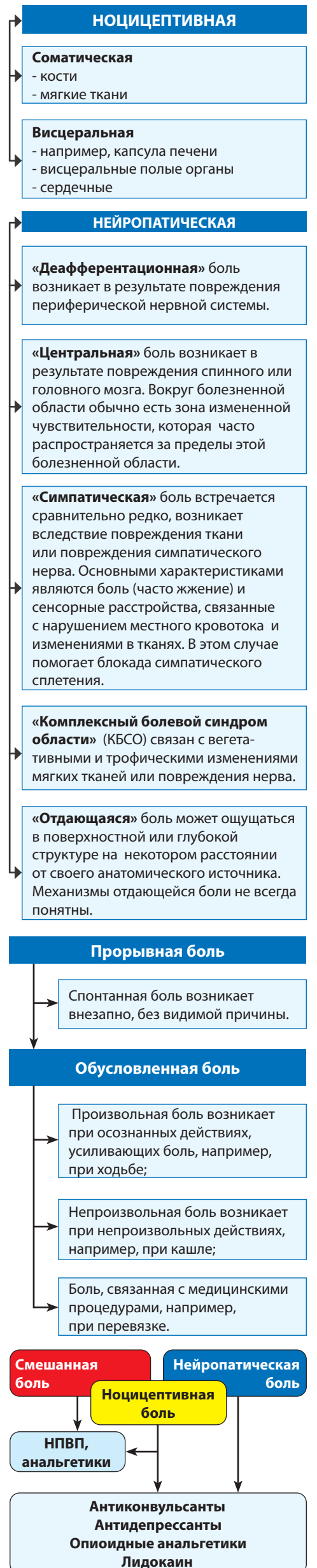
Характер боли

Фоновая боль – это постоянная или непрерывная боль в течение длительного времени, например, длящаяся 12 часов или более.

«Прорыв» боли (пронизывающая боль или острая неконтролируемая боль) – это появление или усиление на короткий период времени рефракторной боли у пациента, находящегося в относительно стабильном состоянии, на фоне адекватной анальгетической терапии фоновой боли. Интенсивность боли варьирует от умеренной до сильной. К прорывным болям не относится боль, возникающая из-за недостаточной дозы обезболивающего (преждевременное окончание действия дозы).

Боль в конце недостаточной дозы. Если боль возникает до истечения четырехчасового срока действия регулярной дозы опиоида, больному следует дать дополнительную дозу (50-100% дозы, назначенной для приема каждые 4 часа). Если дополнительную дозу приходится регулярно назначать более чем один или два раза в день (и это помогает пациенту), значит, регулярную дозу, принимаемую каждые 4 часа, следует увеличить. То же самое относится и к регулярному приему дозы каждые 12 часов.

«Суммарная» боль – этот термин используется для обозначения такой боли, когда психологическая, физическая, социальная и духовная составляющие, комбинируясь, воздействуют на пациента.



Способы проявления боли

Боль подразделяется на следующие способы проявления: физическую, психосоциальную и душевную.

Физическая. Связана с лежащим в основе заболеванием, например: раком, вздутием живота от асциты. Она

может возникнуть в связи с лечением, например: хирургическим, химиотерапией, лучевой терапией, невропатией, в связи с приемом наркотиков или вызвана сопутствующими факторами, как: запоры, пролежни, спазм мочевого пузыря, ригидность суставов, посттравматическая невралгия. Может быть вызвана другими хроническими заболеваниями, например: остеоартритом, стенокардией.

Психосоциальная. Психосоциальные факторы могут оказывать значительное влияние на восприятие человека и ощущение боли, и могут повлиять на то, как больной реагирует эмоционально и поведенчески. Существует множество научных доказательств в поддержку роли тревоги и депрессии, страха, связанных с болью убеждений и копирования стилей при восприятии боли, при хронической доброкачественной боли.

Духовная. Люди, страдающие от хронической непрестанной боли могут испытывать душевную боль/расстройство. Важно определить духовные потребности, чтобы предложить соответствующую поддержку. Духовное измерение лица включает в себя смысл, связанность, надежду и прощение – оно может включать или не включать религиозную систему верований. Боль всегда субъективна. Помимо локализации и характера повреждения, природы повреждающего фактора, восприятие боли определяется психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом. Особенно важен этот аспект при хронической боли, которая продолжается длительный период времени и приобретает статус самостоятельной болезни – хронический болевой синдром.

Особенности онкологической боли

Необходимо помнить, что у пациентов с онкологической патологией в большинстве случаев имеет место смешанный механизм возникновения болевого синдрома. У пациентов с онкологической патологией боль не является временным или преходящим ощущением, в ней нет биологической целесообразности, она не имеет защитной роли. Наоборот, боль у онкологического пациента ведет к дезадаптации, к патологическому восприятию как болевых, так и не болевых импульсов, и сопровождается различными нарушениями на всех уровнях жизнедеятельности организма – от нарушений микроциркуляции до психоэмоциональных расстройств и проблем в социальной сфере. Еще одной важной особенностью болевого синдрома у пациентов с диссеминированными формами рака является нарастание болевого синдрома по мере прогрессирования опухолевого процесса.

87% пациентов с распространенным опухолевым процессом страдают от боли. Хроническая онкологическая боль может быть эффективно купирована у 90% пациентов со злокачественными новообразованиями, а в 10% случаев может быть снижена ее интенсивность.

На первом этапе лечения хронической боли у пациентов с онкологической патологией следует исключить боли, связанные с неотложным состоянием – патологическим переломом, метастатическим поражением головного мозга, либо мозговых оболочек, перфорацией полого органа, кишечной непроходимостью, обструкцией мочевыводящих путей либо инфекционным процессом.

Особенности боли у больных ВИЧ/СПИДом

В нескольких исследованиях документально установлено, что боль у пациентов с ВИЧ/СПИДом характеризуют следующие особенности:

- высокая распространённость и разнообразие форм проявления,
- связь со значительными физиологическими и функциональными расстройствами,
- вызывающее тревогу недостаточное лечение.

Кроме того, боль оказывает огромное негативное воздействие на качество жизни в целом. Поэтому очень важно, чтобы лечение боли было более интегрировано в схему общего лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Краткое описание болевых синдромов при ВИЧ/СПИД

Болевые синдромы, встречающиеся при СПИДе, различны по природе и происхождению, о чем говорилось выше. Наиболее распространённые болевые синдромы, исследованные на настоящий момент, включают: болезненную сенсорную периферическую нейропатию, боль при обширной саркоме Капоши, головную боль, боль в полости рта и глотки, боль в животе, боль в грудной клетке, артралгии и миалгии, а также болезненные дерматологические состояния. Убедительно показано, что у пациентов, страдающих СПИДом, широко распространена как нейропатическая боль (полинейропатии, радикулопатии), так и ноцицептивная (соматическая и/или висцеральная) (Хьюитт с соавт., 1997).

Этиологию болевых синдромов, наблюдаемых при ВИЧ-инфекции, можно подразделить на три категории: вызванные непосредственно ВИЧ-инфекцией или последствиями иммуносупрессии; вызванные лечением СПИДа; и несвязанные со СПИДом или его лечением. В частности, различают следующие болевые синдромы.

Связанные с ВИЧ/СПИД:

- ВИЧ-нейропатия;
- ВИЧ-миелопатия;
- саркома Капоши;
- вторичные инфекции (кишечник, кожа);
- спланхномегалия;
- артрит/васкулит;
- миопатия/миозит.

Связанные с терапией ВИЧ/СПИДа:

- антиретровирусные препараты, противовирусные препараты;
- противотуберкулёзные препараты, средства профилактики РСР;
- химиотерапия (винкристин);
- лучевая терапия;
- хирургическое лечение;
- процедуры (бронхоскопия, биопсии).

Несвязанные со СПИДом:

- заболевания дисков;
- диабетическая нейропатия.
- артрит/васкулит,
- миопатия/миозит.

Связанные с терапией ВИЧ/СПИДа:

- антиретровирусные препараты, противовирусные препараты;
 - противотуберкулёзные препараты, средства профилактики РСР;
 - химиотерапия (винкристин);
 - лучевая терапия;
 - хирургическое лечение;
 - процедуры (бронхоскопия, биопсии).
- Несвязанные со СПИДом:
- заболевания дисков;
 - диабетическая нейропатия.

Сторона, обращенная к врачу/медсестре

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Нет боли

Невыносимая боль

Рис. 1. Линейка – шкала оценки боли

Описание степени боли с помощью слов	боль отсутствует	лёгкая боль	умеренная боль	умеренная боль	сильная боль	невыносимая боль
Шкала лиц Вонга-Бэкера						
Шкала переносимости боли	боль отсутствует	боль можно игнорировать	мешает деятельности	мешает концентрироваться	мешает основным потребностям	необходим постельный режим

2. Оценка интенсивности боли

Оценка боли у пациента – важный навык, требующий спланированного подхода, чуткого уха и зоркого глаза, умения выслушать жалобы пациента, а также сопоставить эти жалобы с визуальным осмотром и в итоге дать объективную оценку боли. Крайне важно, чтобы были изучены тревоги и частые заблуждения пациента, связанные с вышеперечисленными факторами. Боль не будет контролироваться должным образом пока пациенты не почувствуют определенную степень контроля над своим положением. Игнорирование психологических и духовных аспектов ухода часто может быть причиной кажущейся неустранимой боли. После предписанного анальгетика, боль пациента должна быть под постоянным надзором и реакция на лечение должна отслеживаться на регулярной основе.

Пациент, если компетентен и способен передать ощущения, является самым надежным экспертом по боли и должен, по возможности, быть тем, кто первым оценивает боль.

Первичная оценка боли

Детальная оценка боли должна включать:

1. Клиническую историю. Пациентов нужно просить описать боль своими словами. Много информации можно получить, наблюдая, как они описывают свою боль, какие слова используют и какие эмоции выражают. Используйте вопросы для оценки боли:
 - Место и количество приступов боли
 - Интенсивность/Силу боли
 - Иррадиация боли
 - Распространение боли
 - Время наступления боли
 - Свойства боли
 - Факторы, отягчающие и снимающие боль
 - Сенсорные нарушения
 - Силы / функциональные потери и влияние на повседневную активность
 - Этиология боли, например рак, связанная с лечением, остеоартроз, другие патологии
 - Тип боли: ноцицептивный, нейропатический, отдающаяся боль, смешанный и т.д.
 - Наличие клинически значимых психологических расстройств, например: депрессии или тревоги
 - Вклад психосоциальных и духовных факторов
 - Понимание пациентов и убеждения относительно боли
 - Результаты применения разных групп болеутоляющих препаратов у данного конкретного больного. Особенно важно уточнить дозы ранее принимавшихся опиоидных обезболивающих, какой они имели эффект и какие побочные действия они вызывали.
2. Медицинский осмотр.
3. Определение вероятной причины

боли и классификацию типа боли.

4. Подготовка для соответствующих диагностических исследований.

5. По возможности соберите специалистов для проведения междисциплинарной профессиональной оценки.

Результаты осмотра, включая неврологическую оценку, внесите письменно словами в медицинскую карту больного и отметьте в форме №1 (Приложение 1).

Необходимо проводить регулярный обзор для определения эффективности лечения. Частота обзора зависит от интенсивности боли и от выраженности страданий, связанных с болью.

Полезные инструменты оценки боли

Существует и используется много разных инструментов для оценки боли. Фокус при оценке бывает различным, поэтому пользователям рекомендуется ознакомиться с одним или двумя из них, которые могут быть использованы последовательно по различным аспектам управления болью.

Физическая оценка: Одним из наиболее часто используемых инструментов является 10-балльная цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ), где пациентов просят дать оценку силы их боли, используя цифры от 0 (нет боли) до 10 (невыносимая боль). Повторяемые оценки с использованием такой шкалы могут быть полезными для оценки воздействия лечения.

Оценка интенсивности хронической боли должна производиться при помощи специальной визуальной аналоговой шкалы (далее – ВАШ), которая представляет собой линию длиной 10 см, градуированную слева направо от отметки «Нет боли» до отметки «Невыносимая боль» (рисунок 1). Наиболее часто применяется вариант шкалы, построенный в виде линейки – где на стороне, обращенной к пациенту, на шкале отсутствуют деления, а оставлены только вышеупомянутые обозначения. Пациенту предлагается указать точку на шкале, соответствующую его болевому ощущению. На стороне линейки, обращенной к врачу, имеется градуированная от 0 до 10 шкала, позволяющая количественно фиксировать интенсивность хронической боли для последующего контроля эффективности лечения.

Психосоциальный: Комплексная оценка хронической боли должно включать рутинный скрининг для оценки психологического стресса с помощью стандартного инструмента, такого как Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) (Приложение 2).

Духовный: НАДЕЖДА – простой инструмент оценки духовного состояния, который может быть включен в медицинскую оценку. Он определяет:

Н-источники надежды; А- смысл жизни, комфорт; Д- силу, мир; Е- любовь и связь; Ж- Религия; Д- Личная духовность и религиозность; А- Воздействие медицинской помощи и уход до конца жизни. Для постоянной духовной поддержки пациента можно предложить общение со священником при больнице или к духовному лидеру сообщества.

Поскольку боль является субъективным ощущением пациента, основой выбора тактики лечения и оценки его эффективности является информация, предоставляемая самим пациентом. Тем не менее, необходимо помнить, что информация, получаемая в ходе общения с пациентом, не всегда верна. Пациенты часто склонны занижать интенсивность болей, когда речь идет о применении наркотических анальгетиков – из опасения развития зависимости, из страха, связанного с необоснованным представлением о том, что их назначение равносильно смертному приговору. Готовность пациента сотрудничать с врачом, наблюдение за пациентом его родственниками, медицинским работником – необходимые условия успешного лечения болевого синдрома.

Оценка боли у лиц с выраженной деменцией

Многие пациенты в конце жизни не могут сообщить о своей боли в связи с бредом, приобретенным слабоумием, потерей речи, двигательной слабостью, языковыми барьерами и другими факторами. В таких случаях допускается спросить членов семьи, друзей или тех, кто осуществляет уход, считают ли они, что человек испытывает боль.

Если у пациентов имеется какая-либо потенциальная физическая причина для дискомфортных ощущений, считается, что они испытывают боль, пока не доказано иное.

Рекомендуется проводить оценку боли у такой категории больных, используя специальную шкалу оценки (см ниже).

Метод оценки боли у лиц с когнитивными нарушениями

Инструкция: наблюдайте за пациентом в течение пяти минут, прежде чем оценить состояние пациента. Проводите оценку по нижеследующей таблице. Описание каждого элемента приведены снизу таблицы. Наблюдение за пациентом можно вести в различных условиях (например, в покое, за занятием пациента, во время ухода, после введения обезболивающего лекарства).

Оценка: Общий балл составляет от 0 до 10.

Возможная интерпретация баллов: 1-3 = слабая боль; 4-6 = умеренная боль; 7-10 = выраженная боль. Это разделение основано на стандартной 10-балльной шкале оценки боли ВАШ.

Оценку каждого симптома проводите по нижеследующему описанию.

Дыхание:

1. Нормальное дыхание характеризуется спокойным, тихим, ритмичным дыханием.
2. Иногда затрудненное дыхание характеризуется эпизодическими всплесками резкого, затрудненного или истощающего дыхания.
3. Короткий период гипервентиляции характеризуется интервалом быстрых, глубоких вдохов, длящихся короткий период времени.
4. Шумное затрудненное дыхание характеризуется громкими звуками бульканья, хрипов на вдохе или выдохе.

Пациент может быть напряжен или ослаблен.

5. Длительный период гипервентиляции характеризуется учащенным дыханием с глубокими вдохами в течение длительного времени.

6. Дыхание Чейна-Стокса разновидность дыхания, при котором наблюдаются циклические колебания его частоты: за несколькими глубокими вдохами следует остановка дыхания (апноэ), затем вновь возникают глубокие дыхательные движения.

Признаки (звуки) страдания:

1. Нет – нормальная речь или издание звуков.
2. Иногда стоны или вздохи – жалобные звуки, крики или плач. Стоны можно характеризовать как более громкие и произвольные, чем обычные нечленораздельные звуки, часто имеют резкое начало и конец.
3. Голос ослабленный, непонятная или слабо понятная речь – бормотание, нытье, ворчание, больной может ругаться, сетует, речь может иметь саркастический или иронический тон.
4. Повторные зовы на помощь – это фразы или слова, произносимые повторно много раз тоном, выражающим тревогу, беспокойство или страдание.

5. Громкие стоны или вздохи – характеризуются звуками воплей, плача, которые гораздо громче обычного. Это могут быть громкими, чем обычно, нечленораздельные, произвольные звуки, часто имеющими резкое начало и конец.

6. Плач характеризуется выражением эмоций, сопровождается слезами. Это могут быть рыдания или тихий плач.

Выражение лица

1. Улыбка – характеризуется приподнятыми уголками губ, блеском в глазах, и лицо, выражающее удовлетворение. Не выражение эмоций – нейтральное, непринужденное, спокойное выражение или пустой взгляд.
2. Печаль – характеризуется несчастным, одиноким, печальным или удрученным взглядом. Могут быть слезы в глазах.

3. Испуг – характеризуется выражением страха, тревоги или повышенной тревожности. Глаза широко открыты.

4. Хмурость – характеризуется опущенными уголками рта. Сведенные морщины на лбу, сжатые губы.

5. Гримасничание – характеризуется искаженным (перекошенным) выражением лица, взгляд выражающий страдание. Брови сильно нахмурены, губы сжаты. Глаза могут быть зажмурены.

Язык тела

1. Расслабленное – характеризуется спокойным видом человека, движения уверенные, плавные.
2. Напряженное – характеризуется напряженным состоянием, человек выглядит тревожным, беспокойным. Челюсти могут быть сжатыми (нужно исключить любую контрактуру).
3. Походка страдающая – беспокойное состояние; нервные, суетливые движения. Человек выглядит испытывающим страх, беспокойство. Движения могут быть быстрыми или медленными.
4. Беспокойство, тревожность – характеризуется нервным движением. Пациент ёрзает или постоянно шевелится в кресле или передвигается в коляске по всей комнате. Также можно наблюдать постоянное касание, дергание или потирание отдельных частей тела.
5. Неподвижный – характеризуется

Баллы				
Поведение	0	1	2	Оценка
Дыхание	- Нормальное	- Иногда затрудненное дыхание - Короткие периоды гипервентиляции	- Шумное затрудненное дыхание - Длительный период гипервентиляции - Дыхание Чейна-Стокса	
Звуки страдания	- Нет	- Иногда стоны или вздохи - Голос ослабленный, непонятная или слабо понятная речь	- Повторные зовы на помощь - Громкие стоны или вздохи - Плач	
Выражение лица	- Улыбка или лицо, не выражающее эмоций	- Печальное - Испуганное - Нахмуренное	- Гримасничанье	
Язык тела	- Большой расслабленный	- Напряженное - Походка страдающая - Беспокойное состояние; нервные, суетливые движения	- Неподвижный - Сжатые кулаки - Колени согнуты - Толкает или тянет на себя - Бьется, ударяет	
Утешаемость	- Нет необходимости в утешении	- Есть реакция на утешение прикосновением или подбадривающее обращение	- Невозможно утешить, отвлечь внимание или успокоить, подбодрить	
Общая оценка (в баллах)				

напряжением состоянием тела пациента, руки и / или ноги не сгибаются / разгибаются. Больной лежит прямо, не сгибаясь. (Исключить любые виды контрактуры.)

6. Кулаки сжаты – больной может сжимать и разжимать кулаки, или просто крепко сжимать их.

7. Колени поджаты – согнутые в коленях ноги прижаты к груди. Общий внешний вид выражает страдание. (Исключить любые виды контрактуры.)

8. Толкает или вырывается – показание сопротивления на уход за ним или не дает подойти к себе. Человек пытается укрыться, вырывается или дергается или толкает вас от себя.

9. Бьется, ударяет – больной размахивает руками, пинает, кусается, хватает руками, бьется или делает другие формы нападения.

Утешаемость

1. Нет необходимости в утешении – состояние больного удовлетворительное.

2. Есть реакция на утешение прикосновением или подбадривающим обращением. Поведение человека не указывает, что он на всех огорчен, он входит в контакт с другими людьми.

3. Невозможно утешить, отвлечь внимание или успокоить, подбодрить. Больной не реагирует ни на какое вербальное или физическое (прикосновение, поглаживание) утешение.

Контролирование (лечение) боли

Выбор анальгетиков, режима дозирования и ко-анальгетиков

Результаты оценки боли, ее интенсивности, сделанной на основе жалоб самого пациента, должны быть занесены в соответствующие документы: карту пациента и форму 1.

В основе фармакотерапии нарастающей хронической боли лежит трехступенчатая схема, рекомендованная ВОЗ в 1986 г., - «лестница ВОЗ» (рис. 2). Кроме анальгетиков назначаются ко-анальгетики (адьюванты) – лекарственные средства, которые сами по себе непосредственно не обладают анальгетическим эффектом, но способны повысить эффективность других анальгетиков и улучшат качество жизни пациента.

При лечении хронической

боли необходимо соблюдать общие принципы, основанные на лестнице ВОЗ:

- Пероральный – необходимо отдавать предпочтение пероральным лекарственным препаратам.
- По часам – (а не по требованию) регулярное обезболивание обеспечивает необходимый уровень препарата в крови и снижает потребность в экстренном обезболивании.
- По схеме лестницы – обезбоживание должно быть увеличено в ответ на степень боли согласно схеме обезболивания по принципу лестницы ВОЗ.
- Индивидуальное титрование дозы – для достижения оптимального обезболивания с минимальными побочными эффектами.
- Использование адьювантов – если это необходимо.
- Внимание к деталям – обезбоживание должно проводиться под регулярным наблюдением и корректироваться по мере необходимости.

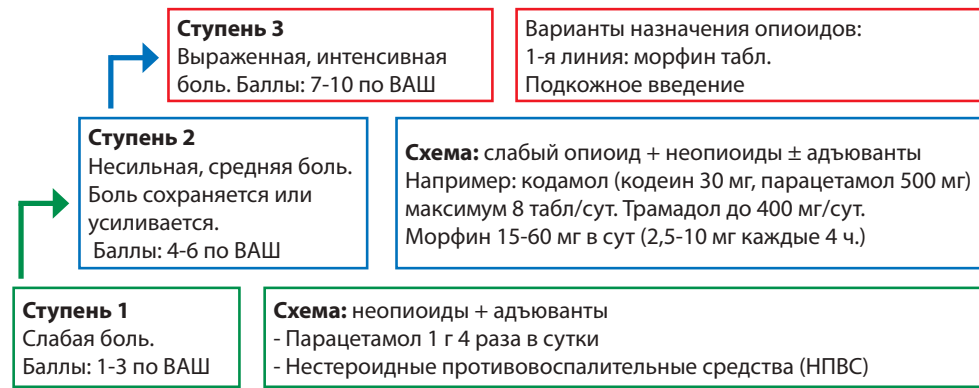
Должна быть четкая причина отказа от использования морфина, когда показан сильный опиоид для лечения боли, и эта причина должна быть описана в карточке пациента. Морфин является препаратом первого выбора при назначении опиоидов. При первичном назначении анальгетиков врач должен в течение 24 часов оценить эффективность фармакотерапии хронической боли и определить сроки следующего осмотра с целью оценки интенсивности и характера боли, а также коррекции схемы лечения (но не реже 1 раза в неделю, при необходимости – чаще).

Лечение слабой боли (1 степень по ВОЗ)

Слабая боль (1-3 балла по ВАШ) показано регулярное назначение ненаркотических препаратов, например: парацетамола и / или НПВС ± адьюванты (табл.1). При длительном лечении НПВС рекомендуется проводить гастропротекцию. Осторожность и бдительность необходимы при назначении потенциально нефротоксичных НПВС, а также при использовании НПВС у пациентов с повышенным риском кровотечений.

→ (Продолжение на стр. 15)

Рис2. Фармакологическое управление болью (схема ВОЗ)



Лечение следует начинать с назначения парацетамола или других НПВС. Эти лекарственные средства обладают достаточно высокой эффективностью в лечении хронического болевого синдрома у пациентов с онкологической патологией, но имеют верхний предел дозы, превышение которого не приводит к увеличению эффективности. Выбор дозы и режима введения НПВС осуществляется эмпирически. Иногда необходима смена нескольких лекарственных средств из этой группы, прежде чем будет достигнут достаточный анальгезирующий эффект – при условии, что интенсивность боли не нарастает, и в процессе подбора пациент не испытывает страданий. В противном случае переходят к следующим ступеням лестницы ВОЗ.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), в том числе селективные ингибиторы фермента ЦОГ-2 (циклооксигеназа) уменьшают чувствительность нервов, вызванных воспалением, путем ингибирования синтеза простагландинов посредством ЦОГ (1 и 2). Они особенно эффективны при регулярном применении для лечения непрерывной боли, связанной с воспалением. Лечение необходимо начинать с самой маленькой дозы, которая оказывается эффективной в течение самого короткого периода, необходимого для контроля боли. В случае необходимости продолжения обезболивающего лечения, регулярно пересматривайте лечение.

Средства с селективным воздействием на ЦОГ-2 имеют большую безопасность применения у пациентов с заболеваниями ЖКТ.

НПВС пролонгированного действия могут использоваться после подбора суточной дозы обезболивания НПВС быстрого действия.

Парацетамол - ненаркотический анальгетик центрального действия с жаропонижающими свойствами. Максимальная доза: 0,5-1 г в сутки через каждые 4-6 часов. Максимальная суточная доза- 4 г в сутки. Выпускается в виде таблеток, растворимых таблеток, свечей или раствора для внутривенного применения.

Побочные эффекты НПВС

- Желудочные.** Диспепсические симптомы и изъязвления ЖКТ часто связаны с приемом НПВС.
- У ибупрофена самый низкий риск развития осложнений ЖКТ;
 - Диклофенак и напроксен имеют промежуточный риск;
 - У кетопрофена и пироксикама относительно высокий риск.

Селективные ингибиторы ЦОГ-2, как класс, имеют более низкий риск «клинически значимых» осложнений ЖКТ, чем традиционные НПВС, но все еще способны вызвать серьезные и даже смертельные язвы. Риск осложнений ЖКТ возрастает с увеличением возраста, курением, увеличением дозы и приемом нескольких НПВС.

Одновременно применение СИОЗС (например, флуоксетин, пароксетин), варфарина, аспирина и кортикостероидов также увеличивает риск кровотечения. Фармакологические меры профилактики побочных эффектов ЖКТ при помощи таких препаратов как: ингибиторы протонной помпы (омепразол), мизопростол или двойная доза H2-блокаторов, показали себя как эффективные. Необходимо учитывать усиление гастроинтестинальной токсичности при одновременном назначении НПВС и кортикостероидов. Следует избегать назначения неселективных НПВС пациентам с «язвенным» анамнезом.

При назначении парацетамола пациентам с поражением печени (метаболическим, алкогольным или иным) необходимо помнить о возможных проявлениях гепатотоксичности уже на невысоких дозах лекарственного средства.

Почечные. Почечная недостаточность может быть вызвана НПВС, особенно у больных с предыдущими нарушениями функции почек, поэтому дозы следует удерживать как можно ниже и осуществлять мониторинг почечной функции. Это особенно важно у пациентов с множественной миеломой, которые находятся под угрозой почечной недостаточности. Применение НПВС у пациентов с нарушением функции почек в состоянии обезвоженности, с явлениями сердечной недостаточности или не контролируемой гипертензией сопровождается значительным риском развития почечной недостаточности. То же касается пациентов пожилого возраста.

Сердечно – сосудистые. Селективные ингибиторы ЦОГ-2 могут вызвать повышение свертываемости крови, проявляющееся в развитии инсульта и инфаркта миокарда. Соответственно, они противопоказаны пациентам с установленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярной болезнью или заболеваниями периферических сосудов. Риск повышается при приеме максимальной дозы неселективных НПВС, например: диклофенак 150 мг/в сутки, ибупрофен 2400 мг/в сутки.

При назначении НПВС следует помнить об их антипиретическом эффекте, который может затруднить диагностику инфекционных процессов – особенно у ослабленных пациентов с угнетенным иммунитетом.

Лекарственные средства этой группы способны также ингибировать агрегацию тромбоцитов, поэтому следует избегать назначения НПВС пациентам с тромбоцитопениями или проявлениями геморрагического синдрома.

Ротация НПВС может быть иногда полезна, но одновременного применения их следует избегать.

В тех случаях, когда нестероидные противовоспалительные средства исходно не позволяют добиться удовлетворительного эффекта в обезболивании,

Таблица 1. Первая ступень лестницы ВОЗ. Характеристика некоторых неопиоидных анальгетиков

Действующее вещество	Основные лекарственные формы и дозы	Время начала действия (мин.)	Предостережения	Максимальная суточная доза (мг)
Парацетамол	Таблетки, суппозитории 500, 1000 мг	15-30	Гепатотоксичность	4 X1000
Ацетилсалициловая кислота	Таблетки 500, 1000 мг	15-30	ГИ-токсичность, аллергия, подавление агрегации тромбоцитов	3X1000
Ибупрофен	Таблетки 200, 400, 600 мг; таблетки MR 800 мг; топический гель	15-30; более 120 (MR)	ГИ- и нефротоксичность	4X600; 3X800 (MR)
Кетопрофен	Таблетки 25, 75 мг; таблетки MR 100, 150, 200 мг	Более 30	ГИ- и нефротоксичность	4X75; 2X200
Диклофенак	Таблетки 25, 50, 75 мг; таблетки MR 100 мг		ГИ- и нефротоксичность	4X50; 2X100
Напроксен	Таблетки 250, 375, 500 мг		ГИ- и нефротоксичность	2X500

Примечание: ГИ - гастроинтестинальная, MR - с модифицированным (замедленным) высвобождением

либо возможности их применения исчерпаны, необходимо переходить на 2-ю ступень лестницы ВОЗ (4-7 баллов по ВАШ).

Кодеин фосфат – составляет 1/10-ую эффективности перорального морфина. Максимальная доза: 60 мг в сутки. Имеет формы выпуска, как в таблетках, так и в виде сиропа. Может быть предписан в сочетании, например: вместе с кодамолом 30/500 (содержит кодеин фосфат 30 мг и парацетамол 500 мг, максимальная доза 2 таблетки в сутки). Избегайте назначения, если это возможно (или уменьшите дозу) при почечной недостаточности.

Трамадол – обезболивающий препарат центрального действия как с опиоидными, так и неопиоидными свойствами. Максимальная доза 400 мг/24 часа, доступный в виде капсул, таблеток или растворимых таблеток и инъекций. Выпускается в виде препаратов быстрого и замедленного действия. Избегайте назначения при эпилепсии. В случае передозировки, возможно лишь частичное обратное действие с помощью налоксона. Чтобы получить эквивалентную дозу морфина, дозу трамадола делят на 5-10. Должно уделяться особое внимание при назначении трамадола в пожилом возрасте. Побочные эффекты слабых опиоидов: тошнота, запор.

Трамадол является синтетическим аналогом кодеина. Он эффективен для купирования умеренной и несильной боли и считается более эффективным для лечения нейропатической боли в сравнении с другими опиоидами.

Трамадол имеет двойной механизм действия:

- взаимодействует с опиоидными рецепторами (агонист);
- активирует нисходящие тормозные пути вследствие ингибирования пресинаптического захвата норадреналина и серотонина. Этим объясняется эффективность трамадола для лечения нейропатической боли и тот факт, что его эффект устраняется налоксоном лишь частично.

На второй ступени возможно назначение морфина перорально в более низких дозах: от 2,5 до 10 мг каждые 4 часа или 15-60 мг/сут. Если боль не снимается перорально принимаемым морфином в дозе 60 мг в сутки, более вероятно, что у больного степень боли по ВАШ выше 6-ти баллов, т.е. третья ступень (7-10 по ВАШ).

Доза морфина на третьей ступени не имеет верхней границы, а может быть ограничена только выраженностью побочных действий. Назначение

морфина не может быть ограничено только IV-й стадией рака, поскольку больные с раком на III-й стадии могут иметь выраженные боли. Назначение морфина должно опираться лишь на степени выраженности боли согласно шкале ВАШ.

Если обезболивающий эффект не достигается при максимальной дозе слабых опиоидов, или, если максимальная доза запрещена проявлением побочных эффектов, то переходите к ступени 3 лестницы ВОЗ.

Ступень 3. Для выраженной и нестерпимой боли (7-10 баллов по ВАШ)

Сильные опиоиды ± неопиоиды ± адьювант следует назначать регулярно, и дозы сильных опиоидов титровать в соответствии с необходимостью обезболивания.

При переводе со слабых наркотиков на «сильные» или при ротации «сильных» наркотиков стартовая доза рассчитывается с учетом эквивалентного коэффициента.

По действию на опиат-рецепторы опиоиды делятся на три группы:

- Чистые опиоиды (морфин, кодеин, трамадол, фентанил);
- Агонисты-частичные агонисты (бупенорфин);
- Агонисты –антагонисты (буторфанол).

Чистые агонисты не назначаются вместе с лекарственными средствами агонистами- частичными агонистами и агонистами-антагонистами.

Чистые агонисты – морфин, фентанил не имеют «потолка» действия, т.е. не имеют максимальной дозы.

Практика назначения наркотических анальгетиков спорадически или «ежедневно на ночь» является ошибочной и недопустимой.

Широко используемый в республике тримеперидин (промедол) не является лекарственным средством для лечения хронической боли. Короткий эффект (2-4 часа), спектр побочных эффектов при длительном использовании и исключительно парентеральный способ введения не позволяют использовать тримеперидин (промедол) в качестве лекарственного средства для лечения умеренной и выраженной хронической боли.

Примечание: дозу опиоидов, возможно, придется уменьшить, если корректируются неопиоиды или адьюванты или пациент получил другое лечение, например хирургическое, лучевую терапию, которое смягчает боль.

Сильные опиоиды при умеренной и сильной боли

Назначение и титрование перорального морфина

Основным местом биотрансформации морфина является печень, но метаболизм морфина также происходит и в других органах, в том числе в центральной нервной системе. Основными метаболитами морфина являются морфин-3-глюкуронида (М3G) и морфин-6-глюкуронида (М6G). М6G связывается с опиоидными рецепторами, в то время как М3G нет. М6G играет основную роль в обезболивающем эффекте морфина.

Подбор дозировки «сильных» наркотических анальгетиков рекомендуется начинать с применения опиатов с коротким периодом полувыведения – с целью избежать проблем, связанных с кумуляцией лекарственного средства.

При недостаточном анальгезирующем эффекте производится повышение разовой дозы лекарственного средства или уменьшение интервалов между введениями. Оценка эффекта производится через 60 минут после назначения морфина внутрь и через 15 минут при внутривенном введении. В том случае, если боль не уменьшилась либо усилилась, доза морфина увеличивается (в тяжелых случаях удваивается), эффект снова оценивается через 60 и 15 минут в зависимости от способа введения – и так до достижения требуемого эффекта. При уменьшении болевого синдрома менее чем на 50% морфин вводится повторно в той же дозе с повторной оценкой эффекта через 60 и 15 минут соответственно. При уменьшении болевого синдрома более чем на 50% лечение продолжается в той же дозе с интервалом, учитывающем период полувыведения лекарственного средства (обычно 4 часа для наркотических анальгетиков быстрого действия). Повторный осмотр пациента осуществляется через 24 часа. В случае достижения требуемого анальгезирующего эффекта пациента переводят на прием пролонгированных форм «сильных» опиоидов, в соответствии с таблицей эквивалентности доз.

Доза морфина зависит от того, принимались ли наркотические анальгетики ранее: в тех случаях, когда не принимались, начальная разовая доза составляет при пероральном приеме 10-30 мг или 5-10 мг при парентеральном.

Для смены одного опиата на другой, а также при переходе с одного пути введения лекарственного средства на альтернативный, необходимо пользоваться правилом «эквивалентных доз». Доза, необходимая для приема перорально практически всегда будет больше, чем при парентеральном введении. При смене одного опиата быстрого действия на другой, введение нового лекарственного средства начинают с половины рассчитанной эквивалентной дозы, затем дозу увеличивают до эффекта обезболивания. При замене опиата быстрого действия на другое лекарственное средство пролонгированного действия, введение начинают с 50%-75% эквивалентной дозы и, при необходимости, увеличивают ее до достижения обезболивающего эффекта.

Эффективная анальгетическая доза морфина варьируется в широких пределах от 5 мг до более 1000 мг при приеме через каждые 4 часа. Большинство пациентов ощущают болеутоляющий эффект уже при дозах 10-30 мг, принимаемых через 4-часовые

Лечение слабой и умеренной боли (ступень 2 по ВОЗ). Неопиоиды + слабые опиоиды ± адъювант следует назначать регулярно. Избегайте ротации с использованием других слабых опиоидов.

Таблица 2. 2 ступень по ВОЗ. Характеристика некоторых опиоидов для купирования умеренной боли

Лекарственное средство и путь введения	Форма выпуска	Время до начала действия	Стартовая суточная доза	Кратность введения/приема	Максимальная суточная доза	Побочные эффекты
Кодеин	Таблетки, порошок	60-120 мин	60-120 мг	2-3 раза в сутки	240 мг	Запор, сонливость
Трамадол	Ампулы, капсулы	5-10 мин 40-50 мин	50-100 мг	4-6 раз в сутки	400 мг	Головокружение, головная боль, тревожность, галлюцинации, тошнота, рвота
	Таблетки	1,5-2 часа		2-4 раза в сутки		
Морфин перорально	Таблетки быстрого высвобождения	60 мин	2,5-10 мг каждые 4 часа или 15-60 мг в сутки	Каждые 4 часа	Предела суточной дозы нет, она зависит от выраженности побочных эффектов	Тошнота, рвота, запор, снижение АД, тахикардия, угнетение дых. центра, головокружение, слабость, сонливость
	Таблетки замедленного высвобождения	60-120 мин	30 мг	2 раза в сутки		

Слабые опиоиды

интервалы. Различия в величине эффективной дозы частично объясняются индивидуальными различиями в системе биодоступности морфина. Правильно подобранная доза – это доза, дающая хороший эффект. Препарат надлежит давать по часам, а не только тогда, когда пациент жалуется на боль. Фактором, определяющим применение морфина, должны быть интенсивность испытываемой пациентом боли, а не ожидаемая продолжительность жизни.

Если у пациента внезапно возникает приступ очень интенсивной боли, ему надлежит незамедлительно дать «экстренную» дозу морфина; при необходимости морфин в этой же дозе следует принять повторно через 1 час. После того как боль утихнет, нужно рассмотреть вопрос об адекватности регулярно принимаемой дозы и повысить ее, если это будет признано необходимым. Появление болей к концу интервала между введениями анальгетика – показатель того, что требуется увеличение дозы лекарственного средства.

Подбор начальной дозы

Начальная доза опиоида для снятия умеренных и сильных болей зависит в основном от того, какую лекарственную терапию болевой получал ранее. Для пациентов, получавших 60-100 мг кодеина внутрь, начальная доза морфина 10-15 мг обычно достаточна. Если после приема первой дозы у пациента возникнет сильная сонливость и он не будет испытывать боли, вторая доза должна быть на 50% ниже первой. Если же после приема суточной дозы болеутоляющий эффект окажется недостаточным, стартовую дозу следует повысить. Дополнительное количество препарата, необходимое больному, может служить при этом ориентиром для определения его потребностей. В типичных случаях дозу увеличивают на 50%. Тем временем можно вводить пациенту «экстренные» дозы.

Прием опиоидных анальгетиков в ночное время

Препарат следует принимать и в ночное время или же в повышенной дозе перед отходом ко сну, чтобы поддерживать нужную концентрацию в плазме крови. Многим больным после вечернего приема двойной дозы препарата можно не принимать его до утра. Необходимость в двойной дозе отпадает в случае препаратов с медленным высвобождением.

Таблица 3. 3 ступень по ВОЗ. Характеристика некоторых опиоидов для купирования умеренной и выраженной боли

Лекарственное средство и путь введения	Время до начала действия	Стартовая суточная доза***	Кратность введения/приема	Побочные эффекты
Морфин перорально	60-12 мин.	30 мг	2 раза в сутки	Тошнота, рвота, запор, снижение АД, тахикардия, угнетение дыхательного центра, головокружение, сонливость, слабость
Морфин (парентерально)**	10-15 мин.	5-10 мг	6 раз в сутки	См. выше, а также местные реакции (гиперемия, отек в месте инъекции)
Фентанил трансдермально	12-18 часов	12,5-25 мкг/час	1 раз в 3 суток	См. выше, а также местные реакции: зуд, высыпания, гиперемия кожи

Примечания:

*Предела суточной дозы нет, максимальная доза зависит от степени выраженности побочных эффектов
**Рекомендуется внутривенное или подкожное введение, внутримышечных введений следует избегать
***У пациентов, ранее не принимавших слабые или сильные наркотические анальгетики

Подкожное введение

Больным, которым введение морфина пероральным и ректальным путями практически нереально или противопоказано, его можно вводить подкожно. От повторных подкожных инъекций следует воздерживаться, так как большинство больных испытывают неприятные ощущения. Предпочтение следует отдавать непрерывной подкожной инфузии с применением портативного движителя шприца (инфузомат). Если такового не имеется, морфин можно вводить периодически через введенную подкожно и оставленную in situ канюлю типа «бабочка». Большинству больных для подкожной инъекции необходима доза, равная от 1/3 до 1/2 ранее вводимой перорально и дававшей удовлетворительный результат дозы.

Фентанил

Альтернативой оральному и инъекционному опиоидам является неинвазивная лекарственная форма фентанила в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС) (пластырь). Фентанил показан в случаях, если у больного нарушено глотание или нарушения со стороны желудка и сна.

Необходимо указать, что стандартной практикой является подбор адекватной дозы «сильного» наркотического анальгетика при помощи парентеральной формы морфина с последующим пересчетом соответствующей дозировки на фентанил в виде ТТС (таблица).

Фентанил в виде ТТС назначается при стабильном выраженном болевом синдроме. Анальгезирующий эффект фентанила при применении его в виде ТТС реализуется через 12-18 часов и достигает пика, как правило, в период между 24 и 48 часами, продолжаясь до 72 часов. Пластырь используется в течение 72 часов. Если после первого применения адекватное обезболивание не достигнуто, то последующая доза

может быть увеличена только после окончания действия предыдущего пластыря, т.е. не ранее чем через 72 часа после его размещения на теле. Если требуется, то дозу увеличивают каждые 3 дня на 12,5 – 25 мкг/ч. При дозе, превышающей максимальную дозировку имеющихся в наличии фентанила в виде ТТС, одновременно наклеивают несколько пластырей в соответствующей суммарной дозировке. В случаях резкого усиления боли на фоне применения фентанила в виде ТТС и неэффективности действия ко-анальгетиков, необходимо использовать дополнительное введение короткодействующих «сильных» наркотических анальгетиков (морфин). При последующем применении фентанила в виде ТТС доза увеличивается, при дестабилизации ХБО (учащении прорывов боли) принимается решение о смене наркотического средства и схемы лечения. Фентанил в виде ТТС не рекомендуется применять у пациентов с кахексией, выраженной лимфедемой, внутричерепной гипертензией.

Побочные эффекты

Пациент и родственники должны быть предупреждены о возможных побочных эффектах, мерах профилактики и лечения.

При назначении наркотических анальгетиков наиболее часто наблюдается седативный эффект, угнетение дыхания, запоры, тошнота и рвота. Может развиваться также миоклония, миоз, сухость во рту, зуд, дисфория, в старческом возрасте возможны галлюцинации.

Седативный эффект наиболее выражен в первые дни после начала приема опиатов, уменьшаясь в ходе лечения. Если седативный эффект значительно нарушает качество жизни пациента, при хорошем анальгезирующем эффекте возможно назначение

Таблица эквивалентных доз (рекомендуемый пересчет дозировок «сильных» наркотических анальгетиков при переходе на фентанил в форме ТТС)

Морфин пероральный	Морфин парентеральный*	Фентанил в виде ТТС
60 мг/сут	20 мг/сут	25 мкг/ч
120 мг/сут	40 мг/сут	50 мкг/ч
180 мг/сут	60 мг/сут	75 мкг/ч
240/сут	80 мг/сут	100 мкг/ч

*Подкожно или внутривенно

кофеина или метилфенидата, или, в крайних случаях, снижение дозы наркотического анальгетика до 25% для уменьшения седации.

Угнетение дыхания является наиболее серьезным осложнением лечения наркотическими анальгетиками. У пациентов с онкологической патологией это крайне редкое осложнение. При тщательном подборе дозы в подавляющем большинстве случаев удается подобрать режим введения, позволяющий добиться хорошего анальгезирующего эффекта при адекватном дыхании. Как правило, в ходе систематического приема опиатов развивается устойчивость к угнетению дыхания, что позволяет постепенно увеличивать их дозу без развития осложнений. В случае угрозы угнетения дыхания (чаще у пациентов с исходно нарушенной функцией дыхания или при сопутствующей бронхиальной астме), показано назначение лекарственных средств-агонистов (наллоксон), что позволяет восстановить функцию дыхания, но может привести к развитию синдрома «отмены». При угнетении дыхания, вызванным приемом морфина (ятрогенное угнетение дыхания) начальная доза налоксона составляет 400 мкг внутривенно медленно (в течение 2-3 минут), внутримышечно или подкожно. При угрожающих жизни состояниях предпочтителен внутривенный путь введения. Повторные дозы можно вводить через 3-5 минут до появления сознания и восстановления спонтанного дыхания.

Запоры - наиболее частый из побочных эффектов приема опиатов. Наиболее выражены запоры в старческом возрасте и в случаях иммобилизации пациента, обусловленной локализацией поражения или тяжестью состояния. В случае развития запора у пациентов с онкологической патологией необходимо помнить о возможности механической кишечной непроходимости.

Для профилактики опиоид-опосредованных запоров слабительные средства назначаются с первого дня терапии наркотическими анальгетиками. Дозы слабительного, необходимые разным больным, сильно различаются. Для подбора нужной пациенту дозы может потребоваться 1-2 недели. От 30 до 50% больным необходимы содержащие слабительное средство суппозитории или клизмы в дополнение к перорально принимаемому слабительному, особенно на первых порах. У большинства пациентов регулярный прием препаратов, стимулирующих перистальтику кишечника, например сенны, препятствует образованию запоров, вызываемых опиоидами. Дозу для каждого больного следует титровать до тех пор, пока не будет достигнут желаемый результат. Обычная доза у пациентов, принимающих опиоиды, составляет 2 таблетки стандартного препарата сенны дважды в день с последующим увеличением до двух таблеток каждые 4 часа в случае необходимости. Некоторым пациентам могут потребоваться лекарства, размягчающие стул, например докустат,

которые следует принимать в дозе 200 мг 2-3 раза в день. Если при первом назначении опиоида у больного наблюдаются сильные запоры, на первых порах важно использовать оказывающие слабительное действие суппозитории (например бисакодил) или клизму. Рекомендуется увеличение в диете доли грубой растительной клетчатки.

Тошнота и рвота купируются применением антиэметиков. У большинства больных тошнота и рвота уменьшаются или исчезают в течение 7-14 дней от момента поступления стабильной дозы опиата в организм. При некупируемых тошноте/рвоте необходима ротация на другой опиат или смена способа введения.

Если у больного возникла тошнота после первого введения опиоида, ему следует назначить также нейролептический противорвотный препарат (например галоперидол) для однократного приема в дозе 1-2 мг с последующим увеличением дозы до максимальной (5 мг). Эффективной альтернативой галоперидолу может служить прохлорперазин – по 5 мг через каждые 8 часов с последующим увеличением дозы до 10 мг через каждые 4 часа.

У небольшого числа больных, принимающих морфин, возникают тошнота и рвота, не устранимые нейролептиками. В таких случаях вместо нейролептика следует назначить метоклопрамид (по 10 мг через каждые 8 часов с последующим повышением дозы до 20 мг через каждые 4 часа). Если рвота будет продолжаться, можно перейти к режиму постоянного подкожного вливания морфина вместе с метоклопрамидом в суточной дозе 60 мг на протяжении нескольких дней.

Если рвота возникает у больного несколько раз в день, противорвотное средство нужно вводить путем инъекции, первоначально в течение двух дней. Больным с неоперабельной кишечной непроходимостью можно назначить антигистаминный противорвотный препарат (например, циклизин или дименгидринат). Для снижения выделений из желудочно-кишечного тракта бывает необходимым ввести атропиноподобный препарат (такой, например, как гиосцинбутилбромид).

Психологические вопросы при назначении сильных опиоидов

Назначение морфина интерпретируется некоторыми пациентами как неотвратимая смерть. В таких случаях необходимо разъяснить, что морфин можно использовать в течение многих месяцев и лет и вести при этом нормальный образ жизни. Другие пациенты отказываются принимать морфин из опасения, что больше не останется никаких средств, если боль усилится. При этом необходимо успокоить пациента, что терапевтическая широта морфина достаточна для купирования боли любой интенсивности.

Сообщения пациентов об «аллергии на морфин» обычно связаны тошнотой или рвотой, развивающейся при парентеральном назначении морфина

Принципы и алгоритмы лечения нейропатической боли
Таблица 4. Характеристика некоторых препаратов для купирования нейропатической боли

Действующее вещество	Основные лекарственные формы и дозы	Действие	Седативный эффект	Диапазон суточных доз (мг)
Амитриптилин	Таблетки 25, 50 мг	Антидепрессант	+++	50-200
Кломипрамин	Таблетки 10-75 мг	Антидепрессант	(+)	50-200
Нортриптилин	Таблетки 10-25 мг	Антидепрессант	+	50-225
Флуоксетин	Таблетки 20 мг	Антидепрессант	+	20-80
Галоперидол	Капли, таблетки, флаконы	Нейролептик	+	3-20
Хлорпромазин	Капли, таблетки, суппозитории, флаконы	Нейролептик	++	25-200
Карбамазепин	Таблетки 200, 400 мг	Антиконвульсант	+	400-1600
Габапентин	Таблетки 200, 300, 400, 800 мг	Антиконвульсант	+	900-3600

в случаях купирования острой боли у пациентов, не получавших ранее опиоиды. Настоящая иммуногенная аллергия на морфин встречается довольно редко, это необходимо разъяснить пациентам.

Если пациент заявляет, что морфин не помогает, это может означать, что доза слишком мала, интервалы между приемами слишком велики. Если боль эффективно не снимается при корректировке дозы или имеют место выраженные побочные эффекты, обратитесь к специалистам по паллиативному уходу за советом.

Внимание!

Рекомендуется консультация специалиста по паллиативной медицинской помощи перед началом применения болеутоляющей терапии у пациентов с выраженной печеночной или почечной недостаточностью и находящихся на гемодиализе.

Постоянное обезболивание и обезболивание при пронизывающей боли

Каков максимальный обезболивающий эффект морфия, вводимого перорально? Как рассчитать соответствующую пероральную дозу опиоида для купирования проникающей боли?

- Пациентам со значительной постоянной болью следует назначать регулярно опиоиды и они титруются по мере необходимости и переносимости.

- Каждый пациент, регулярно получающий опиоиды, должен иметь доступ к обезболиванию в случае пронизывающей (острой) боли, которое обычно составляет примерно 1/6 от общей суточной дозы.

Опиоид-чувствительная и опиоид-нечувствительная боль

Морфин одинаково эффективен против всех типов боли, но нейропатическая боль возможно менее чувствительна, чем соматическая и висцеральная боль. Однако, вследствие широкого диапазона доз, которые могут быть применены, различие между чувствительной и нечувствительной к морфину болью, должно расцениваться скорее как относительное, чем абсолютное.

Нейропатическая боль

Нейропатическая боль – это болевой синдром, обусловленный поражением соматосенсорной нервной системы вследствие самых разных причин. Нейропатическая боль составляет 40% онкологической боли и ее труднее купировать, обычно она только частично чувствительна к опиоидам. Лечение нейропатической боли – длительный

процесс, который требует регулярного контроля состояния здоровья пациента и выполнения врачебных назначений. В начале терапии особое внимание следует обращать на правильное титрование дозы препаратов и отслеживать возможность развития лекарственных взаимодействий. В процессе лечения требуется регулярно интересоваться, как пациент соблюдает схемы лечения, решать вопрос о необходимости продолжения приема препарата и оценивать его эффективность.

Учитывая долгосрочность терапии, следует мониторировать и, по возможности, предотвращать развитие отдаленных нежелательных явлений (таких, например, как гепато- и гастротоксичность, изменения со стороны системы крови и др.), возникающих на фоне приема некоторых лекарственных средств.

Перед началом терапии следует провести разъяснительную беседу с больным и его родственниками о том, что лечение может быть длительным, и уменьшение боли будет происходить постепенно. При нейропатической боли даже при правильной программе лечения редко удается достичь 100%-го обезболивания. НПВС при нейропатической боли неэффективны. Это обусловлено тем, что при нейропатической боли главными патогенетическими механизмами являются не процессы активации периферических ноцицепторов, а нейрональные и рецепторные нарушения, периферическая и центральная сенситизация.

В терапии нейропатической боли лучше всего использовать комплексный подход. Даже в рамках амбулаторной помощи может быть начато лечение несколькими разными методами. Отсутствует достаточное количество доказательных данных о пользе применения консервативных немедикаментозных методов лечения (например, физиотерапии, физических упражнений, чрескожной электростимуляции). Однако, учитывая относительную безопасность этих методов, при отсутствии противопоказаний не следует исключать возможность их применения.

Наиболее признанной в лечении нейропатической боли на сегодняшний день является фармакотерапия. Основные препараты и их характеристики приведены в таблице 4.

Лекарственные средства для лечения нейропатической боли.

При постгерпетической невралгии сначала может быть назначено местное лечение лидокаином, действие которого

основано на блокировании движения натриевых ионов через клеточную мембрану нейронов. Это стабилизирует клеточную мембрану и предотвращает распространение потенциала действия и соответственно уменьшает боль. Следует иметь в виду, что уменьшение боли при местном применении обезболивающих средств не распространяется за пределы площади и продолжительности контакта с пораженной областью тела. Это может быть удобным для пациентов с небольшой зоной распространения боли. Лидокаин 5% в виде пластыря или пластины показан для снятия боли при постгерпетической невралгии. Побочные реакции в виде жжения и эритемы могут наблюдаться в месте наклеивания при длительном применении.

При нейропатических болях другого происхождения, а также в случае безуспешности лечения лидокаином рекомендуется начать пероральную монотерапию габапентином, трициклическим антидепрессантом или смешанным ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина. Из перечисленных препаратов наилучшей переносимостью обладает габапентин. Этот препарат характеризуется практически полным отсутствием лекарственных взаимодействий и невысокой частотой развития нежелательных явлений. Препарат показал свою эффективность в лечении различных нейропатических болей. Быстрота редукции боли напрямую коррелирует с улучшением сна и настроения у этих больных, удобный режим дозирования прегабалина повышает также комплаентность при лечении этих пациентов и способствует более быстрому улучшению качества жизни.

Трициклические антидепрессанты также эффективны и более дешевы (амитриптилин); однако при их применении более высока вероятность развития побочных эффектов. Более того, они относительно противопоказаны при сердечно-сосудистой патологии (перед назначением трициклических антидепрессантов рекомендуется проведение ЭКГ), ортостатической гипотензии, задержке мочи и закрытоугольной глаукоме, а также их необходимо назначать с осторожностью пожилым пациентам. Из имеющихся трициклических антидепрессантов нортриптилин и дезипрамин характеризуются меньшим количеством побочных эффектов.

В случае, если первый назначенный препарат оказался малоэффективным или плохо переносился пациентом, следует переключиться на альтернативную монотерапию препаратом первого ряда. Если все препараты первого ряда оказались неэффективными или плохо переносимыми, то рекомендуется начать монотерапию трамаолом или его комбинацией с парацетамолом либо опиоидным анальгетиком. К сожалению, это не всегда возможно, так как назначение опиоидных препаратов ограничено специальными требованиями, предъявляемыми к выписке этих препаратов.

В связи с разнообразием механизмов возникновения боли, лечение каждого пациента должно быть индивидуализировано с учетом заболевания, явившегося причиной боли, а также клинических особенностей самого болевого синдрома. Кроме того, следует принимать во внимание множество факторов, таких как: общее состояние

пациента, наличие сопутствующих заболеваний (например, сопутствующей депрессии или наркомании/токсикомании, заболеваний печени и почек и т.д.), безуспешность/успешность предшествующей терапии, а также доступность препаратов в аптеке или больнице. При разработке индивидуального подхода к лекарственному лечению, помимо непосредственного анальгетического эффекта, должны быть учтены другие положительные эффекты выбранного препарата (например, уменьшение тревоги, улучшение сна, настроения и качества жизни), а также такие факторы, как его переносимость и возможность развития серьезных побочных эффектов. Пациенты с нейропатической болью нуждаются в постоянной психологической поддержке. Рациональная психотерапия в этом случае может играть ключевую роль. Информация о причинах заболевания, о реальных прогнозах лечения и планируемых терапевтических мероприятиях также крайне важна для пациентов.

Повторная оценка боли

Важно регулярно проводить повторную оценку боли, фиксируя любые изменения в характере боли или изменения в схеме обезболивания. Регулярность оценки боли зависит от степени, в которой изменилось состояние пациента или боль. Более быстро прогрессирующее заболевание требует более частой оценки. Пациентов необходимо проинструктировать, сообщать о любых изменениях боли.

Эффективность снятия боли можно оценивать, используя шкалу 0-10, где 0 обозначает отсутствие облегчения, а 10 — полное облегчение. Если пациенты

не способны использовать эту шкалу, варианты могут быть следующими: «боль не уменьшилась», «незначительно уменьшилась», «существенно уменьшилась» или «боль полностью/совсем прошла». При определении успешности применения нового анальгетика у пациента можно спросить: «Насколько уменьшилась боль после принятия таблетки (или раствора, укола и т.д.)?» Если пациент способен сформулировать степень облегчения, тогда спросите: «На какое время вы испытываете облегчение?» Это позволяет получить подтверждение продолжительности эффекта.

Боль должна быть наглядной (пятый показатель жизнедеятельности). Было отмечено, что добавление значений интенсивности боли в ту же часть таблицы, где записаны температура, пульс и другие жизненные признаки, повысило эффективность снятия боли.

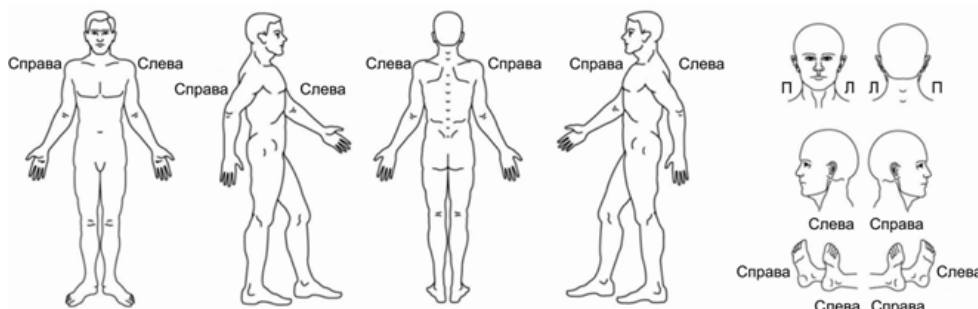
Полезная стратегия повторной оценки — попросить пациентов/тех, кто обеспечивает уход, вести журнал с описанием характеристик боли. Медсестры могут научить пациента или членов семьи записывать ежедневные реакции на боль (например, значения интенсивности, облегчение боли, сколько раз и в какой дозе были введены лекарственные препараты от проникающей боли, дополнительные замечания о мероприятиях или другие факторы).

Клинический протокол по управлению хронической болью разработан на основании Клинического руководства по паллиативной помощи (Приказ МЗ КР № 3 от 10.01.2013 г.), принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом № 461 от 05.08.2013

Приложение 1. Форма 1. Первичная оценка боли

Дата _____
 ФИО пациента _____ Возраст _____ лет № палаты _____
 Диагноз _____ ФИО врача _____
 ФИО медсестры _____

1. Место боли: отмечается пациентом или медсестрой



2. Выраженность боли (пациент дает оценку боли).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Нет боли	Слабая боль		Умеренная боль			Выраженная боль		Невыносимая боль		

3. Это постоянная боль _____. Если нет, то как часто она возникает _____

4. Опишите характер боли, например: ноющая, глубокая, острая, жгучая, колющая _____

5. Начало, характер, изменение, частота: _____

6. Выражение боли _____

7. Что облегчает боль? _____

8. Причина боли или что усиливает ее? _____

9. Последствия боли (значительное снижение функции, снижение качества жизни и т.д.) _____

Сопровождающие боль симптомы (н-р., тошнота) _____

Аппетит _____

Физическая активность _____

Отношение с окружающими (н-р, раздражительность) _____

Эмоциональное состояние (н-р, злится, плачет, делает суицидальные попытки) _____

Концентрация внимания _____

Другое _____

10. Дополнительные комментарии: _____

11. План: _____

Приложение 2.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе</p> <p>3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю</p> <p>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться</p> <p>3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю</p> <p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</p> <p>3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда</p> <p>4. Я легко могу присесть и расслабиться</p> <p>0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу</p> <p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</p> <p>0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто</p> <p>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться</p> <p>3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю</p> <p>7. У меня бывает внезапное чувство паники</p> <p>3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает</p>	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</p> <p>0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так</p> <p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</p> <p>0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен</p> <p>3. Я испытываю бодрость</p> <p>3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время</p> <p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</p> <p>3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет</p> <p>5. Я не слежу за своей внешностью</p> <p>3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше</p> <p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</p> <p>0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю</p> <p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы</p> <p>0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко</p>
Количество баллов здесь	Количество баллов здесь

0-7 баллов - «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога / депрессия»

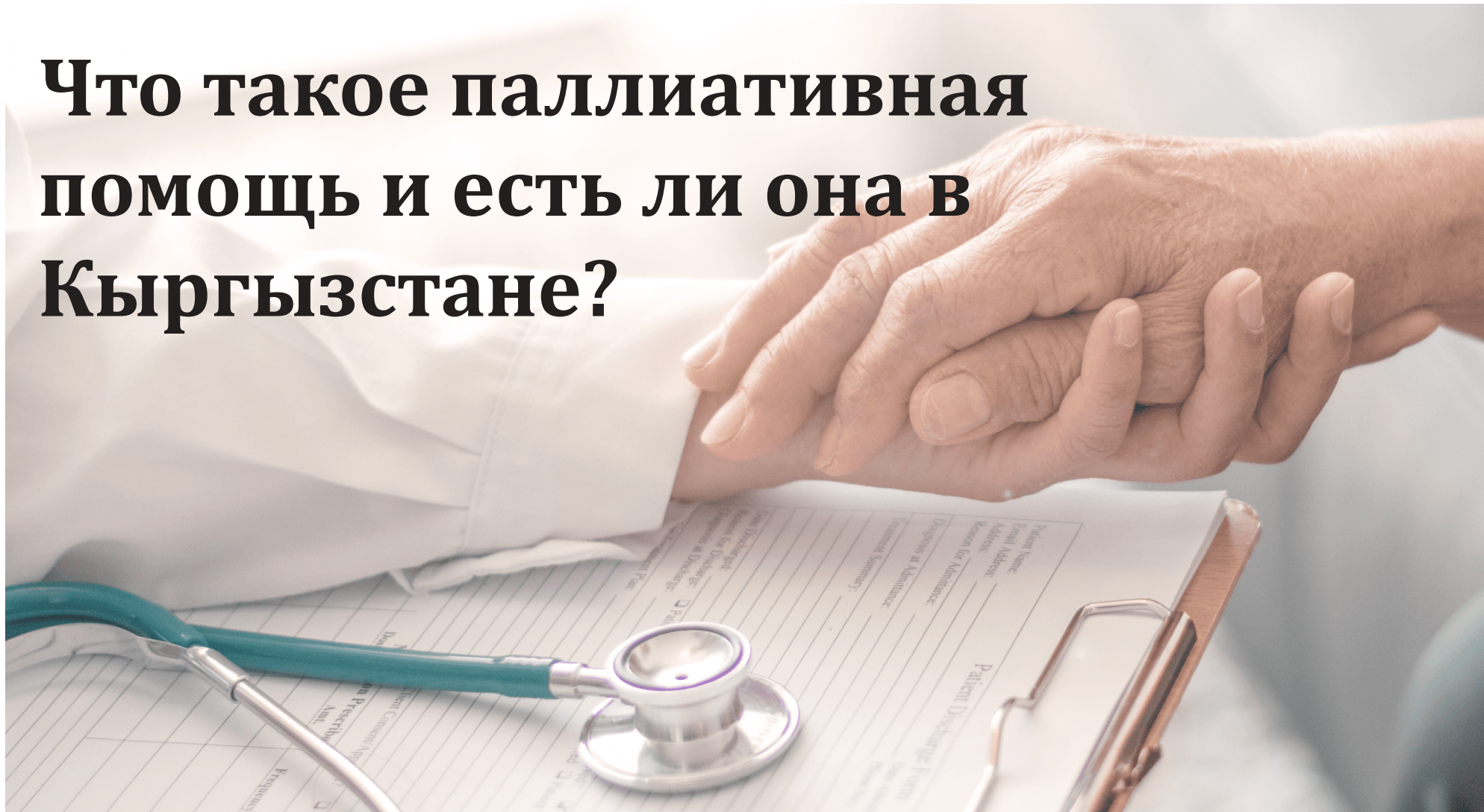
11 баллов и выше - «клинически выраженная тревога / депрессия»

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла, можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы.

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов, можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия.

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл, можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы.

Что такое паллиативная помощь и есть ли она в Кыргызстане?



Оказание помощи тяжелым больным на последней стадии болезни, или иначе говоря в конце жизни, проводилась в нашей стране, только она не выделялась в отдельную форму услуги и не были известны ее стандарты. Если больной находился в стационаре, то пытались лечить до последнего вздоха. Большинство людей с онкологическими заболеваниями, у которых болезнь определялась как неизлечимая, выписывались домой со словами: «Медицина бессильна. Забирайте домой, мы больше не в силах помочь». Врачи поликлиники по месту жительства и родственники как могли, в силу своих знаний, умений и доступных средств, ухаживали и провожали в последний путь. И это все НЕ называется паллиативной помощью.

Представьте себе мост, на нем стоит человек, стоит надежно, уверенно. И это его здоровье. Но вот случилась беда, мост прохудился и начал падать. Это пришла болезнь. Паллиативная помощь – это поддержка и новые укрепления балок моста, чтобы человек крепко стоял и не испытывал страха, боли, одиночества. Это образное объяснение.

Паллиативная помощь – это всеобъемлющий подход, включает и медицинскую помощь, и психологическую, духовную, социальную, юридическую. Она совсем не дорогая, но очень эффективная с точки зрения экономии средств государству. Если правильно наладить помощь больным на дому, то не нужны госпитализации в реанимацию, вызовы скорой помощи. Выигрывают и государство и пациент и его семья.

Все ли нуждающиеся пациенты получают паллиативную помощь?

К сожалению, нет. Хотя на бумаге есть приказ Министерства здравоохранения, утвердивший положение и порядок оказания хосписной и паллиативной помощи, он не работает.

Нет финансирования и потому не работает. А это означает, что почти 90% умирающих больных от рака, например, уходят с болью, мучаясь и проклиная жизнь и нас с вами. Есть большое непонимание со стороны людей, в чьих руках принятие решений, принципов и базовых основ помощи неизлечимым больным.

Медицина, как наука, идет вперед, и многие смертельные заболевания становятся хроническими и с помощью лекарств и ухода продлевается жизнь человека на месяцы и годы. Но со временем, когда ресурсы организма истощаются, или лекарства более не эффективны, наступает момент, когда болезнь приходит к терминальной или последней стадии. Это грустно, депрессивно, больно, жалко... никто не хочет говорить о смерти, тем более о своей или близкого человека. И мне вспоминаются слова молдо, произнесенные им во время жаназа: «Смерть – это истина, родился, значит умрешь». Как бы мы не прятались от мыслей о смерти, она истина и когда-то наступит.

Так почему же не подумать сейчас и не сделать наступление смерти своей или других знакомых и незнакомых людей без ненужных страданий, так, чтобы любой из нас имел гарантию, что если дошел до терминальной стадии болезни (любой хронической сердца, крови, нервов, опухоли и т.д.), вас окружают заботой обученные специалисты, позаботятся, чтобы не страдал от боли, голода, диареи или запоров, пролежней и многих других неприятных и болезненных симптомов у обессиленного человека?

А что для этого нужно?

Во-первых, признать, что паллиативная помощь – это неотъемлемая часть здравоохранения, как например помощь роженицам, людям с сахарным диабетом или артериальной гипертензией. Не на

бумаге, а на деле. То есть нужно адекватное финансирование паллиативных услуг и подготовка кадров. Оказание помощи должно быть не только врачом и медсестрой, а в группе с социальным работником, психологом, юристом и духовным работником. Иногда роль социального работника в облегчении страданий человека выше чем врача и лекарства.

Неужели есть такие случаи?

Вот из практики врача паллиативной помощи, женщина, тяжелобольная, находила силы держаться, хотя ее физическое состояние было критическим. Когда врач стала разбираться, то выяснила, что она одна кормилица маленькой девочки и немощной матери. И только решение с устройством дочери и матери в социальные учреждения, где о них позаботятся, облегчили ее страдания и она с миром ушла из жизни. Грустная история, но и в ней есть урок.

Повлияла ли пандемия на уровень оказания паллиативной помощи в нашей стране?

Пандемия сама по себе является причиной и мощным фактором, приводящим к физическим страданиям и смерти по причине болезни, психологическим расстройствам: стрессы и беспокойство, а также финансовой и социальной нестабильности. Уровень развития паллиативной помощи в нашей республике и в лучшие времена являлся недостаточным. Не были решены задачи, имеющие первостепенное значение, без которых не могут быть обеспечены базовые медицинские потребности паллиативных пациентов, они ведь наиболее уязвимые, беззащитные, не имеющие возможности выразить свои требования. Неясность с окончанием сроков пандемии делает людей, нуждающихся в паллиативной помощи, еще более уязвимыми и они нуждаются в усилении медицинской,

финансовой, социально-бытовой, психологической помощи, которая должна быть доступной несмотря на все трудности из-за пандемии.

Во время пандемии, когда система здравоохранения подвергается нагрузке в рамках COVID-19, обеспечение безопасной и эффективной паллиативной помощи, включая уход в конце жизни, становится особенно жизненно важным и особенно трудным. Это признала ВОЗ. На недавней сессии 20 мая Всемирная Ассамблея здравоохранения включила в 73-ю резолюцию, что паллиативная помощь должна быть одним из важных разделов национального плана реагирования на COVID-19, которая включает практические шаги: обеспечение доступа к лекарствам (таким как опиоиды) и к средствам индивидуальной защиты, что нужно рассмотреть возможность более широкого использования телемедицины и видео, обсуждение с врачом планов ухода, включить в программы обучения работников здравоохранения, а также помочь членам семьи принять на себя роль лиц, осуществляющих уход.

Наша Ассоциация паллиативной помощи готова оказать всяческую помощь нашему государству для улучшения доступа к паллиативной помощи нуждающихся. Я вижу в этом роль всех членов НКО, работающих в сфере паллиативной помощи: привлечение технической, гуманитарной помощи, оказание социальной и юридической поддержки, как и есть в истинном понимании паллиативная, а значит глубоко человеческая помощь близким в любые времена.

Таалайгуль Сабырбекова,
Председатель ОФ «Эргэнэ» и
сопредседатель Ассоциации
паллиативной и хосписной
помощи в КР. 24 мая 2020 г.



Плакат издан в рамках проекта «Дальнейшее развитие паллиативной помощи в КР»
ОО «Открытое медицинское сообщество» при поддержке Фонда «Сорос-Кыргызстан»



Ассоциация паллиативной и хосписной помощи

За улучшение качества жизни пациентов и их семей!

Предельно допустимое количество наркотических и психотропных лекарственных средств для выписывания на одном рецепте

(В редакции постановления Правительства КР от 22 мая 2018 года № 242)
(Приказ МЗ КР № 481 от 03.07.2018 О реализации ПП КР от 22 мая 2018 года № 242)

Наименование	Форма выпуска и дозировка	Количество
Морфина сульфат (другие аналоги продолжительностью действия не менее 12 часов)	Таблетки пролонгированного действия для приема внутрь: 10 мг 30 мг 60 мг 100 мг 200 мг	160 таблеток 80 таблеток 20 таблеток 20 таблеток 20 таблеток
	Раствор для перорального приема: 100 мл/бут 2 мг/мл 20 мл/бут 20 мг/мл	2 бутылки 2 бутылки
Морфина гидрохлорид	Раствор для инъекций: ампулы 10 мг в 1 мл	40 ампул
	Таблетки 10 мг	100 таблеток
	Таблетки 5 мг	200 таблеток
Фентанил-трансдермальная лекарственная форма	Пластырь: 25 мкг/час 50 мкг/час 75 мкг/час 100 мкг/час	20 пластырей 10 пластырей 5 пластырей 4 пластыря



РЕЦЕПТ НА ФЕНТАНИЛ:

В рецепте должно быть написано МНН препарата и форма выпуска.

Пример:

Rp.: Fentanyl 25 mg/h

D.t.d. ITS № 5

S: по 1 пластырю наружно 1 раз/72 часа

Указывается МНН препарата и дозировка, в которой пластырь выпускается. В примере это 25 мкг/ч.

ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОЗ

I СТУПЕНЬ СЛАБАЯ БОЛЬ (1-3 по ВАШ)

Схема: неопиоиды + адьюванты
- Парацетамол 1 т 4 раза в сутки
- Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

II СТУПЕНЬ СРЕДНЯЯ БОЛЬ (4-6 по ВАШ) Боль сохраняется или усиливается

Схема: слабый опиоид + неопиоиды ± адьюванты
Например: кодамон (кодеин 30 мг, парацетамол 500 мг) максимум 8 табл/сут. Трамадол до 400 мг/сут. Морфин 15-50 мг/сут (2,5-10 мг каждые 4 ч.)

III СТУПЕНЬ ВЫРАЖЕННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ (7-10 по ВАШ)

Схема: опиоиды + неопиоиды ± адьюванты
Виды опиоидов: морфий таблетки, суспензии перорально; фентанил трансдермальный пластырь

ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА БОЛИ (ВАШ)

Описание степени боли с помощью слов	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шкала лиц Вонга-Бекера	боль отсутствует	легкая боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	невыносимая боль	
Шкала переносимости боли	боль отсутствует	боль можно игнорировать	мешает деятельности	мешает концентрироваться	мешает основным потребностям	необходим постельный режим					

КОНТАКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ:

Офис: Кыргызская Республика, 720044
г. Бишкек, ул. Юдахина, 61
тел.: 0312 214015
эл. почта: palliativecare.kg@gmail.com

КОНТАКТЫ ОРГАНИЗАЦИЙ - ЧЛЕНОВ АПИХП:

ОФ "Эргэнз": 0312 214015
ОО "Открытое медицинское сообщество": 0312 884572
ОФ "Вместе против рака": 0702 174107
ОО "Белек нуру", г. Ош: 0776 152436

Телефон
горячей линии:

1280

Анализ обеспечения онкологических больных наркотическими анальгетиками на амбулаторном уровне в Кыргызской Республике

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности на планете и занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. По статистике каждый год во всем мире у 12,3 миллиона человек обнаруживают онкологические заболевания^[1]. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) по Кыргызской Республике (КР) составил в 2015г. – 91,7 % на 100 тыс. населения, в 2016г. – 89,7%, в 2017г. – 89,1%. В 2017 г. количество онкологических больных, взятых на учет впервые, по республике составило 5526, умерло – 3501 человек. Отмечается рост этого показателя в Чуйской, Иссык-Кульской и Джалал-Абадской областях^[2]. Число нуждающихся в паллиативной помощи в целом по республике составляет около 18000 человек, у 50% больных диагноз ставится уже на 3-4 стадиях заболевания.

Боль является одним из наиболее частых и серьезных симптомов, который испытывают пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Ведущее место в купировании хронического болевого синдрома (ХБС) у больных с ЗНО на 3 и 4 стадии продолжают традиционно занимать наркотические анальгетики (НА). Проблемы обеспечения многочисленными и разноплановыми, для решения требуют слаженного взаимодействия различных структур и инициативы задействованных специалистов^[3].

Для обеспечения экономической доступности ЛС некоторым категориям граждан на амбулаторном уровне в КР с 2006 года внедрено льготное лекарственное обеспечение населения по Программе государственных гарантий (ПГГ) по 5 нозологиям:

нальной стадии;
- параноидная шизофрения;
- аффективные расстройства различного генеза;
- эпилепсия;
- бронхиальная астма.

В соответствии с положениями ПГГ граждане с ЗНО получают по льготным рецептам формы 109-ПГГ нестероидные противовоспалительные средства и в определенном объеме. В Справочник лекарственных средств, подлежащих возмещению по Дополнительной программе ОМС и ПГГ на амбулаторном уровне, из НА включены: морфина гидрохлорид в виде ампул для инъекций и таблеток, тримеперидина гидрохлорид - ампулы для инъекций, таблетки; трамадол - ампулы для инъекций, таблетки^[4]. Рецепты могут быть выписаны гражданам, приписанным к группам семейных врачей, состоящих на диспансерном учете и имеющих идентификационный номер.

На уровне государства прикладываются усилия для улучшения ситуации по ЗНО в терминальной стадии: в Перечень жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС) включены НА в виде трансдермальной терапевтической системы, увеличены нормы отпуска на 1 больного в год (табл. 1), в действующую ПГГ включен раздел «Паллиативная помощь»^[5, 6].

В ПГГ Фондом ОМС представлен предварительный расчет для оплаты внебольничной паллиативной помощи, создания хорошей информационной платформы для укрепления механизма оплаты паллиативной помощи.

Однако, несмотря на эти усилия, остаются нерешенными вопросы по доступности. В Государственный Реестр лекарственных средств и медицинских изделий для лечения ХБС из НА включены:

1. морфина гидрохлорид в виде раствора

для инъекций в ампулах, таблетки морфина быстрого действия;
2. тримеперидина гидрохлорид - раствор для инъекций в ампулах и таблетки (по протоколу не используется для лечения хронической боли);

3. трамадол – раствор для инъекций в ампулах и таблетки^[7].

Программа ВОЗ определяет, что применяемые для длительной терапии ХБС анальгетики преимущественно должны иметь неинвазивные способы введения. Данное требование является одним из основных постулатов Руководства ВОЗ «Обезболивание при раке», всех современных руководств для онкологов и для специалистов по паллиативной помощи в разных странах мира. Если в странах Европейского Союза для терапии ХБС используется 59 неинвазивных форм, то у нас в стране такие лекарственные формы только начинают появляться в виде таблеток и пластырей^[8, 9]. В ПЖВЛС КР, который был утвержден Постановлением Правительства от 6 июня 2018 года № 274, впервые вошли фентаниловые трансдермальные пластыри. Фентаниловые пластыри являются высокотехнологичными лекарственными формами введения с высокой анальгезирующей эффективностью и достаточным уровнем безопасности^[10]. Эти лекарственные формы еще не зарегистрированы в КР. Приказом Министерства здравоохранения КР от 17.05.2016 года № 340 они внесены в Перечень лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории КР^[11]. Согласно этого приказа в 2018 году в нашу страну было завезено 150 упаковок фентаниловых трансдермальных пластырей.

При проведении сравнительного анализа номенклатуры за период с 2014 по 2018 гг. видно, что номенклатура этих препаратов практически не менялась, с 2015 года начал ввозиться морфин в таблетированной лекарственной форме и с 2018 года – фентаниловые пластыри. С 2015 года, когда в аптеках начали отпускать морфин в виде таблеток, объем поставок морфина и промедола в

инъекциях уменьшился. К сожалению, поставки таблетированной формы морфина идут на спад, а в 2017 году были сбои в поставках этой значимой лекарственной формы (табл. 2).

Следует отметить, что в нашей стране по-прежнему онкобольные не имеют доступа к таким формам, как таблетки морфина пролонгированного действия и капельного морфина. По данным ВОЗ из всех капельный морфин является наиболее эффективной и безопасной лекарственной формой в детской паллиативной помощи, в том числе при использовании на дому^[8].

Немаловажной проблемой остается низкая физическая доступность, когда пациенты с рецептом не могут получить препараты. Особо остро эта проблема стоит в отдаленных регионах республики. Совместно с общественным фондом «Эргэн» нами были проведены полевые исследования для определения количества аптек, отпускающих. По данным исследования была составлена карта расположения аптек, отпускающих.

Аптеки, отпускающие, локализованы в основном в городах. Больному или их родственникам приходится преодолевать значительные расстояния, чтобы получить эти препараты, нередко в условиях плохих дорог и длительных перерывов между рейсами общественного транспорта.

Выводы: Низкая доступность обусловлена малым количеством фармацевтических организаций, отпускающих эти социально-значимые препараты, а следовательно, это приводит к снижению качества жизни пациентов. Имеется ограниченный ассортимент зарегистрированных лекарственных форм. Согласно рекомендациям ВОЗ, пациенты должны получать в соответствии с современными международными стандартами по мере необходимости, без ограничения количества. Они имеют право на качественное медицинское обслуживание, в том числе и надлежащее обезболивание, независимо от того, живут ли они в сельской или городской местности.

Таблица 1. Нормы отпуска наркотических анальгетиков на 1 больного в год, подлежащих возмещению по ПГГ

Наименование лекарственного средства	Норма отпуска на 1 больного в год (2015-2018 гг)	Норма отпуска на 1 больного в год (с сентября 2018 года)
Тримеперидина гидрохлорид, ампулы для инъекций, таблетки	4800мг	7500мг
или Морфин гидрохлорид, ампулы для инъекций, таблетки	3000 мг	5000мг
или Трамадол, ампулы для инъекций, таблетки	36000мг	44000мг

Таблица 2. Наименования и количество ввозимых в Кыргызскую Республику НА, используемых в амбулаторных условиях, с 2014-2018 гг.

Наименования	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	За 10 мес 2018 г
Морфина гидрохлорид амп для инъекций 1%-1 мл	170360 ампул	30269 ампул	76351 ампул	67484 ампул	175498 ампул
Таблетки-морфина 5мг №50	-	2520 уп.	2102 уп.	-	2000 уп.
Промедол раствор для инъекций 20мг\мл - 1мл	143640 ампул	45195 ампул	81617 ампул	67019 ампул	168167 ампул
Фентаниловые пластыри «Дюрогезик матрикс» 25ME, 50ME №5	-	-	-	-	150 уп.

Таблица 3. Результаты анализа полевых исследований по установлению количества аптек, имеющих в наличии НА

Области	Количество аптек, имеющих лицензию на отпуск наркотических анальгетиков (данные ДЛОиМТ)	Количество аптек, которые имеют в наличии наркотические анальгетики и города, села, где расположены эти аптеки	Численность населения	Радиус обслуживания в км
Чуйская	59	5(города Кант, Кара-Балта, села Сокулук, Аксуу)	941 133	25-100 км
г.Бишкек	132	2	1027 245	25-100 км
Таласская	7	1 (город Талас)	263 432	30-85 км
Нарынская	14	6 (город Нарын, села Чаек, Кочкор)	287 048	90-170 км
Ошская, г.Ош	23	8 (г. Ош, г. Узген, г. Ноокат)	1 341 863 299 456	30-120 км
Джалал Абадская	34	6 (города Джалал-Абад, Таш-Кумыр, Кербен, села Базар Коргон, Маасы)	1 214 433	15-180
Баткенская	6	5 (города Баткен, Кызыл-Кия, Кадамжай, Сулюкта, село Кулунду)	525 125	15-80 км
Иссык-Кульская	22	6 (города Чолпон-Ата, Каракол, села Анаево, Кызыл-Суу, Боконбаево)	489 765	20-80

ДЕВАСИД-АМТ

Больше сил против инфекции!

для парентерального применения



**Комбинированный
антибиотик
широкого спектра**

KG.1.3.901.06189-2018

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ
С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

Состав

Порошок

Активное вещество: сульбактам натрия 500 мг, ампициллин натрия 1000 мг

Растворитель

Активное вещество: 0,5 % лидокаина гидрохлорид

Вспомогательные вещества: вода для инъекций

Лекарственная форма

Порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения

Фармакологические свойства

Фармакодинамические свойства

ДЕВАСИД-АМТ (ампициллин/сульбактам) является комбинацией антибиотиков - необратимого ингибитора бета-лактамаз (сульбактама) и чувствительного к бета-лактамазам антибиотика (ампициллина). Эта комбинация предназначена исключительно для парентерального применения и обладает широким спектром антибактериальной активности в отношении многих грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных патогенных микроорганизмов, в том числе видов, продуцирующих бета-лактамазы. Устойчивые к ампициллину патогены, такие как *Pseudomonas*, *Citrobacter* и *Enterobacter*, также нечувствительны к препарату.

Показания к применению

- при инфекциях, вызванных чувствительными микроорганизмами;
- инфекции верхних и нижних дыхательных путей, включая синусит, средний отит, эпиглоттит, бактериальные пневмонии;
- инфекции мочевых путей и пиелонефрит;
- внутрибрюшные инфекции, включая перитонит, холецистит, эндометрит и параметрит;
- инфекции кожи, мягких тканей, костей и суставов, и гонококковых инфекций;
- бактериальная септицемия, а также для уменьшения риска после сепсиса, после абортов и кесарева сечения;
- применяется в предоперационном периоде, чтобы уменьшить частоту послеоперационных раневых инфекций, также у пациентов, перенесших хирургические вмешательства в брюшной полости или в области таза.

Противопоказания

- не использовать при гиперчувствительности к ампициллину и / или сульбактаму;
- при инфекционном мононуклеозе (болезнь, вызванная вирусом) и герпетической вирусной инфекции;
- если в анамнезе отмечались случаи аллергической реакции на любой препарат из группы пенициллинов;
- отсутствующий растворитель - гидрохлорид лидокаина, не следует вводить пациентам с гиперчувствительностью к анестетикам амидных групп или блокадой сердца.

Дозировка и способ применения:

Взрослые. Общая суточная доза препарата у взрослых с нормальной функцией почек составляет 1,5 г (1 флакон 1,5 г соответствует 1000 мг ампициллина + 500 мг сульбактама) до 12 г (8 флаконов 1,5 г, что соответствует 8000 мг ампициллина + 4000 мг сульбактама).

Максимальная суточная доза сульбактама составляет 4 г в день. Суточную дозу препарата обычно вводят в разделенных дозах каждые 6-8 часов.

Доза препарата и частота введения зависят от тяжести инфекции.

Тяжесть инфекции	Суточная доза сульбактама+ампициллина в/в или в/м (г)
Легкая	1,5-3 г в/м (1-2 г ампициллина + 0,5-1 г сульбактама)
Умеренная	до 6 г в/в или в/м (4 г ампициллина + 2 г сульбактама)
Тяжелая	до 12 г в/в или в/м (8 г ампициллина + 4 г сульбактама)

Дети

Рекомендуемая доза для большинства инфекций у детей, младенцев и новорожденных составляет 150 мг/кг/день (соответствует 100 мг/кг/день ампициллина + 50 мг/кг сульбактама в день). Прием у детей, младенцев и новорожденных обычно каждые 6-8 часов в соответствии с обычным применением ампициллина. У новорожденных в первую неделю жизни (особенно недоношенные) рекомендуемая суточная доза составляет 75 мг/кг/день (что соответствует 25 мг/кг сульбактама + 50 мг/кг/день ампициллина) дозы, разделенные на два приема каждые 12 часов.

Пациенты с нарушением функции почек.

У пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (клиренс креатинина <30 мл/мин), следует контролировать дозу ДЕВАСИД-АМТ и уменьшать частоту введения препарата в соответствии со стандартной методикой применения ампициллина.

Для профилактики хирургических инфекций следует вводить 1,5-3 г (1-2 флакона ДЕВАСИД-АМТ 1,5 г) при индукции анестезии, что дает достаточное время для достижения эффективной концентрации в сыворотке и тканях во время процедуры. Дозу можно повторять каждые 6-8 часов. Профилактическое введение обычно прекращается

через 24 часа после большинства хирургических процедур, если не назначен терапевтический курс.

При лечении неосложненной гонореи можно вводить разовую дозу ДЕВАСИД-АМТ 1,5 г. Чтобы увеличить концентрацию сульбактама и ампициллина в плазме, необходимо совместно принимать пробенецид 1,0 г перорально. Более или менее частое дозирование может назначаться в зависимости от тяжести заболевания и почечной функции пациента. Лечение обычно продолжается до 48 часов после исчезновения лихорадки и других аномальных признаков. Лечение обычно назначают в течение 5-14 дней, но в тяжелых случаях период лечения может быть увеличен или может быть введен дополнительный ампициллин.

Способ применения

Внутримышечное применение

Содержимое флакона 1,5г растворяют в 3,5 мл 0,5% раствора лидокаина гидрохлорид, вводят в виде глубокой внутримышечной инъекции. Концентрированный раствор для внутримышечного введения необходимо использовать в течение 1 часа после разбавления.

Внутривенное применение

Для внутривенного введения содержимое флакона следует растворить в одном флаконе со стерильной водой для инъекций или любым совместимым раствором и дать раствору отстояться до полного растворения препарата. Дозу можно вводить в виде болюсной инъекции продолжительностью не менее 3 минут; при большем разведении дозу можно вводить в виде внутривенной инфузии продолжительностью 15-30 минут.

Сульбактам / ампициллин совместим со следующими растворами:

1. 0,9% раствор натрия хлорида;
2. Раствор лактата натрия;
3. Лактированный раствор Рингера.

Побочные эффекты

Как от всех лекарств, побочные эффекты могут возникать у пациентов с повышенной чувствительностью к ингредиентам (сульбактам/ампициллин).

Часто (от $\geq 1/100$ до $< 1/10$)

Как и в случае других парентеральных антибиотиков, основным побочным эффектом является боль в месте инъекции (16%), в частности связанная с внутримышечным введением. Этот побочный эффект предотвращается при использовании лидокаина (диарея; анемия; тромбоцитопения; эозинофилия; переходное повышение активности аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз в сыворотке крови; гипербилирубинемия; флебит).

Нечасто (от $\geq 1/1000$ до $< 1/100$) (сыпь; зуд; рвота; лейкопения; нейтропения).

Редко (от $\geq 1/10000$ до $< 1/1000$) (тошнота; глоссит).

Неизвестно (невозможно определить на основании имеющихся данных) (реакция в месте инъекции; повышение температуры; астения; анафилактический шок; анафилактоидная реакция; синдром Стивенса-Джонсона; токсический эпидермальный некролиз; полиморфная эритема; макулопапулезные высыпания; крапивница; острый генерализованный экзентематозный пустулез; эксфолиативный дерматит; тубоинтерстициальный нефрит; повышение показателей азотемии и креатининемии; судороги; головокружение; головная боль; псевдомембранозный колит; энтероколит; стоматит; изменение цвета языка; гемолитическая анемия; агранулоцитоз; тромбоцитопеническая пурпура; холестатический гепатит; холестаз; нарушение функции печени; желтуха; затрудненное дыхание; стеснение в груди; отек век, лица и губ).

Передозировка

Имеется ограниченная информация об остром отравлении натрием сульбактама/ натрием ампициллина.

Ожидается, что передозировка препарата вызовет проявления, которые в первую очередь продлевают нежелательные эффекты, сообщаемые с этим препаратом. Следует принимать во внимание тот факт, что высокие концентрации CSF β -лактамов антибиотиков могут вызывать неврологические эффекты, включая судороги. Поскольку сульбактам и ампициллин выводятся из кровообращения путем гемодиализа, эти процедуры могут усилить элиминацию лекарственного средства из организма, если передозировка возникает у пациентов с почечной недостаточностью. При возникновении аллергической реакции следует прекратить терапию препаратом и начать необходимое корректирующее лечение (антигистаминные препараты, кортикостероиды, вазопрессорные амины), или, в случае анафилаксии, немедленно ввести адреналин или принять другие соответствующие неотложные меры, например, назначение кислорода и обеспечение проходимости дыхательных путей (включая интубацию).

Особые указания

Как и в случае любого препарата антибиотика, необходимо постоянное наблюдение за признаками чрезмерного роста нечувствительных организмов, включая грибы. Если возникает суперинфекция, препарат следует прекратить и / или провести соответствующую терапию.

Сообщалось о диарее, вызванной *Clostridium difficile* (CDAD), связанной с использованием почти всех антибактериальных средств, включая сульбактам натрия / ампициллин натрия, и может варьироваться от легкой диареи до фатального колита. Лечение антибактериальными агентами изменяет нормальную флору толстой кишки, приводящую к размножению *Clostridium difficile*. *Clostridium difficile* производит токсины А и В, которые способствуют развитию CDAD. Поскольку эти инфекции могут быть невосприимчивы к антимикробной терапии и может потребоваться колэктомия, штаммы, продуцирующие гипертоксин С. *difficile*, вызывают увеличение заболеваемости и смертности. Возможность CDAD следует рассматривать у всех пациентов, у которых диарея возникает после применения антибиотиков. Поскольку CDAD, как сообщается, развивается через два месяца после введения антибактериальных агентов, необходимо тщательно изучить историю болезни.

Использование антибиотиков, за исключением случаев, когда *C. difficile* следует прекратить, если подозревается или подтверждается CDAD. Следует следить за уровнем жидкостей и электролитов, вводить белки, начать лечение антибактериальным препаратом, эффективным против *C. difficile*, и сделать хирургическую оценку состояния. Как и у любого сильного системного агента, рекомендуется периодически проверять дисфункцию системы органов при длительной терапии, включающей почечную, печеночную, гемопоэтическую систему. Особенно контроль важен при применении у новорожденных, особенно недоношенных и других младенцев.

Перед назначением пенициллинов следует тщательно расспросить пациента относительно любых реакций гиперчувствительности к пенициллинам, цефалоспорином или другим препаратам, наблюдавшихся у него в прошлом. Известно, что у пациентов, проходящих лечение пенициллинами (включая сульбактам натрия/ампициллин натрия), наблюдались серьезные реакции гиперчувствительности, иногда приводившие к смерти. Такие реакции чаще всего наблюдаются у людей с гиперчувствительностью к пенициллинам в анамнезе и/или с гиперчувствительностью к нескольким аллергенам. Зарегистрированы сообщения о том, что у пациентов с гиперчувствительностью к пенициллину в анамнезе развивались тяжелые реакции гиперчувствительности при лечении цефалоспорином. При возникновении аллергической реакции следует прекратить терапию препаратом и начать необходимое корректирующее лечение.

Беременность и лактация

Беременность

Никаких клинических данных относительно воздействия ДЕВАСИД-АМТ у беременных нет. Сульбактам способен проникать через плаценту. Поэтому препарат не следует применять во время беременности, если ожидаемая польза не перевешивает потенциальные риски.

Лактация

Безопасность сульбактама и ампициллина для использования в период лактации не установлена. Женщинам, кормящим грудью, допустимо назначать после отмены грудного вскармливания.

Лекарственное взаимодействие и другие виды взаимодействий

Аллопуринол: одновременное применение аллопуринола и ампициллина существенно увеличивает частоту сыпи у пациентов, получающих оба препарата, по сравнению с пациентами, получающими только ампициллин. Аминогликозиды: смешивание ампициллина с аминогликозидами *in vitro* привело к значительной взаимной инактивации; если эти группы антибактериальных препаратов следует вводить одновременно, их следует вводить в разных местах с интервалом времени не менее одного часа.

Антикоагулянты: парентеральные пенициллины могут производить изменения в тестах на коагуляцию и агрегацию тромбоцитов. Эти эффекты могут повышаться с антикоагулянтами.

Антибиотики (хлорамфеникол, эритромицин, сульфаниламиды, тетрациклины): Антибиотики могут влиять на бактерицидную активность пенициллинов; лучше избегать сопутствующей терапии.

Метотрексат: одновременное введение пенициллинов привело к уменьшению клиренса метотрексата и токсичности метотрексата. Требуется тщательный контроль пациентов. Следует учитывать увеличенное и продолжительное введение фолината кальция.

Эстрогенсодержащие оральные контрацептивы: снижается эффективность оральных контрацептивов у, получавших ампициллин. Поэтому следует использовать альтернативный или дополнительный метод контрацепции при приеме ампициллина.

Пробенецид (лекарство, которое повышает экскрецию мочевой кислоты) может увеличить риск токсичности перорально принятого ДЕВАСИД-АМТ. Не используйте их одновременно, если их совместное введение не предписано вашим доктором.

Лабораторные тестовые взаимодействия: ложноположительная глюкозурия может наблюдаться при анализе мочи при применении сульбактам/ампициллин.

Условия отпуска: по рецепту.

Производитель: ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция.



Адрес организации, принимающей на территории Кыргызской Республики претензии от потребителей по качеству лекарственного препарата:

Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.
Тел./факс: +996 312 35 75 42, email: product@dasmed.kg



АМОКЛАВИН-АМТ

Амоксициллин 875мг+клавулановая кислота 125мг



Двойная сила против инфекций!

- Комбинированный антибиотик широкого спектра действия
- Рациональный подход к антибиотикотерапии
- Входит в стандарты лечения бактериальных инфекций (клинический протокол)



KG.1.3.103.05547-2018

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.



DEVA HOLDING

10 таблеток

АМОКЛАВИН-АМТ

Состав

Активные вещества: Амоксициллин 875 мг, Клавулановая кислота 125 мг
Вспомогательные вещества: натрий крахмал гликолят, целлюлоза микрокристаллическая, коллоидный диоксид кремния, магния стеарат

Фармакологические свойства

Амоксициллин - это полусинтетический антибиотик с широким спектром антибактериального действия против грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов.
Клавулановая кислота это β-лактам, структурно схожий с пенициллинами, который обладает способностью деактивировать широкий спектр β-лактамы ферментов, резистентных к пенициллинам и цефалоспорином. Присутствие клавулановой кислоты в АМОКЛАВИНЕ защищает амоксициллин от распада под действием бета-лактамаз, эффективно расширяет антибактериальный спектр амоксициллина и включает больше бактерий (Gr+, Gr-, аэробные и анаэробные), резистентных к амоксицилину, другим пенициллинам и цефалоспорином.

Показания

- Инфекции верхних отделов дыхательных путей: тонзиллит, синусит, отит среднего уха.
- Инфекции нижних отделов дыхательных путей: хронический бронхит, пневмония.
- Инфекции мочеполовой системы: цистит, уретрит, пиелонефрит и инфекции женских половых органов, гонорея.
- Инфекции кожи и мягких тканей.
- Инфекции костей и суставов: остеомиелит.
- Зубные инфекции: дentoальвеолярный абсцесс.
- Септические состояния: септический аборт, послеродовой сепсис, интра-абдоминальный сепсис.

Противопоказания

- известная гиперчувствительность к пенициллинам или к любому компоненту препарата
- известная гиперчувствительность к другим бета-лактамам антибиотикам (цефалоспорином, карбапенемам, монобактамам)
- желтуха или нарушение функции печени, развившиеся на фоне приема комбинации амоксициллина-клавулановой кислоты
- дети младше 12 лет или дети с массой тела менее 40 кг (в данной возрастной группе назначают в виде суспензии для приема внутрь).

Беременность и лактация

Беременность: категория В
Как и с другими лекарственными препаратами, следует избегать применения в период беременности (особенно в течение первого триместра), кроме случаев, когда, по мнению врача, это необходимо.

Лактация

Амоксициллин/клавулановую кислоту применяют в период лактации только после оценки врача соотношения рисков и пользы.

Дозировка и способ применения:

Взрослым и детям старше 12 лет:
Пациентам с тяжелой инфекцией использовать Амоклавин по одной таблетке 1.0 г 2 раза в день.
Таблетки следует глотать целиком, не разжевывая. При необходимости, таблетки можно разделить на 2 половинки и глотать, не разжевывая. Абсорбция АМОКЛАВИНА самая высокая, когда его назначают в начале приема пищи, а также для минимизации потенциальной желудочно-кишечной непереносимости. Длительность лечения не должна превышать 14 дней без повторного осмотра.

Лекарственное взаимодействие и другие виды взаимодействия

Пробенецид
Параллельное применение пробенецида не рекомендуется. Пробенецид снижает секрецию амоксициллина почечными канальцами. Параллельное применение пробенецида может привести к длительным и повышенным уровням амоксициллина в крови, но не клавулановой кислоты.

Аллопуринол

Параллельное применение аллопуринола в период лечения амоксициллином может повысить вероятность кожных аллергических реакций. Не имеется данных об одновременном применении аллопуринола и АМОКЛАВИНА.

Пероральные контрацептивы

Как и другие антибиотики, АМОКЛАВИН может влиять на микрофлору кишечника, что приводит к снижению абсорбции эстрогена и снижает эффективность комбинированных пероральных контрацептивов.

Пероральные антикоагулянты

Пероральные антикоагулянты и пенициллиновые антибиотики широко применялись в практике без случаев взаимодействия. Однако в литературе имеются отчеты о повышенном международном коэффициенте у пациентов, которые принимали ацекумарол или варфарин и которым назначили курс лечения амоксициллином. Если параллельное применение препаратов необходимо, следует внимательно проверять протромбиновое время или международный нормализованный коэффициент при начале или прекращении применения амоксициллина. Более того, может потребоваться корректировка дозы пероральных антикоагулянтов.

Метотрексат

Пенициллины могут снизить экскрецию метотрексата, вызывая потенциальное повышение токсичности.

Микофенолата мофетил

У пациентов, принимающих микофенолата мофетил, снижение концентрации до приема дозы активного метаболита микофеноловой кислоты приблизительно на 50% было отмечено после начала перорального приема амоксициллина и клавулановой кислоты.

Побочные эффекты

Инфекции и инвазии: часто (кандидоз кожи и слизистых оболочек).
Кровь и лимфатическая система: редко (обратимая лейкопения (нейтропения), тромбоцитопения), очень редко (обратимый агранулоцитоз, гемолитическая анемия).
Иммунная система: очень редко (ангионевротический отек, анафилаксия, синдром сывороточной болезни, некротизирующий васкулит).
ЖКТ Взрослые: не часто (головокружение, головная боль), очень редко (обратимая гиперперистальность и судороги).
Дети: часто (диарея, тошнота, рвота). Не часто (несварение), очень редко (антибиотико-ассоциированный колит (псевдомембранозный колит и геморрагический колит)).
Печень и желчный пузырь: Не часто (умеренные повышения уровня AST и/или ALT). Очень редко (гепатит, холестатическая желтуха).
Кожа и подкожные ткани: Не часто (кожная сыпь, зуд, крапивница), редко (эритема), очень редко (синдром Стивенса-Джонсона, токсичный эпидермальный некролиз, буллезный экфолиативный дерматит, острый генерализованный экзантематозный пустулез).
Почки и мочевыводящие пути: очень редко (интерстициальный нефрит, кристаллурия).

Производитель: ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция

Эксклюзивный дистрибьютор в КР: OcoO «Asian Med Trade», Кыргызстан, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.

ЛАНСОМЕД®

Лансопризол 30 мг

Капсулы с микрогранулами №28

Ингибитор протонной помпы



Лансомед-изжоги нет!

- Сохраняет эффективность более 24 часов
- Биодоступность 80%
- Удобная форма выпуска

KG.1.3.103.05546-2018

Информация для специалистов.

Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией. Имеются противопоказания.

Состав

Активное вещество: Лансопризол 30 мг в виде микрогранул с кишечнорастворимым покрытием 370,0 мг (эквивалентно 30 мг лансопризола)
Вспомогательные вещества: натрий лаурилсульфат, метилгидроксипропилцеллюлоза, тальк, титана диоксид, полиэтиленгликоль, полисорбат 80, полиакрилат, сахароза, крахмал кукурузный, мелглумин, маннитол, вода очищенная;
Состав капсулы: титана диоксид, желтый оксид железа, желатин, хинолиновый желтый, эритрозин FD&C красный 3.

Фармакологические свойства

Лансопризол - ингибитор протонного насоса. Механизм действия заключается в подавлении продукции протонными клетками желудка соляной кислоты путем воздействия на протонную помпу. Блокирует фермент H⁺/K⁺-АТФазу. Лансопризол изменяет процесс кислотообразования на уровне конечного этапа синтеза соляной кислоты. При Helicobacter pylori-ассоциированных заболеваниях такое снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизма к антибиотикам до 90%.

Способы применения и дозы:

Показания	Доза	Курс лечения
Язвенная болезнь желудка	30 мг в день	4-8 недель
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	30 мг в день	2-4 недели
Рефлюкс-эзофагит	30 мг в день	4-8 недель
Эрадикация Helicobacter pylori	30 мг 2 раза в день	7-14 дней
Синдром Золлингера-Эллисона	60 мг в день*	4 недели

Лансомед следует принимать 1 раз в день, утром натощак, за 30 минут до еды (кроме лечения для эрадикации Helicobacter pylori, при котором дозу назначают дважды в день, утром и вечером). Капсулы глотать целиком, запивая жидкостью.

Пациентам, которым сложно глотать капсулы, необходимо:

- Открыть капсулу. Положить микрогранулы в определенное количество воды, яблочного или томатного сока или на мягкую пищу (например, йогурт или яблочное пюре), перемешать и сразу не разжевывая принять внутрь.
- Открыть капсулу. Для применения через назогастральную трубку микрогранулы смешивают с 40 мл яблочного сока.

* Если необходимая суточная доза превышает 120 мг, ее следует назначать двумя отдельными дозами.

Противопоказания

- повышенная чувствительность к лансопризолу или любому из компонентов препарата;
- злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта;
- тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин);
- детский и подростковый возраст до 18 лет; беременность и период лактации;
- одновременное применение с атазанавиром.

Особые предупреждения и предосторожности по применению

Применение лансопризола у пациентов с нарушением функции почек
Нет необходимости в корректировке дозы у пациентов с нарушенной функцией почек.

Применение лансопризола у пациентов с печеночной недостаточностью
При наличии у пациента тяжелой печеночной недостаточности следует рассмотреть вопрос о снижении дозы лансопризола.

Применение в педиатрии

Так как клинические данные ограничены, использование не рекомендовано для детей. Нужно избегать лечения детей младше 1 года, так как имеющиеся данные не показывают положительных эффектов при лечении гастро-эзофагеально рефлюксной болезни.

Пожилые пациенты

Может потребоваться корректировка дозы на основании индивидуальных потребностей для пожилых людей со сниженным клиренсом. Не следует превышать суточную дозу 30 мг, кроме случаев клинической необходимости.

Беременность и лактация

Противопоказан в I триместре. Во II и III триместрах возможно, если ожидаемая польза терапии превышает потенциальный риск для плода.

Особенности влияния на способность управления транспортным средством или потенциально опасными механизмами
Из-за таких возможных побочных эффектов, как головокружение, вертиго, нарушения зрения и сонливость, рекомендуется осторожность.

Передозировка

Симптомы: усиление побочных эффектов.
Лечение: промывание желудка, активированный уголь, симптоматическая терапия.

Условия отпуска

По рецепту.

Производитель
Deva Holding A.S., Турция



Эксклюзивный дистрибьютор в КР
OcoO «Asian Med Trade»



г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1
тел.: +996 (312) 35 75 42
e-mail: asianmedtrade@mail.ru
www.amt.kg

Генферон® лайт 125 000 МЕ

интерферон альфа-2b + таурин



Для детей с рождения

0+



**ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ
С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМ
ДЕЙСТВИЕМ
ПРИ ОРВИ И ГРИППЕ**

ТОВАР СЕРТИФИЦИРОВАН. КГ.3.3.535.06592-2019

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

АртроСтоп® РАПИД+ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СУСТАВОВ



- УНИКАЛЬНАЯ ФОРМУЛА **ExPur** С КОЛЛАГЕНОМ ТИПА II
- ПИТАЕТ, ВОССТАНАВЛИВАЕТ
- УМЕНЬШАЕТ БОЛИ В СУСТАВАХ И МЫШЦАХ

