

Вести

Фармации и Медицины

№2(79)
Декабрь 2017

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

Читайте в номере:

Основные аспекты лечения лор-осложнений респираторных вирусных инфекций у детей



стр. 6

Ранняя профилактика посттравматических и послеоперационных патологических рубцов

стр. 8



Профилактика и лечение послеродового кровотечения. Клинический протокол

стр. 10



Флуимуцил: иммуномодулирующие свойства и эффективность в профилактике вирусных респираторных инфекций

стр. 16

АКВА МАРИС®

НОРМ

Сила моря против насморка!

- Струя морской воды помогает удалить бактерии и вирусы из полости носа
- Микроэлементы морской воды способствуют восстановлению слизистой
- Сокращает продолжительность респираторных заболеваний

Для детей и взрослых

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

РХ. РМТ-2017-846 5235. РМТ-2017-846 5236



Защита животиков от АНТИБИОТИКОВ!

НОРМОБАКТ JUNIOR



SANTO
Member of Polpharma Group

Биологически активная добавка. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией. KG.1.4.664.03616-2015

Совещание по снижению травматизма и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий

20 ноября этого года в конференц-зале Парк отеля прошло межведомственное совещание по безопасности дорожного движения организованное при технической поддержке Всемирной организации здравоохранения.

В совещании приняли участие представители Правительства, представители министерства здравоохранения, представители заинтересованных ведомств, а также представители неправительственных организаций.

В ходе рабочего совещания доктор Динеш Сети руководитель программы по предотвращению насилия и травм, ЕРБ ВОЗ представил свою презентацию технического пакета по безопасности дорожного движения «Сохраним жизни» в которых описывается стандарты безопасности транспортного средства, обеспечение соблюдения правил дорожного движения, выживание после аварии, управлению скоростью, влияние развития инфраструктуры на снижение ДТП и др.

«В этом техническом пакете есть очень много инициатив, откуда можно выбрать меры которые наиболее подхо-

дящие для Кыргызстана. Дорожно-транспортные происшествия и их последствия можно сократить, если каждый человек будет сохранять культуру вождения, соблюдать правила безопасности дорожного движения. Например, 70% жизней можно спасти, элементарно пристегнув ремни безопасности, можно избежать, детский травматизм и смертность внедрив применение детских сидений» - сказал Ярно Хабихт, глава Странового офиса ВОЗ в КР.

По словам заместителя министра здравоохранения Амангельди Мурзалиева: - дорожно-транспортные происшествия являются одной из распространенных проблем в нашей стране, влияющих на заболеваемость, инвалидность и смертность. Сохраняется частое нарушение скоростного режима и других правил дорожного движения. В результате растет и количество ДТП с многими пострадавшими. «К сожалению, по данным ВОЗ, наша страна находится в первой трети списка стран с наибольшим показателем смертности от ДТП. Я благодарю за

участие в работе всех присутствующих на совещании коллег из других министерств. Отдельное спасибо ВОЗ и лично господину Динешу Сети за разработку технического пакета «Сохраним жизни», международным организациям и общественным фондам за оказание поддержки и содействие в улучшении дорожной безопасности. С целью обеспечения доступности медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП Минздравом проводятся всевозможные меры по улучшению оказания медицинской помощи. Были организованы дорожные посты на междугородних трассах республики («Токойлу» 144км трасса Бишкек-Ош, «Боом» трасса Бишкек-Торугарт 140 км, «Талды-Булак» трасса Бишкек-Талас 232 км, «Сары-Таш» трасса Ош-Иркештам 204 км. В этом году с 1 июля 2017 года на автомагистрали Бишкек – Ош (ущелье Чычкап) открыт медицинский пункт. С момента открытия зарегистрированы 47 ДТП и оказана экстренная медицинская помощь 376 пострадавшим. В настоящее время изучается возмож-



ность открытия дополнительных пунктов ЭМП в пределах имеющихся средств. Только работая вместе и в одном направлении, мы сможем изменить ситуацию к лучшему», - отметил Амангельди Мурзалиев в ходе сегодняшнего заседания.

По итогам обсуждения по внедрению рекомендаций и технического пакета будут приняты следующие шаги по предотвращению травматизма и смертности на дорогах.



Информация по гриппу и ОРВИ в республике на 20.11.2017 г.

По оперативным данным за 46 неделю т.е. с 13.11 по 19.11.2017 г. по сравнению с предыдущей неделей отмечается небольшой сезонный подъем заболеваемости ОРВИ (на 14,7%) за счет гг. Ош (где зарегистрировано 361 случай против 258 случаев в 2016 г.) и Бишкек (зарегистрировано 2114 случаев против 1546 случаев в 2016г.).

По предварительным эпидемиологическим прогнозам рост заболеваемости гриппом и ОРВИ ожидается во второй половине декабря месяца текущего года. В данное время эпидемиологическая ситуация по республике стабильная.

В данный момент продолжается дозорный эпиднадзор за тяжелыми острыми респираторными инфекциями (ТОРИ) и гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ) в городах Бишкек, Ош и Токмок.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ согласно стандартным определениям случаев заболевания проводится обследование больных на грипп. С октября по текущее время всего по

республике обследовано 58 образцов на грипп от больных, обратившихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические организации здравоохранения.

К предстоящему эпидсезону гриппа и ОРВИ Министерством здравоохранения:

- закуплены реактивы, тест системы для вирусологических лабораторий ДПЗиГСЭН, г Бишкек, Кара-Сууйского, Иссык-Атинского районов для для установления этиологической структуры гриппа, на случай выявления новых видов гриппа, так же 2 автоклава и 4 холодильного оборудования;

- подготовлены медицинские работники дозорных организаций здравоохранения, врачей эпидемиологов всех районов по усилению эпиднадзора за гриппом и ОРВИ, всего обучено 180 специалистов;

- разработано, тиражировано и роздано 95 400 штук информационных материалов для населения и медицинских работников по профилактике гриппа и ОРВИ.

В соответствии с Законом Кыргызской Республики № 56 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 26 июня 2001 года граждане Кыргызской Республики имеют право на получение платных профилактических прививок, не включенных в национальный календарь профилактических прививок в учреждениях здравоохранения государственной, муниципальной, частной и иной формы собственности. Для этих целей Министерством здравоохранения организовано получение вакцинации от гриппа на платной основе всем желающим в частных медицинских центрах и некоторых государственных лечебно-профилактических организациях г.Бишкек (Щадмир, Гиппократ, 312 поликлиника, клиника Асымбекова, Кроха, ЦСМ №6 и №8) и г.Ош (Лаборатория «Доктор kg»). Стоимость одной дозы вакцины составляет от 450 до 650 сомов.

Пресс-центр Минздрава КР
Тел.: 66-58-30

Наблюдательный совет Фонда поддержки онкологической службы приступил к процедуре закупки линейного ускорителя

При Фонде поддержки онкологической службы при Минздраве КР создан Наблюдательный совет, с членами которого 22 ноября этого года встретился министр здравоохранения Талантбек Батыралиев. Председателем Совета на его первом заседании была избрана Гульмира Абдыразакова, исполнительный директор общественного фонда «Вместе против рака». Она рассказала, что в Наблюдательный совет по Уставу вошло пять человек из разных сфер здравоохранения, включая онкологов, представителей Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники, общественных объединений и др. Главным вопросом обсуждения

встречи была процедура закупки линейного ускорителя.

«Поскольку учредителем фонда является Минздрав, всё должно проходить через государственные закупки. «Мы не можем делать прямые закупки», — сказала Гульмира Абдыразакова. - Чтобы не было нареканий со стороны закона, в настоящее время идут консультации с Правительством КР, юристами. Процедура закупки по сути уже начата. Скорее всего, она будет проводиться на конкурсной основе с учетом всех параметров и технико-экономического обоснования оборудования, чтобы мы не купили то, что не соответствует требованиям. Мы будем создавать комиссию, которая

будет вскрывать пакеты. В Национальном центре онкологии и гематологии нам дали целый перечень необходимого оборудования. Мы решили сделать эти закупки одним пакетом из 17 наименований и 17 лотов».

Главное пожелание от министра здравоохранения Талантбека Батыралиева, чтобы фонд начал работать как можно быстрее, так как общественность ждет результаты, а пациент высоко-технологичную и качественную помощь на уровне современных мировых стандартов и не завтра, а уже сегодня, сейчас.

Пресс-центр Минздрава КР
Тел.: 66-58-30



ГРИППАМЕД ФЛЮ

САСЫК ТУМООДОН ЖАҢЫ
КОШ ТААСИРЛҮҮ КАРАЖАТ

НОВЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ
ПРЕПАРАТ ПРИ ОРВИ И ГРИППЕ



ГРИППАМЕД ФЛЮ
бардыгы ойдогудай!

с ГРИППАМЕД ФЛЮ
планы не меняются!

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Децефин-АМТ

Цефтриаксон 1 г



KG.1.3.137.04791-2017

Время побеждать!



- ✓ Цефалоспорин III поколения
- ✓ Широкий спектр действия
- ✓ 100% биодоступность
- ✓ Высокая устойчивость к большинству β-лактамаз грам + и грам- бактерий

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Состав: Цефтриаксона (в виде цефтриаксона натриевой соли 1,193 г.) 1г.

1 ампула содержит: 10мл воды для инъекций.

Показания к применению

Лечение инфекций, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, в том числе: •инфекции дыхательных путей (особенно пневмония); инфекции ЛОР-органов; •инфекции почек и мочевыводящих путей; инфекции половых органов (включая гонорею); •инфекции кожи и мягких тканей; инфекции органов брюшной полости (перитонит, инфекции желчевыводящих путей и пищеварительного тракта); инфекции костей, суставов, а также раневые инфекции; инфекции у больных с ослабленной иммунной защитой; •сепсис; менингит.

Способ применения и дозы:

Цефтриаксон применяют внутримышечно и внутривенно. Перед началом терапии с применением цефтриаксона необходимо исключить наличие у пациента непереносимости препарата, сделав кожную пробу.

Взрослые и дети старше 12 лет: обычно назначают 1-2 г цефтриаксона 1 раз в сутки (каждые 24 часа). При тяжелых инфекциях или инфекциях, возбудители которых имеют лишь умеренную чувствительность к цефтриаксону, суточную дозу можно увеличивать до 4 г.

Дети: Новорожденные (до 2 недель): 20-50 мг/кг массы тела 1 раз в сутки. Суточная доза не должна превышать 50 мг/кг массы тела. При определении дозы препарата для доношенных и недоношенных детей различий нет. Новорожденные и дети от 15 дней до 12 лет: 20-80 мг/кг массы тела 1 раз в сутки. Детям с массой тела свыше 50 кг назначают дозы для взрослых. Внутривенные дозы 50 мг/кг или выше следует вводить путем инфузии в течение, по крайней мере, 30 минут.

Применение в период беременности или кормления грудью

Цефтриаксон проникает через плацентарный барьер. Безопасность применения цефтриаксона для женщин в период беременности не изучалась. В малых концентрациях цефтриаксон проникает в грудное молоко. Поэтому при назначении цефтриаксона кормление грудью необходимо прекратить. Раствор, содержащий лидокаин, нельзя вводить внутривенно.

Побочные действия

Инфекции и инвазии. Редкие: Микозы полового тракта. Суперинфекции дрожжами, грибами или другими резистентными микроорганизмами.

Нарушения крови и лимфатической системы. Редкие: Нейтропения, эозинофилия, лейкопения, гранулоцитопения, анемия, включая гемолитическую анемию, тромбоцитопению, небольшое протромбиновое время. Очень редкие: Расстройства коагуляции.

Нарушение иммунной систем. Редкие: Анафилактические (например бронхоспазм) и анафилактоид-ные реакции.

Нарушения нервной системы. Редкие: Головная боль и головокружение.

Желудочно-кишечные нарушения. Частые: Жидкий стул или диарея, тошнота, рвота. Редкие: Стоматит, глоссит. Очень редкие (единичные случаи): Псевдомембранозный колит, панкреатит. Гепатобилиарные нарушения. Редкие: Увеличение сывороточных ферментов печени (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза).

Нарушения кожи и подкожной ткани. Не частые: Аллергические реакции кожи, такие как макулопа-пилярная сыпь, экзантема или аллергический дерматит, зуд, крапивница, отёк.

Почечные и мочевые нарушения. Редкие: Увеличение сывороточного креатинина, олигоурия, глюкозурия, гематурия.

Общие реакции

Редкие: Лихорадка, озноб, флебит и боль в участке инъекции после внутривенного назначения. Они могут быть минимизированы медленной инъекцией по крайней мере за 2-4 минуты.

Внутримышечная инъекция без раствора лидокаина является болезненной

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к цефалоспорином (при наличии у больного повышенной чувствительности к пенициллину следует учитывать возможность перекрестной аллергической реакции к цефтриаксону); возраст недоношенных детей < 41 недели, учитывая срок внутриутробного развития (гестационный возраст + возраст после рождения); гипербилирубинемия у новорожденных и недоношенных (в связи со способностью цефтриаксона вытеснять билирубин из связи с альбумином сыворотки крови, что может привести к риску развития энцефалопатии, вызванной билирубином); цефтриаксон противопоказан для применения новорожденным возрастом < 28 дней при необходимости (или ожидаемой необходимости) лечения внутривенными кальцийсодержащими растворами, в том числе внутривенные кальцийсодержащие вливания, например, парентеральное питание, в связи с риском образования преципитатов кальциевых солей цефтриаксона.

Условия отпуска:

По рецепту

Производитель:

ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция

Эксклюзивный дистрибьютор
в КР – OcOO Asian Med Trade,
г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1,
Тел.: +996 (312) 35-75-42.
www.amt.kg





Кыргызстан принимал участие в Первой глобальной конференции по туберкулезу в Москве

16-17 ноября этого года в г.Москва проходила Первая глобальная министерская конференция ВОЗ на тему «Ликвидировать туберкулез в эпоху устойчивого развития: многосекторальный подход». Участники – представители организаций здравоохранения из 40 стран мира; руководители организаций ООН, агентств по вопросам развития и региональных организаций; НПО, представители институтов гражданского общества, люди, которые сталкивались с проблемой ТБ, благотворительные фонды и частные организации. Из Кыргызстана в конференции принимают участие министр здравоохранения КР Талантбек Батыралиев и директор Национального центра фтизиатрии Абдуллаат Кадыров.

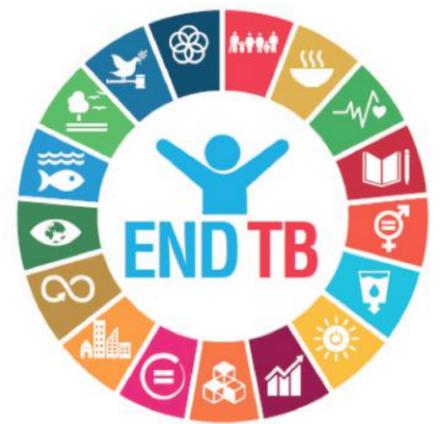
Сегодня туберкулез является опасным инфекционным заболеванием, уносящим жизни людей во всем мире. С ним связаны значительные экономические и социальные последствия. Кризис здравоохранения, вызванный туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), продолжается. Благодаря усилиям во всем мире с 2000 года удалось спасти

49 миллионов человек, однако проводимых мероприятий и инвестиций пока недостаточно для ликвидации эпидемии ТБ. Требуется принятие многосекторальных мер на высоком уровне, причем эти мероприятия могут служить показателями планов в области Устойчивого развития.

Международный форум по вопросам туберкулеза призван ускорить осуществляемые странами Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза с принятием неотложных мер в отношении недостаточного доступа к медико-санитарной помощи и формирующейся кризисной ситуации вследствие распространения МЛУ-ТБ для достижения целевых показателей Стратегии по ликвидации туберкулеза, установленных Всемирной ассамблеей здравоохранения и Целями в области устойчивого развития ООН в рамках национальных глобальных обязательств и ответственности за достижение практических результатов. Итоги конференции на уровне министров будут приняты к сведению Советанием высокого уровня по туберкулезу Генеральной Ассамблеи ООН в 2018 году.

На конференции будет представлено восемь тематических направлений: всеобщий охват медицинской помощью и профилактики в связи с ТБ; устойчивое финансирование всеобщего охвата медицинской помощью, социальной защиты и развития; соблюдение справедливости, этических норм и прав человека; научные исследования и инновации; мониторинг и оценка прогресса; мероприятия по безопасности в области здравоохранения и МЛУ-ТБ; усиление мер в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции; синергия между мерами в отношении ТБ и неинфекционными заболеваниями.

«Кыргызстан представит свои достижения в области преобразований противотуберкулезной службы в стране, - сказал министр здравоохранения Талантбек Батыралиев. - В республике разработана и во всю реализуется Дорожная карта по её оптимизации, внедряется более эффективная модель амбулаторного лечения туберкулеза, происходит модернизация лабораторной службы и повсеместное её оснащение быстрыми в диагностике платформами GeneXpert, улучшается



инфраструктура больниц, внедряются новые информационные технологии в ведении больных и дополнительные мотивационные стимулы для работников первичного звена, которые призваны своевременно выявлять болезнь и до конца пролечивать пациентов. Большая работа проводится также в отношении снижения стигмы и дискриминации больных и их родственников, к этому процессу подключено всё гражданское сообщество, сельские комитеты здоровья и общественные помощники, а также религиозные лидеры».

В Кыргызстане растёт число больных туберкулезом, пролеченных на амбулаторном уровне

Кыргызстан представил свой опыт преобразований в области противотуберкулезной службы и, в частности внедрения амбулаторной модели лечения туберкулеза на Первой глобальной министерской конференции ВОЗ, которая пройдет в г.Москва 16-17 ноября 2017 года с участием министра здравоохранения КР Талантбека Батыралиева и Директора Национального центра фтизиатрии Абдуллаата Кадырова.

Как отметил Абдуллаат Кадыров, 14 ноября этого года на круглом столе по дальнейшему развитию системы оказания противотуберкулезной помощи на уровне первичного звена Чуйской области в Сити-отеле г.Бишкек, расширение амбулаторного лечения было необходимо для Кыргызстана, но прежде чем это сделать нам нужно было поднять потенциал первичного звена здравоохранения, потому что до сегодняшнего дня его

потенциал был очень низким из-за отсутствия финансовой мотивации сотрудников по ведению больных туберкулезом.

«Почему мы начали эти нововведения в Чуйской области? – рассказал директор. - Потому что по сравнению с другими регионами там наблюдалась самая высокая заболеваемость по туберкулезу. И вторая причина, - в связи с подписанием Дорожной карты по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи у нас появился механизм, как найти деньги на повышение потенциала первичного звена. Мы начали оптимизацию, основной целью которой стало перенаправить сэкономленные средства на повышение потенциала первичного звена, потому что других источников финансирования наших замыслов у нас не было. И еще одна причина в том, что руководители противотуберкулезных учреждений Чуйской области были готовы к опти-

мизации службы, и именно в Чуйской области в основном работают все международные проекты, без поддержки которых нам не обойтись.

Мы начали оптимизировать противотуберкулезную службу и сократили количество коек, закрыли некоторые противотуберкулезные больницы, у нас возникли определенные возможности в отношении финансирования, и сэкономленные деньги мы совместно с Фондом ОМС перераспределили для усиления первичного звена.

Вторым этапом повышения потенциала первичного звена мы планируем провести хорошую работу по оптимизации первичного звена в Таласской области. В результате подобной работы мы получим определенные сэкономленные деньги и за счет них постараемся решить все наши проблемы с повышением потенциала первичного звена для улучшения мотивации его работников за предоставленные услуги



Абдуллаат Кадыров, директор Национального центра фтизиатрии

по туберкулезу.

На сегодняшний день по Кыргызстану и, в частности по Чуйской области и г.Бишкек, примерно 40% больных с первого дня постановки диагноза лечится на амбулаторном уровне. В прошлом году мы закрыли детскую противотуберкулезную больницу на 60 коек и были сэкономлены огромные деньги, которые мы хотим перенаправить на стимуляцию медработников первичного звена по г.Бишкек».

Зачем мы изготавливаем Витаргол Форте (протаргол)?

Здравствуйте, меня зовут Андрей!

Самое главное для большинства из нас – это семья. Здоровье семьи всегда на первом месте.

10 лет назад я стал счастливым отцом сразу двух сыновей - двойняшек. Это огромное счастье и большая ответственность, ведь если заболел один, то тут же подхватывал и второй.

В детстве мама лечила меня протарголом. Это было средство на все случаи жизни. Простое, безопасное и эффективное. Так уж получилось, что и моим сыновьям врачи часто назначали протаргол. Многие родители в те времена сталкивались с проблемой, где найти протаргол? Это настоящий квест! Оббежать аптеки, найти и купить заветные капли. Время шло, протаргол стал более доступным, но по-прежнему, срок годности готового раствора оставался не больше 30 дней. Достаточно высокая цена сделала его ещё менее привлекательным у потребителей. Теперь, спустя годы, мы производим действительно доступный протаргол под торговой маркой Витаргол Форте. В основу нашего продукта мы положили три главные идеи:

Протаргол должен храниться дольше 30 дней

Разработки ученых Научноградского Кольцова, позволили увеличить срок годности протаргола Витаргола Форте до 2-х лет, даже после вскрытия! Это очень удобно и безопасно, теперь при необходимости из аптечки можно достать оставшийся протаргол и использовать всей семьей.

Протаргол должен иметь готовую форму выпуска

Родителям в период болезни детей и так приходится не сладко. Стоит ли тратить время на приготовление растворов? Не пролить, долго взбалтывать, ждать, когда приготовится раствор... Протаргол Витаргол Форте полностью готов к применению. Все просто!

Протаргола должно быть больше, а стоить он должен меньше

Витаргол Форте имеет большой объём, 15 мл, вместо привычных 10 мл. При этом в аптеках он стоит дешевле.

Чтобы сделать Витаргол Форте действительно доступным, мы максимально упростили процесс регистрации препарата. Ведь можно потратить много миллионов на регистрацию лекарства, при этом Протарголом, а платить за это всегда будет потребитель.

Сейчас Витаргол Форте продается во многих аптеках. То, что сейчас удалось сделать – это только начало. Я рад видеть, как люди все чаще и чаще выбирают протаргол Витаргол Форте. Для меня это значит, что мы делаем нужное дело, возрождаем культуру доступных и качественных препаратов, помогая расти новому поколению здоровым.

Спасибо Вам за ваш выбор!
С уважением к Вам,
Шестаков Андрей Викторович,
Коммерческий директор
ООО Научно-производственный центр «ЭЛЮСАН».



- Современный доступный протаргол
- Большой флакон 15 мл
- Срок годности 2 года даже после вскрытия
- Безопасен
- Не содержит консервантов



www.vitargol.ru

Гигиеническое средство Декларация о соответствии ЕАЭС N RU Д-РУ.АД34.В.10032 ТУ 20.42.15-008-61361031-2017, РОСС RU.АД44.Н03430 ТУ 20.42.18-009-61361031-2017

ПРОТАРГОЛ

готовый к применению водный раствор

Справки по телефонам: 0 (550) 10-08-48, 0 (709) 10-08-48

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ? РВОТА? ТОШНОТА? ПОНОС? ПЕПИДОЛ СРЕДСТВО ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ



Схема приема «ПЕПИДОЛ»

каждые 3 часа до полного выздоровления:
взрослым - по 25 мл (2 столовые ложки) 5% раствора
детям: 3 лет - по 5 мл (1 чайная ложка) 3% раствора
4-10 лет - по 10 мл (1 десертная ложка) 3% раствора
11-14 лет - по 15 мл (1 столовая ложка) 3% раствора

Узнайте больше на www.pepidol.ru

Биологически активная добавка, не является лекарственным средством.
Справки по телефонам: 0 (550) 10-08-48, 0 (709) 10-08-48

Свидетельство о гос.регистрации RU.77.99.88.003.E.002079.05.17 ТУ 10.89.19-001-6136103-1-2016



Звёздочка

«Звёздочка» таблетки для рассасывания при кашле и боли в горле N18



ВКУСЫ: Мед, Лимон Ментол, Эвкалипт Апельсин

Активные компоненты:

Экстракт солодки голой смягчает раздражение горла и способствует лучшему отхождению мокроты.
Экстракт имбиря обладает противовоспалительными свойствами для ротовой полости и горла.
Экстракт эвкалипта (природный источник витамина С) обладает антибактериальными и антиоксидантными свойствами.
Ментол смягчает раздражение и боль в горле.

«Звёздочка - Прополис» таблетки для рассасывания при боли в горле N18



ВКУСЫ: Мед, Лимон Ромашка, Чабрец Имбирь-гранат

Активные компоненты:

Экстракт прополиса природный антисептик, способствует повышению иммунитета, обладает хорошими противовоспалительными и репаративными свойствами.
Ментол смягчает раздражение и боль в горле.
Экстракт ромашки аптечной обладает мощными противовоспалительными и регенеративными свойствами.
Экстракт чабреца обладает муколитическим и бронхолитическим эффектом
Экстракт имбиря обладает противовоспалительными свойствами для ротовой полости и горла.

Биологически активная добавка, не является лекарственным средством. Свидетельство о госрегистрации NRU.77.99.11.003.E.000280.01.15, NRU.77.99.11.003.E.000288.01.15, NRU.77.99.11.003.E.000287.01.15 от 15.01.2015 г. NRU.77.99.11.003.E.011056.01.14 от 20.11.2014, NRU.77.99.11.003.E.000648.02.17 от 09.02.2017 г.

Основные аспекты лечения лор-осложнений респираторных вирусных инфекций у детей

Е.Ю. Радциг, М.Р. Богомилский, А.А. Ельцова, кафедра оториноларингологии педиатрического факультета (зав. кафедрой – член-корр. РАМН, проф., д-р. мед. наук М.Р. Богомилский) ГОУ ВПО РГМУ, Москва



Проблемы лечения респираторных вирусных инфекций и их различных осложнений не теряют своей актуальности и служат темой многочисленных статей и дискуссий.

Актуальность проблемы

В англоязычной литературе для обозначения подобных патологий часто используются термины «острый вирусный назофарингит» или «острый вирусный риносинусит». Эти заболевания в подавляющем большинстве случаев протекают легко, хотя могут приводить и к летальным исходам, и к огромным экономическим потерям (траты на лекарства и больничные пособия). Аналитики США подсчитали, что ежегодно 25 млн человек обращаются к докторам с неосложненной формой инфекции верхних дыхательных путей, школьники пропускают из-за болезни 22 млн учебных дней.

Экономические потери от гриппа и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в г. Москве несравнимо выше, чем от других инфекционных заболеваний. В 2006 году они составили 13 млрд 288 млн рублей, или около 87% от экономического ущерба, нанесенного всеми инфекционными болезнями. Ежегодно в столице регистрируется от 2,5 до 3 млн пациентов, страдающих гриппом и ОРВИ. Заболеваемость этими патологиями с января по октябрь 2009 г. составила 16 492,6 на 100 тыс. населения, что на 3,6% больше, чем за аналогичный период 2008 года (15 915 на 100 тыс. населения). За октябрь 2009 года показатель заболеваемости гриппом по совокупному населению вырос –4,15 на 100 тыс. населения,

тогда как в 2008 году регистрировался значительно меньший –0,39 на 100 тыс. населения. Среди детей заболеваемость оказалась на уровне 14,39 на 100 тыс. населения против 0,37 на 100 тыс. в 2008 году.

По данным Роспотребнадзора РФ, в 2008 году доля заболевших составила 4,2% (против 4,8% в эпидсезон 2006–2007 годов). Отмечалась отчетливая разница в заболеваемости детского и взрослого населения. Средняя заболеваемость детей от 0 до 2 лет составила 38,7%, от 3 до 6 лет –43,5%, у школьников – 14%, у подростков – 2,8%. Во время эпидемии 2008 года продолжилась тенденция увеличения заболеваемости детей дошкольного возраста и снижения этих показателей среди школьников и взрослого населения.

Особенности лечения

Согласно докладу Роспотребнадзора, мониторинг чувствительности эпидемических вирусов к противовирусным препаратам показал сохранение в популяции значительного числа штаммов, резистентных к римантадину (около 49%). Кроме того, в эпидсезон 2007–2008 годов в России впервые зарегистрировано появление в циркуляции штаммов, устойчивых к осельтамивиру, удельный вес которых составил около 40%.

Помимо противовирусных препаратов для лечения ОРВИ широко используются:

- средства элиминационной (ирригационной) терапии: как для орошения слизистой оболочки глотки, так и для интраназального применения;
- топические деконгестанты;
- комплексные против простудные лекарства;
- противокашлевые средства;

- нестероидные противовоспалительные препараты;
- средства природного происхождения;
- гомеопатические и гомеотоксикологические лекарства;
- муколитические препараты.

Интерес к семейству мукоактивных препаратов не снижается на протяжении последнего десятилетия. Авторы данной работы не нашли сведений о снижении клинической эффективности этих лекарственных средств. Группа мукоактивных препаратов достаточно многочисленна. Помимо воздействия на реологические свойства отделяемого (свойство ацетилцистеина, разрывающего дисульфидные связи и увеличивающего объем секрета), на активность реснитчатых клеток (эффект мукокинетиков), эти препараты могут оказывать антиоксидантное и противовоспалительное действие. Все они предназначены для приема внутрь – за одним исключением. На российском фармацевтическом рынке существует единственный мукоактивный препарат для интраназального применения – Ринофлуимуцил. Помимо мукоактивного компонента (Нацетилцистен) в состав препарата входит туаминогептана сульфат –симпатомиметик. Такое сочетание действующих веществ снижает отек слизистой оболочки полости носа и улучшает работу мукоцилиарного транспорта, страдающего при воспалении любой этиологии. Поэтому Ринофлуимуцил показан как средство стартовой монотерапии при инфекционных ринитах/риносинуситах. Кроме того, входящий в его состав симпатомиметик позволяет использовать препарат как противоотечное средство в случае сохранения заложенности носа при необходимости отмены сосудосуживающих препаратов.

Подобная ситуация знакома врачам амбулаторного звена. Например, ребенок был выписан из стационара, где проходил курс лечения по поводу синусита. Выписавшись с выздоровлением, через пару дней после окончания приема лекарств некоторые дети (или их родители) предъявляют жалобы на заложенность и выделения из носа. Перед врачом встает вопрос, какую терапию назначить, если только что был отменен топический деконгестант. Варианты выбора: элиминационное средство, мукоактивное лекарство, топический глюкокортикоид или интраназальный препарат комплексного действия. В этих случаях эффективен Ринофлуимуцил.

Воздействие Ринофлуимуцила было оценено на выборке из 50 больных детей с затяжными формами острых и с подострыми синуситами. Возраст пациентов колебался от 3 до 14 лет, в среднем 7,2 + 3,4 г. Все дети ранее получали лечение по поводу острого синусита (антибактериальные препараты, топические деконгестанты стандартным курсом) но после окончания лечения у них сохранялись жалобы на заложенность и/или выделения из носа, что снижало качество жизни пациентов. Для купирования этих симптомов детям был назначен препарат Ринофлуимуцил в стандартной дозировке сроком на 7 суток.

По трехбалльной шкале (0 – симптом отсутствует, 3 – выражен максимально) до начала лечения (0 сутки) и через 7 суток приема препарата оценивались следующие параметры:

- заложенность носа;
- наличие и характер выделений из носа;

(Продолжение на стр. 7)

График 1
Динамика симптома «заложенность носа» у детей основной и контрольных групп

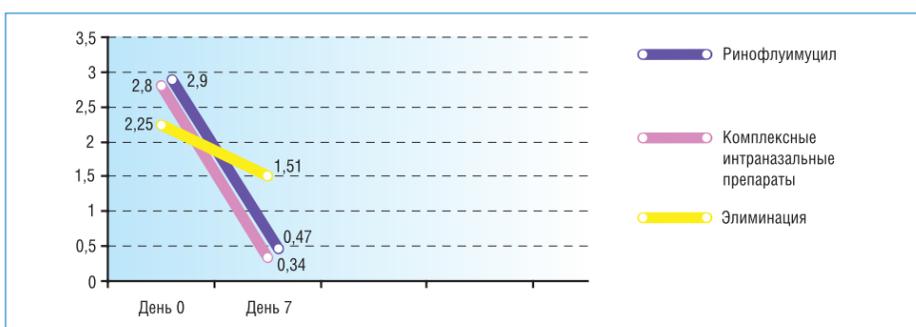


График 2
Динамика отделяемого из полости носа у детей основной и контрольных групп

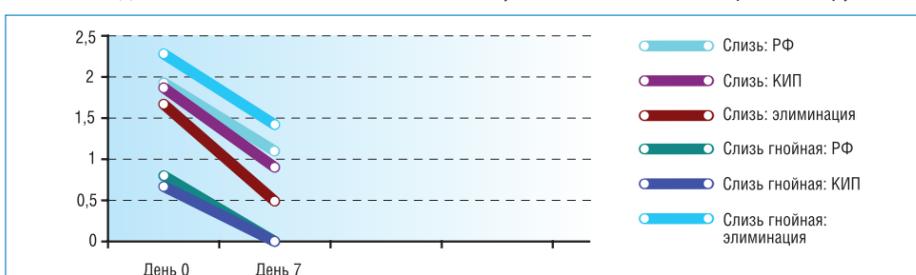


График 3
Динамика риноскопической картины у детей основной и контрольных групп

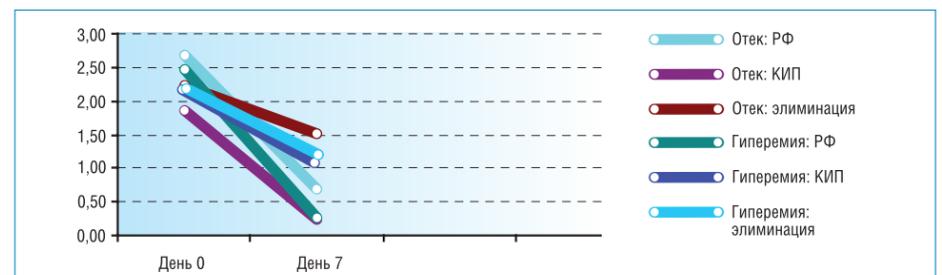


График 4
Клиническая эффективность 7-дневного курса лечения у наблюдаемых детей

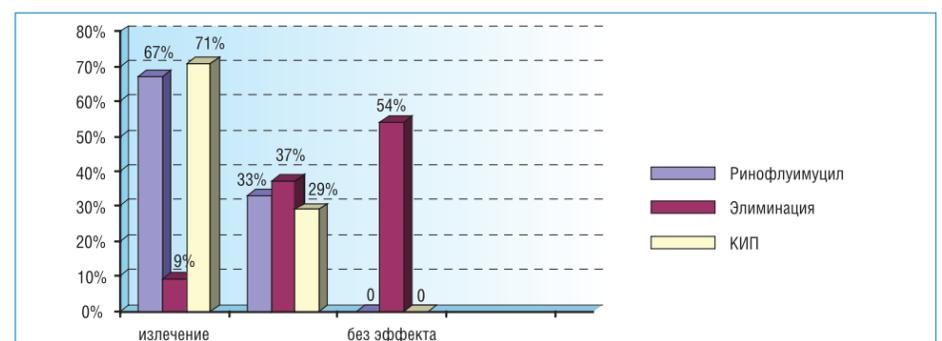
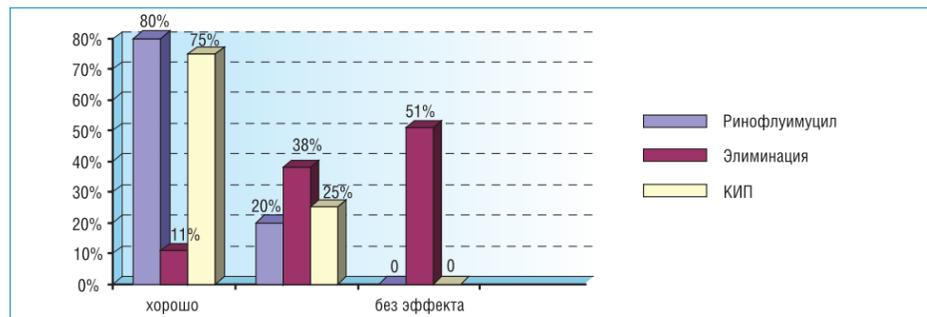


График 5

Сравнительная оценка результатов лечения больными или их родителями



— данные риноскопической картины (гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа).

Контролем служила группа больных, сопоставимая по всем показателям. Для купирования симптомов у них использовались другие комплексные препараты для интраназального применения (КИП). Кратность их приема и длительность курса совпадали с препаратом Ринофлуимуцил (РФ). Также оценена эффективность различных лекарств, применяемых для элиминационной терапии.

Динамика отдельных показателей представлена на графиках 1–5.

Клиническая эффективность препарата Ринофлуимуцил врачами оценена следующим образом:
 — излечение – 67% случаев;
 — улучшение – 33% случаев;
 — без эффекта – 0% случаев.

Оценка результатов лечения больными или их родителями:
 — хорошо – 80% случаев;
 — удовлетворительно – 20% случаев;
 — без эффекта – 0% случаев.

Переносимость препарата оценена следующим образом:

— очень хорошая – 100% случаев;
 — хорошая – 0;
 — плохая – 0.

Выводы:

На фоне приема препарата Ринофлуимуцил заложенность, выделения, отек и гиперемия полости носа в 67% случаев полностью купируются к 7м суткам применения, а в 33% случаев к этому сроку выражены в легкой форме и не снижают существенно качество жизни пациентов.

Препарат хорошо переносится больными, не отмечено ни одного случая непереносимости и/или развития побочных явлений.

Таким образом, топический препарат комплексного действия Ринофлуимуцил эффективно устраняет основные симптомы риносинусита. Это позволяет использовать его как монотерапию стартовой терапии или препарат «долечивания» при затяжном или подостром воспалении слизистой оболочки полости носа и/или околоносовых пазух.

Список литературы находится в редакции
 Источник: «Практика педиатра» Февраль, 2010

ВАМ ТРУДНО ДЫШАТЬ?

РИНОФЛУИМУЦИЛ НОС ОСВОБОДИЛ

- При острых и хронических ринитах и синуситах (гайморит)
- N-ацетилцистеин растворяет и удаляет слизь из носовых пазух

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
 ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Гиножен

Секрет женского здоровья

Комбинированный интравагинальный препарат тройного действия:

- * Противогрибковое
- * Противопротозойное
- * Антибактериальное

- Клинически доказан при вагинальном кандидозе и трихомониазе
- Купирует симптомы вульвовагинального кандидоза
- Удобен в применении

метронидазола – 100 мг
 миконазола нитрата – 100 мг

метронидазола – 500 мг
 миконазола нитрата – 100 мг

10 дней по 1 капсуле в день интравагинально

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Гиножен/Гиножен Форте

Гиножен. Одна капсула содержит: метронидазола - 100 мг, миконазола нитрата - 100 мг. Вспомогательные вещества - лецитин очищенный (Солек В-10, соевый жидкий), воск пчелиный, вода очищенная, подсолнечное масло.

Гиножен Форте. Одна капсула содержит: метронидазола - 500 мг, миконазола нитрата - 100 мг. Вспомогательные вещества - полисорбат 80, воск пчелиный, подсолнечное масло. Состав оболочки желатиновой капсулы: желатин, глицерин, метилпарагидроксибензоат, пропилпарагидроксибензоат, вода очищенная, титана диоксид, краситель «солнечный закат» желтый Е-110.

Показания и способы применения

Гиножен/Гиножен Форте применяют интравагинально и вводят глубоко во влагалище			
Гиножен в 1 вагинальной капсуле:	Показания:	Способы применения и дозы	Курс
Метронидазола – 100 мг Миконазола нитрата – 100 мг	При трихомониазе	По 1 вагинальной капсуле 1 раз/сут вечером перед сном	10 дней
	При бактериальном вагинозе	По 1 вагинальной капсуле 1 – 2 раза/сут	10 дней
	При кандидозном вульвовагините	По 1 вагинальной капсуле 1 раз/сут вечером перед сном	10 дней
Гиножен Форте в 1 вагинальной капсуле: Метронидазола – 500 мг Миконазола нитрата – 100 мг	При рецидивирующих вагинитах или вагинитах, резистентных к другому лечению	По 1 вагинальной капсуле 2 раза/сут	14 дней

Побочные действия
 Местные: редко - раздражение слизистой оболочки влагалища и реакции повышенной чувствительности. Возможно развитие системных эффектов: Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, потеря аппетита, схваткообразные боли в нижней части живота, диарея, обложенность языка, горький, металлический привкус во рту. Со стороны кровеносной системы: обратимая нейтропения (лейкопения). Со стороны ЦНС: периферическая невропатия (ощущение онемения конечностей), редко и только при длительном применении встречаются головные боли, судороги, сонливость, головокружение, нарушение координации, атаксия, спутанность сознания. Аллергические реакции: кожная сыпь, крапивница, зуд кожи, многоформная экссудативная эритема, весьма редко встречался ангионевротический отек и анафилактическая реакция. Действие препарата на печень: редко сообщали о повышении активности печеночных ферментов, холестазае, желтухе. Другие: повышение температуры, потемнение мочи (вызывает метаболит метронидазола, не имеет клинического значения). Эти побочные эффекты наблюдаются очень редко вследствие низкой концентрации метронидазола в крови при интравагинальном применении вагинальных капсул Гиножен форте. Миконазола нитрат не всасывается после введения вагинальных капсул Гиножен форте во влагалище. В случае появления побочных эффектов лечения препаратом Гиножен форте следует прекратить.

Противопоказания
 Печеночная и/или почечная недостаточность; нарушение координации движений; органические поражения ЦНС (в т.ч. эпилепсия), I триместр беременности, период лактации; повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Особые указания
 Во время лечения препаратом и не менее чем в течение трех дней после лечения запрещено употребление алкоголя (возможно развитие дисульфирамоподобных реакций: абдоминальная боль спастического характера, тошнота, рвота, головная боль, внезапный прилив крови к лицу) и рекомендуется воздержание от половых сношений. При лечении трихомониаза целесообразно одновременно проводить лечение полового партнера таблетками метронидазола для приема внутрь. Вагинальные капсулы целесообразно назначать в комбинации с пероральными формами метронидазола. В случае применения препарата совместно с метронидазолом для приема внутрь, особенно при повторном курсе, необходим контроль картины периферической крови (опасность лейкопении). С осторожностью: беременность (II-III триместры), лейкопения в анамнезе. В ходе терапии не следует применять другие вагинальные средства (тампоны, спринцовка, спермицидные средства). Не проглатывать и не применять другим способом!

Условия отпуска из аптек По рецепту
Производитель УП «Минскинтеркапс», Республика Беларусь

Эксклюзивный дистрибьютор в КР ООО «Asian Med Trade»
 г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1. Тел.: +996 (312) 35 75 42
 e-mail: asianmedtrade@mail.ru, www. amt.kg

Ранняя профилактика посттравматических и послеоперационных патологических рубцов

В.В. Владимиров ГБУ Ставропольского края Пятигорский онкологический диспансер, О.В. Владимирова Ставропольская государственная медицинская академия, А.Е. Рыбалко МУЗ 2-я городская клиническая больница, г.Ставрополь

Актуальность темы

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире получают травмы более 50 млн человек, более 100 млн подвергаются оперативным вмешательствам. У большинства больных с обширными и глубокими ожогами, осложненным заживлением послеоперационных и посттравматических ран на месте повреждения формируются патологические рубцы. Такие рубцы приводят к деформациям, нарушению функции конечностей, тела и лица, эстетическим проблемам, высокому проценту инвалидизации, как правило, молодого трудоспособного населения.

Существует множество неоднозначных подходов к проблеме гипертрофических рубцов. Эффективность большинства из предлагаемых методов лечения и профилактики подтверждена только широким использованием в практике в течение последних 20 лет, в то время как лишь некоторые проверены в проспективных исследованиях с адекватным контролем (наличием контрольных групп сравнения). Для части используемых технологий отсутствуют даже данные о безопасности исследования, то есть частоте побочных эффектов. Некоторые новые подходы к терапии рубцов продемонстрировали хорошие результаты в небольших испытаниях, но далее не изучались в больших исследованиях с оценкой отдаленных результатов. Оценка эффективности затруднена

из-за несовершенства методик количественного измерения динамических изменений во внешнем виде рубцов и их тенденции к естественному улучшению с течением времени. В результате в настоящий момент ведение больных с рубцами основано скорее на личном опыте практикующих врачей, чем на результатах крупных рандомизированных контролируемых исследований и других научных доказательств.

Частое образование грубых деформирующих рубцов составляет одну из серьезных проблем современной медицины, так как, однажды появившись, рубцы остаются на всю жизнь, создавая заметные косметические и функциональные дефекты, ограничивают нормальную функцию тела и доставляют психологический дискомфорт человеку, нарушая социальную адаптацию после травм и операций.

Учитывая все вышеперечисленное, все чаще в первую очередь приходится задумываться над профилактикой, причем своевременной и целенаправленной, а затем при ее неэффективности – о лечении уже сформировавшихся рубцов.

Все расширяющиеся возможности повышения медицинской, социальной и экономической эффективности сохранения и укрепления здоровья населения поставили проблемы реабилитации на одно из ведущих мест в системе здравоохранения.

Материалы и методы

Зная, что любая рубцовая ткань начинает формироваться отнюдь не после заживления раны, а значительно раньше, сразу после первичной реакции тканей на повреждение, напрашивается вывод о необходимости как можно раньше начинать адекватную реабилитацию и специфическую профилактику патологического рубцеобразования и предотвращение ухудшения качества жизни пациентов, а также скорейшего восстановления трудоспособности, так как временной фактор и комплексность подхода играют крайне важную роль в результативности проводимых превентивных мероприятий.

В настоящее время нет общепринятого для всех хирургов единого подхода к данной проблеме. Как правило, хирурги выбирают сами для себя наиболее приемлемые схемы проведения реабилитации больных или же вообще перекладывают данную проблему на плечи поликлиник или самих пациентов, теряя тем самым время, наиболее важное в процессе рубцеобразования.

Учитывая, что наиболее часто патологические рубцы формируются после глубоких и пограничных ожогов, осложненных видов заживления ран, на базе отделения гнойной хирургии (ожоги), травматологического и хирургического отделений МУЗ ГБ №2 нами было проведено исследование, направленное на выявление наиболее эффективной

схемы реабилитации пациентов с различными видами травм, ожогов и послеоперационных ран.

С целью исследования в течение 6 лет в разное время под наблюдением находились более 300 пациентов в возрасте от 0 до 64 лет обоюбого пола с послеоперационными ранами и ожогами ШАБ–IV степени. Учитывая отсутствие возможности проводить массивную комплексную профилактику патологического рубцеобразования абсолютно всем наблюдаемым больным, производился выбор пациентов в группу повышенного риска. Критериями отбора служили анамнестические данные, площадь и глубина поражения, тип повреждающего агента, локализация повреждения и т.д.

Все пациенты категории повышенного риска (212) были разделены на 3 группы с адекватным соотношением патологий в каждой из них.

1-я группа, контрольная – 42 человека:

Специфическая профилактика не проводилась, больные получали традиционное лечение по различным причинам.

2-я группа – 78 человек:

Проводилось комплексное физиотерапевтическое лечение на ранних этапах в комбинации с местным применением энзимотерапии и силиконового геля:

- магнитотерапия от аппарата «Полус 01» с 3–4-го дня лечения;

(Продолжение на стр. 9)

Помогает при рубцах, образовавшихся в результате порезов и царапин, швов, ожогов, хирургических операций и травм.



Контрактубекс



Гель для лечения рубцов

ТРОЙНОЙ ЭФФЕКТ

- Предупреждает избыточное образование рубцовой ткани
- Уменьшает покраснение, зуд и чувство натяжения
- Сглаживает рубец и улучшает его эластичность



Рубец без лечения



Рубец с лечением гелем Контрактубекс®



Сделано в ГЕРМАНИИ



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Отпускается без рецепта



Свежий рубец до лечения



Рубец через 5 недель лечения

• ультразвуковое воздействие на область ран спустя 12 сут от момента травмы или операции;

• электрофорез фермента из раствора, начиная с 30-х суток, длительностью в 10 процедур.

Большинство физиопроцедур проводилось уже в условиях поликлиник. Начиная с момента полного заживления, пациенты применяли местный ферментный препарат, параллельно использовался силиконовый гель. Повтор курса физиотерапии проводился через 3 мес.

3-я группа – 92 пациента:

Проводилась первичная профилактика патологического рубцеобразования на ранних этапах:

• со 2-го дня после травмы или операции при отсутствии противопоказаний проводились внутримышечные инъекции ферментов с высокой активностью 1 раз в 3 дня курсом 10 инъекций.

• при ожоге на 7–9-е сутки на послеоперационные раны с момента снятия швов при отсутствии воспаления наносился тонким слоем гель Контрактубекс (трехкомпонентный препарат, обладающий выраженной антигиперпролиферативной активностью), и 10 процедур ультрафонофореза с гелем Контрактубекс ежедневно при наступлении эпителизации ран, то есть при наличии возможности соприкосновения головки аппарата с поверхностью кожи.

Применение геля Контрактубекс продолжалось самостоятельно пациентами после выписки 3 раза в день в течение от 3 до 6 мес. В области лица и шеи Контрактубекс заменялся на гель Медерма по той же схеме. Медерма была выбрана для лица в связи с хорошим кровообращением тканей этой части тела и отсутствием необходимости дополнительной стимуляции. При нанесении геля использовалась эластическая или силиконовая компрессия. Также в рамках данной схемы реабилитации проходили занятия лечебной физкультурой с ранним началом функциональных упражнений. Через 3 мес проводился курс комплексной физиотерапии. Повтор курса энзимотерапии и физиотерапии осуществлялся каждые 3 мес в течение 1 года – 2 лет.

Результаты

Результат отслеживался в каждом случае в течение не менее 6 мес путем диспансеризации и динамических осмотров. Полученные данные распределились следующим образом.

В группе контроля у 32 больных развились гипертрофические рубцы, требующие коррекции, 6 пациентов рубцы беспокоили только с косметической точки зрения и у 4 заживление

прошло с формированием нормотрофического рубца. Во 2-й группе при наблюдении отмечено формирование ярко выраженных гипертрофических рубцов у 45 пациентов, тогда как в 3-й группе рубцовые деформации отмечены только у 19 больных. При этом 53 человека из 2-й группы отмечали дискомфорт в области формирующихся рубцов, в 3-й группе подобные жалобы выявлены у 10 больных. Косметический дефект беспокоил во 2-й группе 25 человек, в 3-й – 14. Функциональные нарушения, связанные с развитием рубцов и натяжением тканей, развились во 2-й группе у 39 пациентов, а в 3-й группе – у 14 больных. Кроме этого, проводилась оценка по шкалам для отдельных признаков развития рубцов, где также наилучший результат получен в 3-й группе больных.

Следует отдельно отметить, что пациентам с риском развития истинных келоидов в группы исследования мы не включали в связи с необходимостью проведения данным больным специфического лечения.

Выводы

1. Проблема патологического рубцеобразования, несмотря на быстрые и прогрессивные темпы развития современной медицины, остается крайне актуальной для хирургов и травматологов.
2. Первичная профилактика необходима во всех случаях повышенного риска патологического рубцеобразования.
3. Показана наибольшая эффективность комплексной терапии на ранних этапах формирования рубцовой ткани с применением энзимотерапии, геля Контрактубекс местно в виде

апликаций и в фонофорезе, а также использование геля Медерма на лице и шее в том же комплексе в сочетании с пролонгированной компрессией и систематическими курсами комплексной физиотерапии.

4. Хотя предложенный комплексный подход к профилактике патологического рубцевания и не решает проблему консервативного лечения гипертрофических рубцов, применение подобной схемы значительно уменьшает необходимость хирургических вмешательств, достигается хороший косметический эффект и устраняются в значительной степени такие нежелательные последствия развития рубцов, как зуд, чувство стяжения, нарушение полноценной функции конечности, позволяет значительно улучшить исходы лечения хирургических больных, уменьшить сроки полного выздоровления и повысить качество жизни пациентов.

Источник: Хирургия, №2, 2011, приложение consilium medicum

Список использованной литературы

1. Иашвили Б.П., Беликов Ю.Н. Критическая ожоговая травма. Опыт успешного лечения. Мат. междунар. конф. «Современные вопросы лечения термических поражений и их последствий». Донецк, 2005; с. 21–4.
2. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. Руководство. СПб.: Спецлит, 2000; с. 480. 3. Dantzer E, Queruel P, Palmier B, Quinot JF. Dermal regeneration template for deep hand burns: clinical utility for both early grafting and reconstructive surgery. Br J Plast Surg 2003; 56 (8): 764–74.
4. James W. Preliminary evaluation of the efficacy of dermatix silicone gel in the reduction of scar elevation and pigmentation. Br J Plast Surg 2005; 58 (8): 104–64.
5. Elston DM. Department of Dermatology, Brooke Army-Wilford Hall Med Center, Dermatology, Brooke Army Med Centre Med J 2001; 2 (11).
6. Alster T. Laser scar revision: comparison study of 585-nm pulsed laser with and without intralesion corticosteroids. Dermatol Surg 2003; 29 (1): 25–9.

Гепат-Мерц® *Сделано в Германии*
L-орнитин-L-аспартат

Гепат-Мерц рекомендован при острых и хронических заболеваниях печени. L-орнитин-L-аспартат снижает повышенную концентрацию аммиака.



Умный препарат для печени!

Гепат-Мерц® - оригинальный немецкий препарат двойного действия для лечения печени:

- ✓ дезинтоксикационное
- ✓ гепатопротекторное

- ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ
- ГЕПАТИТЫ ВСЕХ ВИДОВ
- ОТРАВЛЕНИЯ
- ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ
- ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ
- АЛКОГОЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Гепат-Мерц® инфузионный концентрат, гранулы

Состав:
1 ампула (10 мл) содержит 5 г L-орнитина-L-аспартата, воды для инъекций до 10 мл.
5 г гранул (1 пакетик) содержит:
Действующее вещество: L-орнитин-L-аспартат 3,00 г.
Вспомогательные вещества: кислота лимонная безводная, ароматизатор лимонный, ароматизатор апельсиновый, сахарин натрия, цикламаты натрия, оранжевый желтый (Е110), поливинилпирролидон, фруктоза.

Фармакологические свойства:
Фармакодинамика. Обладает детоксикационным действием, снижая повышенный уровень аммиака в организме, в частности, при заболеваниях печени. Действие препарата связано с его участием в орнитинном цикле мочевинообразования Кребса (активирует работу цикла, восстанавливая активность ферментов клеток печени: орнитин-карбамоил-трансферазы и карбамоил-фосфатсинтетазы). Способствует выработке инсулина и соматотропного гормона. Улучшает белковый обмен при заболеваниях, требующих парентерального питания. **Фармакокинетика.** L-орнитин-L-аспартат быстро диссоциирует на орнитин и аспартат, которые всасываются в тонкой кишке путем активного транспорта через кишечный эпителий и начинают действовать в течение 15–25 мин., имея короткий период полувыведения. Выводится с мочой через цикл мочевинообразования.

Печеночная энцефалопатия - потенциально обратимое нарушение функции мозга, возникающее в результате острой печеночной недостаточности, хронических заболеваний печени и (или) портосистемного шунтирования.

Печеночная энцефалопатия может наблюдаться при острой (фульминантной) печеночной недостаточности, обусловленной алкогольными, вирусными, токсическими гепатитами, отравлением алкоголем, промышленными ядами, грибами, лекарственными препаратами, ишемией печени (ишемический гепатит, синдром Бадда-Киари, хирургический шок), болезнью Вестфала-Вильсона-Коновалова, острой жировой дистрофией у беременных, тяжелыми бактериальными инфекциями. В 8–15 % случаев причина острой печеночной недостаточности остается невыясненной. В развитии острой энцефалопатии вследствие массивного некроза печеночных клеток преобладают факторы паренхиматозной недостаточности, исходом которой чаще является эндогенная печеночная кома. При хронических заболеваниях печени печеночная энцефалопатия чаще возникает на фоне форсированного диуреза, желудочно-кишечных кровотечений, парацентеза, хирургических вмешательств, алкогольных эксцессов, инфекционных заболеваний, вследствие повышенного потребления белков, воспалительных заболеваний кишечника, портосистемного шунтирования. Важная роль в ее развитии отводится печеночно-клеточной (паренхиматозной) недостаточности.

Противопоказания:
Гиперчувствительность к L-орнитину-L-аспартату или другим компонентам препарата. Выраженная почечная недостаточность при показателе креатинина более 3,0 мг/100 мл.

Побочное действие:
Указанные побочные эффекты обычно являются проходящими и не требуют отмены препарата. При их возникновении следует оптимизировать дозу и скорость введения препарата.

Гепат-Мерц ампулы. Частота не известна: Гиперчувствительность, анафилактическая реакция. Редко - тошнота и рвота.

Гепат-Мерц гранулы. Со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто: тошнота, рвота, боль в животе, метеоризм, диарея. Со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: очень редко: боль в конечностях. Краситель оранжевый желтый может вызвать аллергические реакции.

Условия отпуска из аптек:
Гепат-Мерц в ампулах: По рецепту врача.
Гепат-Мерц в гранулах: Без рецепта.

Производитель: «Мерц Фарма ГмбХ и Ко. КГаА» D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне. Эксклюзивный дистрибьютор в КР – OOO Asian Med Trade, г. Бишкек, ул. Садыгиалиева, 1, Тел.: +996 (312) 35-75-42, www.amt.kg

Профилактика и лечение послеродового кровотечения.

Клинический протокол

Для родовспомогательных учреждений I-III уровней организаций здравоохранения



Национальный клинический протокол для родовспомогательных учреждений I-III уровней организаций здравоохранения утвержден Приказом МЗ КР №691 от 09.09.2016г

Введение

Актуальность. По данным современной литературы частота акушерских кровотечений составляет, в среднем, 6 – 8% [1-5] с колебаниями от 5 до 10% [6-9]. Несмотря на непрерывное усовершенствование методов диагностики и лечения, они продолжают оставаться ведущим фактором материнской смертности, составляя в чистом виде 20 – 25%, как конкурирующая причина – 42% и, 78% как фоновая.

Послеродовые кровотечения в Кыргызской Республике составляет около 5% всех родов. Материнская смертность от ПРК по результатам конфиденциального аудита составила 43,2% [10]. Многочисленные исследования показали, что многие случаи смерти, связанные с послеродовыми кровотечениями можно было бы предотвратить при своевременной диагностике и адекватном лечении [1-5, 8, 11-16]. Заболеваемость при ПРК может быть очень серьезными последствиями, которая включает полиорганную недостаточность, шок, осложнения переливаний, тромбозы, острый респираторный дистресс-синдром, сепсис и др. [17-20].

Цель - создание единых подходов по профилактике, диагностике и тактике ведения послеродовых кровотечений на всех уровнях здравоохранения, основанных на принципах доказательной медицины.

Задачи

- Улучшить знания и навыки по неотложной акушерской помощи при послеродовых кровотечениях.
- Уменьшить осложнения после родов путем оказания своевременной неотложной медицинской помощи.

Целевая группа. Клинический протокол разработан для акушеров-гинекологов, реаниматологов и медицинских сотрудников родовспомогательных учреждений на всех уровнях здравоохранения.

Идентификация и оценка существующих руководств и других доказательств. В связи с актуальностью проблемы в мире существует

большое количество разнообразных клинических руководств, стандартов и других документов, посвященных неотложной акушерской помощи при ПРК которые периодически обновляются. В связи с этим рабочей группой было принято решение о пересмотре клинического протокола по ПРК в свете последних изменений существующих международных руководств высокого качества, основанных на принципах доказательной медицины. Поиск клинических руководств, а также результатов мета-анализов, систематических обзоров, РКИ и т.д. проводился в Кохрейновской библиотеке, в базе медицинских данных «Медлайн» (MEDLINE), NICE и других крупнейших международных электронных базах доказательных руководств в сети Интернет. При разработке протокола использовались национальные клинические протоколы по акушерству и по ведению неотложных состояний в акушерстве, руководства ВОЗ, RCOG, ACOG и др. Поиск доказательств проводился за период 2005-2015 годы.

Ключевые слова: postpartum hemorrhage, maternal hemorrhage, reproductive health, resuscitation strategies for associated massive hemorrhage, blood transfusion indications.

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического протокола, все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики заболеваний во время беременности.

Послеродовые кровотечения (прк) Код по МКБ-10

- O72 - послеродовое кровотечение
- O72.1 - другие кровотечения в раннем послеродовом периоде
- O72.2 - позднее или вторичное послеродовое кровотечение
- O72.3 - послеродовый коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз

Классификация острой кровопотери (ATLS, 1997)

Показатели	Степень тяжести кровопотери и стадии ГШ			
	I Компенсированный	II Легкий	III Средний	IV Тяжелый
Кровопотеря (% ОЦК)	< 15	15-30	30-40	> 40
Объем кровопотери, мл	< 750	1000-1500	1500-2000	> 2000
ЧСС, в мин	< 100	> 100	> 120	> 140
Систолическое АД, мм.рт.ст.	N, но возможно ортостатическое снижение	< 100	< 80	< 60
Пульсовое АД, мм.рт.ст.	N или ↑	↓	↓	↓↓
Диурез, мл/час	> 30	20-30	5-15	Анурия
Уровень сознания	Лёгкое возбуждение	Возбуждение	Спутанное	Прекома
ЧД, в мин	N	20-30	30-40	> 40
Тест заполнения капилляров	N > 2 сек	< 2 сек	< 3 сек	Заполнения нет
Температура тела (°C)	≥ 36	< 36	< 36	< 35
Кожа	N	Бледная, влажная	Бледная, холодный пот	Мраморная, холодная

Определение

Послеродовое кровотечение (ПРК) – кровопотеря равная или более 500 мл крови в течение 24 часов после родов, а тяжелое ПРК определяется как потеря минимум 1000 мл крови за тот же период [5];

или это все случаи кровопотери в послеродовом периоде до 6 недели, превышающая 10 % ОЦК; или любое количество кровопотери, которая сопровождается гемодинамическими нарушениями.

Классификация:

Первичное (раннее) послеродовое кровотечение – это кровотечение, которые развиваются в течение 24 часов после родов.

Вторичное (позднее) послеродовое кровотечение – это кровотечение, происходящее между 24 ч и 6 неделями после родов.

Первичные послеродовые кровотечения - это наиболее часто встречающийся тип акушерских кровотечений. Королевский колледж акушеров и гинекологов определяет ПРК, как малая - если кровопотеря от 500 мл до 1000 мл и без клинических признаков шока; большая (>1000 мл) или имеются признаки шока. Большие ПРК подразделяются на средние (1000 до 2000 мл) или тяжелые (> 2000 мл) [4]. По мнению международной группы экспертов ПРК определена как «активное кровотечение

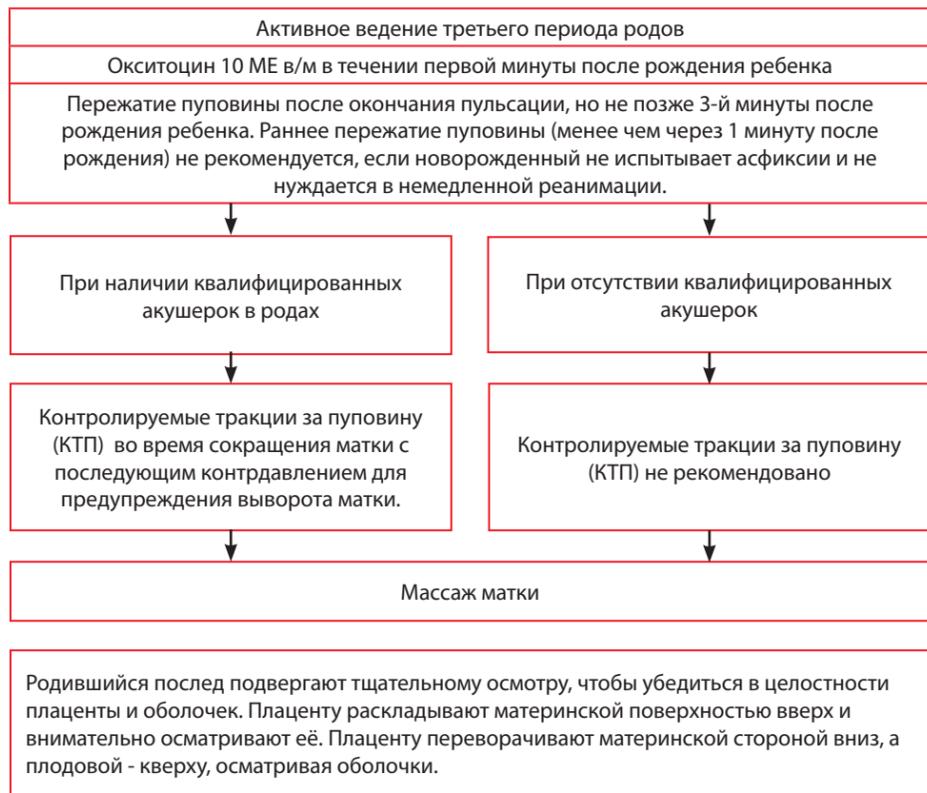
более 1000 мл в течение 24 часов после рождения, который продолжается, несмотря на использование первоначальных мер помощи, в том числе первой линии утеротоников и массажа матки» [16].

Термины «массивное акушерское кровотечение» и «тяжелое акушерское кровотечение» являются взаимозаменяемыми.

Фактор риска

Многие факторы риска для ПРК могут, определены антенатальном периоде или в родах и они часто взаимосвязаны. Соответственно клиницисты должны быть осведомлены о факторах риска для ПРК и должны принять это во внимание при консультировании женщин в процессе родов. Факторы риска могут помочь определить этиологию ПРК; а этиология, в свою очередь, определяет тактику лечения кровотечения. Ниже приведены факторы риска по убывающей частоте [17-20].

- Кесарево сечение elective OR 24,4 (95% ДИ 5,5-108,0)
- Кесарево сечение экстренное OR 40,5 (95% ДИ 16,3-101,0)
- Внутритробная гибель плода OR 5,5 (95% ДИ 3,9-7,8)
- Задержка плаценты и ее частей в полости матки OR 3,5 (95% ДИ 2,1-5,8)



Причины послеродового кровотечения	
Причина кровотечения	Этиологический процесс
«Т» тонус. (75%) Атония матки – наиболее частая причина ПРК.	Перерастяжение матки, «Истощение» сократительной способности миометрия, инфекционный процесс, функциональные/анатомические особенности матки.
«Т» - ткань. (10%) Задержка тканей в полости матки.	Задержка частей последа, задержка сгустков крови в полости матки. Приращение или вращение плаценты.
«Т» - травма. (15%) Травмы родовых путей.	Кесарево сечение (экстренное). Разрывы шейки матки, влагалища, промежности, разрыв матки, выворот матки.
«Т» - тромбин (1%) Нарушения коагуляции (до 20%) – как следствие других «Т» нарушение свертываемости или высокий риск его наличия.	Заболевания крови (гемофилия А, болезнь Виллебранда, идиопатическая тромбоцитопения, преэклампсия, антенатальная гибель плода, тяжелая инфекция, эмболия околоплодными водами).

- Затяжной второй период родов OR 3,4 (95% ДИ 2,4-4,7)
- Вростание плаценты OR 3,3 (95% ДИ 1,7-6,4)
- Травма мягких родовых путей OR 2,4 (95% ДИ 2,0-2,8)
- Инструментальная роды OR 2,3 (95% ДИ 1,6-3,4)
- Крупный плод 1,9 (95% ДИ 1,6-2,4)
- Гипертензия (преэклампсия, эклампсия, HELLP) OR 1,7 (95% ДИ 1,2-2,1)
- Индукция родов OR 1,4 (95% ДИ 1,1-1,7)
- Затяжные роды с окситоцином OR 1,4 (95% ДИ 1,2-1,7)
- Искусственное оплодотворение OR 2,93 (95% ДИ 1,3-6,6)

Есть и другие факторы риска ПРК это ожирение, высокий паритет, стремительные роды, перерастянутая матка (например, многоплодной беременности, многоводие, макросомии), инфекции матки, наследственный геморрагический диатез, приобретенный геморрагический диатез (Н., эмболия околоплодными водами, преждевременная отслойка плаценты, сепсис, гибель плода), и использование токолитиков и препаратов, которые влияют на свертываемость [21-25].

В большинстве случаев ПРК могут возникать и без факторов риска.

Причины

Причинами ПРК могут быть расстройства одного из 4 базовых этиологических процессов, обозначенных как «4Т» [4, 5, 8].

- ▶ Тонус (Нарушение сократительной функции матки)
- ▶ Ткань (Задержка тканей в полости матки)
- ▶ Травма (Травмы родовых путей)

▶ Тромбин (Нарушения коагуляции)
Профилактика послеродовых кровотечений при естественных родах

Для профилактики ПРК рекомендуется «активное ведение третьего периода родов». Во время третьего периода родов всем роженицам следует предлагать утеротоники для профилактики ПРК. Препаратом выбора является окситоцин в/м (10 МЕ). В качестве альтернативных средств профилактики ПРК в условиях отсутствия окситоцина рекомендованы другие инъекционные утеротоники. При отсутствии окситоцина рекомендуется применять другие утеротоники эргометрин/метилэргометрин либо мизопропрост перорально (600 мкг). Так же при отсутствии квалифицированных акушерок и окситоцина для профилактики ПРК работникам здравоохранения без специального образования рекомендуется применять мизопропрост (600 мкг перорально) [5, 8].

У всех женщин для раннего выявления атонии матки в послеродовом периоде рекомендуется в динамике оценивать тонус матки путем пальпации живота каждые 15 минут (в первые часы после родов) [4, 5, 8, 26-32].

Профилактика ПРК при кесаревом сечении

- для профилактики ПРК при кесаревом сечении рекомендуется в/в введение окситоцина 10 МЕ (предпочтение должно отдаваться введению с небольшой скоростью) после извлечения ребенка.
- для выделения последа при кесаревом сечении рекомендуются контролируемая тракция за пуповину [5]

Определение объема кровопотери

По шокowому индексу	
индекс Альговера	кровопотеря
<0,8	< 1000,0 мл
0,9-1,2	< 1500,0 мл
1,2-1,5	< 2000,0 мл
>1,5	> 2000,0 мл

По значению ЦВД	
ЦВД	кровопотеря
+40	< 1000,0 мл
+20	< 1500,0 мл
<0	> 2000,0 мл

Кровопотеря, связанная с вагинальными и оперативными родами, обычно недооценивается клиницистами. Точно и быстро оценить количество теряемой крови трудно, особенно во время оценки и стабилизации пациента с острым кровотечением. Поэтому лучше оценивать кровопотерю на основании клинических симптомов и признаков [33-36].

Клиническая оценка кровопотери по шокowому индексу Альговера (пульс/САД) можно косвенно определить предполагаемый объем кровопотери (используется как дополнительный метод, когда объем кровопотери неизвестен или неточен).

- Гематокрит: снижение на каждые 3-4% соответствует кровопотери 500 мл.
- Гемоглобин - снижение на каждые 10 г/л соответствует кровопотери 500 мл [36].
- Взвешивание операционного материала- 57% от веса операционного материала (салфетки, шарики) = объем кровопотери [35].

Перечень клинико - лабораторных исследований у пациенток с кровопотерей

- Общий анализ крови (уровень гематокрита, с подсчетом количества тромбоцитов)
- Прикроватный тест по Ли-Уайту
- Фибриноген
- Протромбиновое время
- Биохимические параметры крови: общий белок и альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ.
- Анализ мочи.

Для больниц 2-3 уровня включают (дополнительно):

- Концентрация фибриногена,
- Протромбиновое время (ПТИ, МНО),
- Активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ),
- Продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ),
- Кислотно-основное состояние
- Газы крови и уровень лактата в плазме.
- Электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций
- При известной врожденной патологии системы гемостаза – определить уровень дефицита соответствующего фактора свертывания.
- Тромбоэластограмма (электрокоагулограмма) по возможности,

Лабораторные анализы крови в случае внезапного и массивного кровотечения неинформативны.

Тактика лечения

Незамедлительно после постановки диагноза послеродового кровотечения, необходимо приступать к оказанию помощи, включающей четыре основных мероприятия, которые необходимо выполнять **ОДНОВРЕМЕННО**:

- **Взаимодействие**
- **Восстановление и стабилизация**
- **Динамическое наблюдение и обследование**
- **Остановка кровотечения**

При первичном ПРК 500-1000 мл (и в отсутствие клинических признаков шока) должны использовать **БАЗОВЫЙ протокол мероприятий** (наблюдение, внутривенный доступ, клинический анализ крови, группа крови и резус-фактор), чтобы облегчить реанимацию в последующем при необходимости [4, 5, 8].

Если первичная ПРК продолжается после проведения базовых лечебных мероприятий и кровопотеря более 1000 мл (или имеются клинические признаки шока, даже при малом объеме кровопотери), тогда должно использоваться **ПОЛНЫЙ протокол мероприятий** для реанимации и гемостаза [4, 5, 8] (приложение 3).

БАЗОВЫЙ протокол мероприятий при малых послеродовых кровотечениях.

При первичном послеродовом кровотечении в объеме кровопотери 500-1000 мл, отсутствии клинических признаков шока, необходимы:

- Непрерывное динамическое наблюдение
- Доступ к вене
- Клинический анализ крови
- Определение группы крови и резус-фактора

БАЗОВЫЙ протокол мероприятий:

1. Вызвать помощь
 2. Провести оценку по системе ABC (проверить проходимость дыхательных путей, дыхание и кровообращение)
 3. Обеспечить дополнительный кислород с 6-8 л/минуту
 4. Получить доступ к вене (канюля 14 - 16 размера в две вены)
 5. Начать внутривенное введение кристаллоидных растворов 1л (20-40 мл/кг) в течение 15-20 мин. Начальный объем жидкости из примерного расчета 3мл на 1мл кровопотери.
 6. Начать внутривенную инфузию окситоцина во вторую вену.
 7. Мониторировать: АД, пульс и частоту дыхания каждые 15 минут
 8. Катетеризировать мочевого пузыря и контролировать диурез
 9. Заказать анализы – клинический анализ крови, определение группы крови, резус-фактора, провести пробу на совместимость, свертывающую систему.
 10. Обеспечить сохранение тепла.
 11. Использовать только согретые, теплые растворы (380С).
 12. Измерять количество кровопотери
 13. Оценить необходимость гемотрансфузии
 14. Остановка кровотечения в зависимости от причины (управляемая баллонная тампонада матки (УБТ), временные механические методы).
 15. Фиксировать и записывать все действия с указанием времени
- Внимание!**
Умеренное послеродовое кровотечение может за короткий период времени перейти в массивное.
- Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении.**
- ПОЛНЫЙ протокол мероприятий должен быть использован, если**
- первичное послеродовое кровотечение продолжается с кровопотерей >1000 мл
 - если меньший объем кровопотери сочетается с клиническими признаками шока:
 - тахикардия (ЧСС более 100 уд/мин)
 - гипотензия (САД <90 мм.рт.ст., ДАД <60 мм.рт.ст.)

- тахипноэ (> 20)
- олигурия (< 30 мл/час)
- сниженное наполнение периферических сосудов

Полный протокол мероприятий для лечения тяжелых послеродовых кровотечений

I. Взаимодействие

Быстрое вовлечение в лечебный процесс опытных специалистов, в том числе анестезиологов, сотрудников лабораторий, является ключевым в лечении послеродовых кровотечений.

- Вызвать ответственного акушера-гинеколога, анестезиолога и др.
- Предупредить отделение переливания крови
- Вызвать лаборантов
- Предупредить стационар или отделение более высокого уровня оказания медицинской помощи
- Назначить одного члена команды, чтобы записывал все мероприятия, использованные лекарственные препараты и жизненно важные признаки.

Общение с пациенткой и ее партнером является важным, необходимо четко информировать их о произошедшем осложнении и рисках, связанных с ним.

II. Восстановление и стабилизация

Первоначальное обследование пациентки с тяжелым акушерским кровотечением, находящейся в шоке, должно проводиться с использованием стандартного подхода, начиная от ABC и дальнейшим решением проблем по мере их выявления. Поэтому необходимо одновременно динамически оценивать состояние пациентки и проводить коррекцию.

Экстренность принятия мер для стабилизации состояния и остановки кровотечения должна строго соответствовать степени шока. Решение должно приниматься консультативно в каждой клинической ситуации.

Акушеры должны консультироваться с коллегами анестезиологами, гематологами и гемотрансфузиологами для определения наиболее подходящей комбинации растворов для внутривенной инфузии, переливания крови и ее препаратов [2, 4, 8, 37]. Важнейшими составляющими проведения реанимации при послеродовых кровотечениях являются (см. приложение 1):

- Восстановление ОЦК
- Восстановление кислородной емкости крови

Компоненты восстановления и стабилизации

- Провести оценку по системе ABC (проверить проходимость дыхательных путей, дыхание и кровообращение)
- Дать кислород с 6-8 л/минуту (вне зависимости от показателя сатурации кислорода в крови пациентки)
- Получить венозный доступ (канюля 14-16 размера в две вены)
- Начать внутривенное введение кристаллоидных растворов 1 литр (20-40 мл/кг) в течение 15-20 мин. Начальный примерный общий объем жидкости из расчета 3 мл на 1 мл кровопотери.
- До того момента, когда появится возможность провести гемотрансфузию, необходимо перелить до 3,5 литров теплых растворов настолько быстро насколько этого требует клиническая ситуация.
- Положить женщину на ровную

поверхность или в положение Тренделенбурга.

- Обеспечить сохранение тепла
- #### Восстановление ОЦК - инфузионная терапия

Инфузионная терапия включает:

- Изотонические кристаллоидные растворы рекомендованы для стартовой инфузионной терапии (цель: поддерживать систолическое давление > 90 мм рт.ст. и диурез на уровне > 30 мл / час).
- Перелить изотонические кристаллоидные растворы в объеме до 2 литров быстро в зависимости от клинической ситуации (раствор NaCl 0,9%, раствор Хартмана, Рингер ацетат, простой Рингер)
- Коллоиды синтетические (желатиноль, гидроксэтиллированные крахмалы (130/0,4) с молекулярной массой 130 и степенью замещения 0,4 которые используются при тяжелом геморрагическом шоке для быстрого восполнения ОЦК при неэффективности предыдущих вмешательств по алгоритму и при отсутствии компонентов крови): перелить до 1,5 литра коллоидных растворов до получения препаратов крови после восполнения ОЦК кристаллоидами. Необходимо помнить о том, что высокие дозы данных растворов могут вызвать побочные эффекты.

Максимальный объем чистых растворов, которые должны быть перелиты, до получения компонентов крови, составляет 3,5 литра [4, 38-41].

Восстановление кислородной емкости крови - гемотрансфузия

Краеугольным камнем реанимации во время послеродового кровотечения являются восстановление как объема крови и способности переносить кислород.

Замещение объема должно быть произведено, принимая во внимание то, что кровопотеря зачастую значительно недооценена. Совместимая кровь (в виде эритроцитарной массы - ЭМ) - является оптимальной инфузионной средой, чтобы восполнить кислородную емкость и кровопотерю. При наличии показаний следует провести гемотрансфузию как только появляется возможность [4].

- **Клиническая картина должна быть определяющим фактором для переливания крови, и время не должно быть потеряно в ожидании получения лабораторных результатов.**

Доказанная или предполагаемая коагулопатия может служить поводом для трансфузии СЗП (введение СЗП 12-15 мл/кг), криопреципитата и других концентрированных факторов свертываемости (тромбоцитарная масса, концентрат фибриногена).

- Криопреципитат если уровень фибриногена <1 г/л.
- Триггером для переливания тромбоцитов является их количество 75 x 1009/л.
- Количество тромбоцитов не должно быть ниже 50 x 109 /л при кровотечении.

Рекомендованные соотношение для препаратов крови (СЗП - ЭМ) 1 единица СЗП на каждые 2 единиц ЭМ.

Основные терапевтические цели гемотрансфузии при управлении тяжелой кровопотерей является достижение и поддержание уровня [4, 42-46]:

- гемоглобина > 70 г/л
- тромбоцитов > 75 x 109 / л
- фибриногена > 1,0 г/л.
- Протромбиновое время <1,5 x контрольного значения
- Активированное частичное тромбо-

пластиновое время <1,5 x контрольного значения

III. Динамическое наблюдение и обследование

1. Взятие крови (20мл) для:
 - пробы на групповую совместимость
 - клинического общего анализа крови
 - коагулограммы, включая фибриноген
 - биохимического анализа крови
2. Контролировать температуру тела каждые 15 минут
3. Измерять и записывать в динамике показатели пульса, АД, частоты дыхания (при наличии используя пульсоксиметр, ЭКГ или автоматическую запись АД) каждые 15 минут
4. Использовать катетер Фолея для оценки диуреза
5. Два периферических венозных катетера, 14 или 16 размера
6. Документация баланса жидкости, продуктов крови и процедур. Замена и количество инфузионных сред и продуктов крови должны строго контролироваться ведущим врачом (консультантом анестезиологом или акушером-гинекологом)

IV. Остановка кровотечения

Причинами ПРК могут быть расстройства одного из 4 базовых этиологических процессов, обозначенных как «4Т» [4, 5, 8]

- Тонус (Нарушение сократительной функции матки)
 - Ткань (Задержка тканей в полости матки)
 - Травма (Травмы родовых путей)
 - Тромбин (Нарушения коагуляции)
- Наиболее частая причина первичных послеродовых кровотечений это гипотония/ атония матки. Тем не менее, необходимо тщательно оценить клиническую ситуацию, чтобы исключить другие причины или дополнительные источники кровотечения:
- Задержка тканей в полости матки (плацента, оболочки, сгустки)
 - Травмы родовых путей (разрывы влагалища, шейки матки или гематомы)
 - Разрыв матки
 - Гематома широкой связки
 - Экстрагенитальные кровотечения (н.: субкапсулярный разрыв печени)
 - Выворот матки.

Если причина ПРК это гипотония/ атония матки, применяются следующие меры, пока кровотечение не остановилось:

1. Временные механические методы
2. Медикаментозные методы (утеротоники)
3. Хирургические методы
4. Другие методы

1. ВРЕМЕННЫЕ МЕХАНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, чтобы стимулировать маточные сокращения - это меры первого уровня в лечении послеродовых кровотечений. Они включают в себя:

- Наружный массаж матки
- Бимануальная компрессия матки
- Компрессия аорты
- Управляемая баллонная тампонада матки

Наружный массаж матки - это массаж матки через переднюю брюшную стенку. Он обычно проводится пока кровотечение не остановилось или матка не сократилась, и массаж следует начинать как только послеродовое кровотечение диагностировано. Массаж матки сразу после родов с одновременным выжиманием сгустков не рассматривается как лечебный массаж матки.

Бимануальная компрессия матки (Рис. 1).

Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки;

Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище.

Продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка начнет сокращаться.



Рис. 1 Бимануальная компрессия матки

Компрессия аорты (рис. 2).

Положить кулак прямо над пупком, слегка влево.

Другой рукой нащупать бедренный пульс, чтобы проверить достаточность сдавливания

Прямо через брюшную стенку надавить на брюшную аорту.

Необходимо наличие навыков выполнения данных манипуляций, так как они могут вызывать дискомфорт у пациентки и осложнения.



Рис. 2 Компрессия аорты

Управляемая баллонная тампонада

Благодаря управляемой баллонной тампонаде удается остановить раннее послеродовое кровотечение, с эффективностью более, чем в 90% случаев.

Существуют различные модификации катетеров для проведения баллонной тампонады матки (Bakri, Sengstaken-Blakemore, Жуковского и т.д.). Соответственно рекомендуется строго соблюдать инструкции по применению в зависимости от вида применяемого катетера.

Показания для применения: продолжающееся кровотечение (при кровопотере 500-700 мл), несмотря на введение утеротонических средств.

Условия для эффективного применения: наличие баллона, обученный медработник правильному применению.

ВАЖНО! При этом полость матки уже опорожнена от сгустков и возможных остатков последа, разрывы родовых путей, если они были, ушиты, т.е. полностью исключены/ликвидированы такие причины кровотечения,



Сенгстейкен – Блекмора трубка (Sengstaken-Blakemore tube)

Баллон Бэкри (Bakri balloon)

Баллонный катетер Жуковского

как ткань и травма, продолжается введение утеротоников, но кровотечение не купируется. Прежде чем перейти к хирургическому этапу лечения, следует произвести тампонирующее кровотокающей полости матки баллоном. Обычно для заполнения системы «баллон-резервуар» требуется 300-500 мл теплого раствора. **Следует вести учет расхода раствора!**

Механизм действия УБТ: прежде, чем перейти к механизму действия УБТ, следует вспомнить о механизме остановки кровотечения после отделения плаценты в норме. Как известно, в норме, сразу после отделения плаценты, просвет спиральных артерий, открывающихся на дне плацентарного ложа, смыкается мышечными пучками матки, что определяет начальную остановку кровотечения. Далее к этому механизму подключаются процессы тромбообразования, завершая формирование надежного гемостаза в сосудах плацентарной площадки. Таким образом, формирование тромбов не возможно без удовлетворительного сокращения матки. В тех случаях, когда сокращения матки недостаточны и поэтому кровотечение из спиральных артерий продолжается, условия для тромбообразования может создать стенка заполненного баллона в полости матки.

2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ (УТЕРОТОНИКИ)

являются необходимыми в лечении послеродовых кровотечений:

- Окситоцин - препарат первого выбора

Препараты второй линии:

- Эргометрин
- Карбопрост*
- Мизопролол
- **Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом.**
- **Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении.**

Окситоцин препарат первого выбора для лечения ПРК^[4, 5, 47].

Доза:

- внутривенная инфузия 20-40 МЕ в 1 литре жидкости со скоростью 60 капель/мин ИЛИ
- внутривенная инфузия 40 МЕ в 500 мл раствора кристаллоидов со скоростью 125 мл/ч

После введения окситоцина ожидайте быстрого сокращения матки.

Меры предосторожности: возможно отрицательное влияние на гемодинамику, включая выраженную гипотензию после инъекции окситоцина, поэтому в/в болюсно необходимо вводить медленно.

Эргометрин

Производные эргометрина рекомендованы для использования, если нет возможности применить окситоцин,

или, если кровотечение не останавливается после применения окситоцина.

Доза:

- Эргометрин – 0,2 мг или 0,5 мг внутривенно медленно или внутримышечно

Продолжение:

- Повторить 0,2 мг в/м через 15 минут
- Если необходимо, вводить 0,2 мг в/м или в/в медленно каждые 4 часа
- Максимальная доза: 5 доз (всего 1,0 мг)

Противопоказания: гипертензия, преэклампсии, болезни сердца!

Простагландины:

1. Карбопрост (простагландин F2)*

Простагландины рекомендуется вводить, если нет возможности использовать окситоцин или нет эффекта от его применения.

Доза

- 0,25 мг внутримышечно с интервалами не менее 15 минут
- Максимальная доза: 8 доз (всего 2 мг)

Меры предосторожности/противопоказания: бронхиальная астма

Нельзя вводить внутривенно, может привести к летальному исходу!

2. Мизопролол (простагландин E1)

Рекомендован для применения, если нет возможности использовать окситоцин или нет эффекта от его применения^[4, 5, 8, 27, 38, 48- 52].

Доза:

- 400-800 мкг под язык
- 1000 мкг ректально

Побочные эффекты: озноб, гипертермия, тошнота, рвота, диарея, аллергические реакции.

* **Примечание *** - данные препараты не зарегистрированы и не импортуются в Кыргызстан.

3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

если механические и/или медикаментозные методы не эффективны для остановки кровотечения, следует использовать хирургические методы скорее раньше, чем позже:

- Компрессионные швы (такие как В-Lynch или другие модифицированные методики компрессионных швов) (рис 3, 4, 5, 6.)
- Двусторонняя перевязка маточных артерий
- Двусторонняя перевязка внутренних подвздошных (подчревных) артерий
- Гистерэктомия

Сначала следует использовать хирургические методы, где есть возможность сохранить репродуктивную функцию, (компрессионные швы, перевязку маточных артерий, внутренних подвздошных артерий), затем следующий этап – субтотальная и/или тотальная гистерэктомия, если жизнеугрожающее кровотечение продолжается после перевязки сосудов^[4, 5, 8, 53- 59].

Выбор и последовательность хирургических методов зависит от^[60-62]:

- Опыта и квалификации врачей

Неотложные мероприятия при других причинах кровотечения:

«Т» – травма. Травмы родовых путей Кровотечение из видимых травм генитального тракта, или имеются основания подозревать разрыв матки, разрывы шейки матки, влагалища, промежности, травматический разрыв матки во время кесарева сечения, разрыв матки, выворот матки.	Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей. Лапаротомия при разрыве матки Коррекция выворота матки
«Т» – ткань Задержка тканей в полости матки. Дефект плаценты; видны оболочки в цервикальном канале. Если послед не выделяется в течение 30 минут после рождения ребенка, то у женщины следует диагностировать задержку отделения плаценты. Поскольку доказательства, подтверждающие или опровергающие это определение, отсутствуют, продолжительность периода времени, по окончании которого ставится данный диагноз, должна определяться на усмотрение врача.	Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях при позднем послеродовом кровотечении) При отсутствии кровотечения женщину следует наблюдать в течение еще 30 минут в дополнение к первым 30 минутам и лишь потом предпринимать попытки ручного отделения плаценты. Спонтанное выделение последа может произойти даже в отсутствие кровотечения. Таким образом, рекомендуется консервативный подход, а срок ручного отделения плаценты как окончательного метода лечения по усмотрению врача. Если после ручного отделения последа продолжается гипотоническое кровотечение рекомендуется УБТ.

- Индивидуального подхода с позиции будущей репродуктивной функции

4. ДРУГИЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Транексамовая кислота. Рекомендации для использования транексамовой кислоты при послеродовых кровотечениях основаны на данных литературы в области хирургии и травматологии, которые показали, что применение препарата является безопасным в лечении кровотечений, связанных с травматическим повреждением (см. приложение 1). Хотя доказательства противоречивы, существует точка зрения, что антифибринолитики редко применяются в управлении акушерских кровотечений^[63-65].

Транексамовая кислота рекомендована для лечения послеродовых кровотечений, если окситоцин и другие утеротоники оказались неэффективными для остановки кровотечения или предполагается, что кровотечение может быть отчасти обусловлено травмой, то для прекращения ПРК рекомендуется применять транексамовую кислоту^[6].

Рекомбинантный фактор VIIa (rFVIIa).

В условиях угрожающей жизни ПРК, и консультацией с гематолога, rFVIIa может быть использована в качестве резервной экстренной терапии когда другие препараты не эффективны. Доза составляет 90 мкг/кг, которые могут быть повторены в отсутствии клинического ответа в течение 15-30 минут.

Важно помнить, что рекомбинантный фактор VIIa не эффективен, когда есть гипофибриногенемия, тяжелая тромбоцитопения, ацидоз и гипотермия. Таким образом, обязательные условия для применения является: уровень фибриногена выше 1 г/л и тромбоцитов более 20 × 10⁹/л.^[42,66]

Роль рекомбинантного фактора VIIa при ПРК является спорным, потому что это может привести тромбозам^[67].

Также можно использовать препараты комбинирующие факторы свертывания крови, например протромбиновый комплекс.

Приложение №1

Мизопролол (PGE 1) является полезным для снижения кровопотери в условиях, когда окситоцин недоступен или противопоказан.

Систематический обзор обнаружил, что комбинация профилактического применения мизопролола и окситоцина был более эффективным, чем

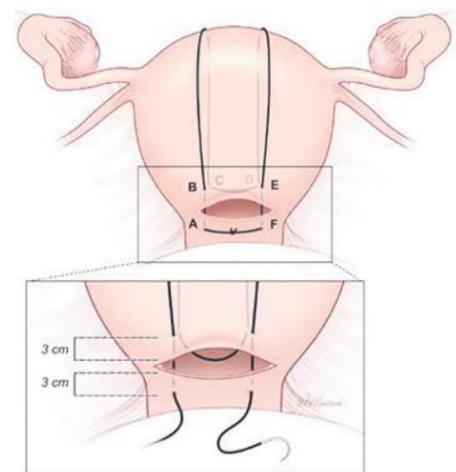


Рис 3 Компрессионные швы по В- Линчу

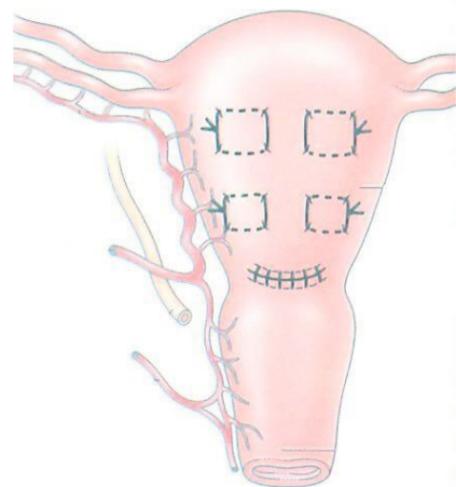


Рис 4 Компрессионные швы по Чо

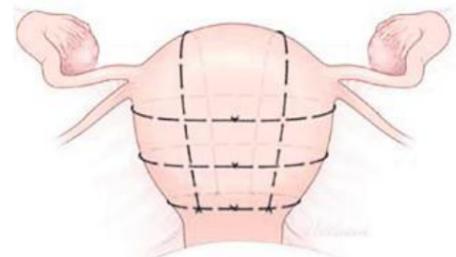


Рис 5 Компрессионные швы по Перейра

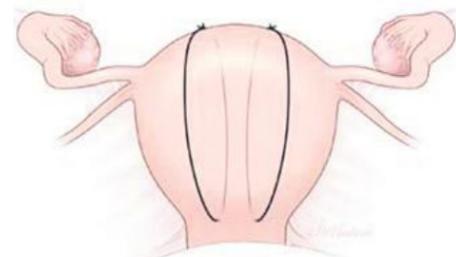


Рис 6 Компрессионные швы по Хайману

один окситоцин для снижения интраоперационной и послеоперационной кровопотери во время кесарева сечения.

Мизопростол (PGE 1) 400-600 мкг применяется сублингвально или 800-1000 мкг ректально, надо учитывать гипертермию при применении больших доз. На основании данных рандомизированных испытаний, разумные подходы включают в себя комбинацию 200 мкг перорально плюс 400 мкг сублингвально, или от 400 мкг до 800 мкг сублингвально. Сублингвальный путь имеет как быстрое начало (11 минут) и хорошую продолжительность действия (3 часа). Всемирная организация здравоохранения предлагает для лечения разовую дозу 800 мкг сублингвально [5]. Ректальное введение занимает больше времени для достижения максимальной концентрации в сыворотке по сравнению с перорального или сублингвального введения (от 40 до 60 минут против 30 минут). Наиболее часто используемые ректальные дозы 800 и 1000 мкг [48-52, 68].

Кристаллоидные растворы - следует переливать изотонические растворы кристаллоидов, чтобы предотвратить гипотонию (основная цель: поддерживать систолическое давление > 90 мм.рт.ст. и диурез на уровне > 30 мл / час) [38].

Быстрое вливание больших объемов кристаллоидов (н.: от 3 до 4 литров) может способствовать гемодилуцационной коагулопатии и электролитному дисбалансу, так что соответствующий мониторинг гематокрита, состояния свертывающей системы и электролитов имеет важное значение [39-41].

Компоненты крови

После введения от 2 до 3 литров кристаллоидных растворов, если гемодинамика не улучшится и потеря крови продолжается более 1500 мл рекомендуется переливание 2 единиц эритроцитарной массы (ЭМ) до получения результатов лабораторных исследований. Кроме того, при активном использовании заменителей плазмы важно помнить о развитии дилуцационной коагулопатии [69]. Банк крови должен иметь совместимые группы крови для переливания в экстренных ситуациях при возникновении акушерских кровотечений, и ликвидированы барьеры на пути быстрого доступа крови при необходимости [69,70].

Учреждения должны принять протокол переливания крови для пациентов с тяжелым кровотечением. Существует несколько протоколов, но в учреждениях должен быть начальный пакет для коррекции тяжелой кровопотери:

Начальный пакет для гемотрансфузий в соотношении 4:4:1 (состоящий из 4 единиц ЭМ, 4 единицы СЗП и 1 единица тромбоцитов), особенно для пациентов с нестабильными жизненно важными параметрами, ДВС-синдромом, или кровопотерей > 1500 мл [4, 38, 42].

Большинство рекомендаций придерживаются переливания ЭМ пациентам с уровнем гемоглобина менее 80 г/л. Рекомендуемый уровень гемоглобина 80 г/л, для переливания связана, что ниже этого уровня наблюдается нарушение гемостаза с низкой адгезией тромбоцитов, а также возникает ишемия миокарда [39, 71]. Когда уровень гемоглобина более 100 г/л, переливание редко производится [72]. В других реанимационных условиях по данным рандомизированных испытаний порогом для начала переливания являлся

Объем и соотношение инфузии в зависимости от степени кровопотери

Показатели	Степень тяжести кровопотери и стадии ГШ			
	I	II	III	IV
	Компенсированный	Легкий ГШ	Средний ГШ	Тяжелый ГШ
Кровопотеря (% ОЦК)	10-15	15-30	30-40	> 40
Объем кровопотери	< 750	1000-1500	1500-2000	> 2000
Лечение инфузотерапией и компонентами крови	Растворы кристаллоидов	Кристаллоиды (эритроцитарная масса + свежемороженая плазма)	Кристаллоиды (эритроцитарная масса + свежемороженая плазма)	Кристаллоиды и коллоиды (эритроцитарная масса + свежемороженая плазма + тромбоцитарная масса + криопрепитат + концентрированные факторы свёртывания крови)
Объем инфузии	300%	300%	300%	300%

уровень гемоглобина ниже 70 г/л [44]. Если уровень гемоглобина ниже 60 г/л трансфузия ЭМ показано независимо от причины и состояния пациента [73, 74].

Решение для переливания не должно быть сделано на основе оценки только гемоглобина, так как клинически стабильные женщины не требуют переливания крови, даже с уровнем Нв <70 г / л.

Когда уровень Нв <70 г / л в родах или в раннем послеродовом периоде, переливание крови показано только при наличии в анамнезе кровотечения или пациент склонен к кровотечению из-за сопутствующего заболевания [75, 76].

• Клиническая картина должна быть определяющим фактором для переливания крови, и время не должно быть потеряно в ожидании получения лабораторных результатов.

Важно подчеркнуть, что критически низкий уровень фибриногена не может быть нормализован, используя только СЗП без криопрепитата. Эти препараты должны применяться вместе с другими препаратами у пациентов, перенесших массивное переливание, имеющих серьезные коагулопатии.

Рекомендованное соотношение для переливания компонентов крови (ЭМ – СЗП - тромбоцитов) широко варьирует [44, 69, 71, 72]. Прагматичным подходом является 1 единица СЗП на каждые 2 единицы ЭМ [45, 46, 77, 78].

В мультисайтовом рандомизированном исследовании пациентов с тяжелой травмой и кровотечением, где сравнивали раннее введение плазмы, тромбоцитов, эритроцитов в соотношении 1:1:1 по сравнению с 1:1:2. Были получены следующие результаты - в группе в соотношении 1:1:2 было значительное увеличение доли пациентов, которые достигли гемостаза в течение 24 часов (86% по сравнению с 78%) и значительное снижение доли пациентов, которые были обескровлены (9,2% против 14,6%), без существенного увеличения осложнений связанных с гемотрансфузий (Н: острый респираторный дистресс-синдром, полиорганная недостаточность, венозная тромбоэмболия, сепсис) [77, 79-81].

Кроме того, женщины с известными факторами риска для ПРК не должны быть госпитализированы в больницы без банка крови на месте [4].

Антифибринолитики

Антифибринолитические средства ингибируют действие активатора плазминогена и его превращение в плазмин, обладают гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с фибринолизом. При генерализованном фибринолизе водится в разовой дозе 15 мг/кг массы тела каждые 6–8 часов, скорость введения 1 мл/мин. [82 - 86].

Не рекомендуется рутинное применение транексамовой кислоты, а только после использования и неэффективности всех основных вмешательств первого выбора.

Рекомбинантный фактор VIIa (rFVIIa) все более часто используется для остановки тяжелых кровотечений. В условиях угрожающей жизни ПРК, и после консультации гематолога, rFVIIa может, использоваться в качестве адьюванта в стандартных фармакологических и хирургических процедурах. Доза составляет 90 мкг/кг, которые могут быть повторены в отсутствии клинического ответа в течение 15-30 минут. Важно помнить, что у женщин с ПРК особенно с тяжелой гипофибриногенемией (фибриноген менее 1 г/л), тяжелой тромбоцитопенией (не менее 20 x 10⁹/л) рекомбинантный фактор VIIa терапевтически не действует [87 - 94].



Приложение №2

Критерии инфузионной программы [95]

1. Препаратами выбора при коррекции гиповолемии, являются кристаллоидные растворы.
2. Для адекватного обеспечения транспортной функции крови необходима эритроцитарная масса.
3. Доказанная или предполагаемая коагулопатия может служить поводом для вливания СЗП, криопрепитата.
4. Лекарственная терапия назначения вазоактивных препаратов: инотропных и вазопрессоров желательно назначать после восстановления объёма циркулирующей крови. Существует риск, что назначение этих препаратов может ухудшить перфузию и оксигенацию периферических органов.
5. Используются только согретые, теплые растворы (38 С).
6. Четкий контроль введенной жидкости (ведение гемодинамического

листа, сбор и подсчет флаконов), во избежание травмы объемом, и как следствие отека легких на низком АД.

Расчет оцк ведется по показателям массы тела умноженной на 7,7%. ОЦК = М тела *7,7 (с учетом роста ОЦК к концу беременности)

Приблизительный расчет ОЦК роженицы при нормальном течении беременности

- На 1кг массы тела приходится около 65 мл крови – если не беременная
- В конце беременности физиологически ОЦК увеличивается на 35-40%
- Пример расчета:** вес роженицы – 70кг, кровопотеря – 2500мл
- 70кг x 65мл = 4550мл ОЦК, если не роженица
- 4550 + 1365мл (физиологическое увеличение на 35% от 4550мл) = 5915мл ОЦК, если роженица
- 5915мл – 2500мл (кровопотеря) = Осталось 3415мл или 58% ОЦК
- Итого кровопотеря пациентки – 42% ОЦК, т.е. тяжелый шок

По данным RCOG физиологическое увеличение ОЦК при беременности, в перспективе расчет делается примерно 100 мл/кг (в среднем 70 кг женщины – ОЦК =7000 мл) [4].

Важные положения

- Кровопотерю надо рассчитывать процентами, а не миллилитрами, так как в зависимости от веса тела, женщины с одинаковой кровопотерей попадают в разные группы тяжести кровопотери, а от этого зависит инфузионная и трансфузионная тактика
 - Если объем кровопотери не известен, диагноз геморрагического шока устанавливается на основе клинических симптомов и показателей контролируемых жизненных функций и по стадии кровопотери ведется инфузионная и трансфузионная тактика [95].
- Смотреть таблицу «Стадии кровопотери и клинические симптомы развития геморрагического шока» и таблицу «Объем и соотношение инфузии в зависимости от степени кровопотери»

Расчет инфузионной программы (см. таблицы)

Скорость инфузии растворов зависит от темпа кровотечения не менее 1 литр за 15-20 мин. Начальный общий объём жидкости из расчета 3 мл на 1 мл кровопотери.

а. При кровопотере 1-2 степени - объем и скорость инфузии 60-80% от расчетного объема инфузии, объема, за первые два часа, остальное - за 4-6 часов.

б. При кровопотере 3-4 степени - 70% за первый час от расчетного объема инфузии, остальные - за 4 часа.

В каждом стационаре необходимо разработать схему привлечения дополнительного персонала в случае возникновения тяжелого кровотечения.

Система борьбы с ПРК

- Все необходимое оборудование и медикаменты для реанимации и лечения пациентов с послеродовым кровотечением должно быть в наличии и быстро доступно в родильном зале и акушерском отделении. Медицинский персонал должен начинать реанимационные мероприятия, НЕ дожидаясь прихода анестезиолога.
- Мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, позвать на помощь: опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта).
- Оценка объема кровопотери (продолжается до стабилизации состояния, см. таблицу «Определение объема кровопотери»)
- Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания). Мониторинг жизненных показателей продолжать вплоть до стабилизации состояния.
- Выделить сотрудника для постоянного ведения карты интенсивной терапии.

Система перенаправления.

Беременные с известными факторами риска для ПРК должны быть госпитализированы в учреждения, где имеется операционная и банк крови.

При возникновении кровотечения угрожающей жизни женщины транспортировка в другие лечебные учреждения запрещается, необходимо вызвать помощь на себя.

Индикаторы эффективности внедрения рекомендаций

Индикатор структуры 1. % обеспеченности клиническими протоколами/руководствами по ПРК, утвержденными МЗКР в организациях здравоохранения КР.

Индикатор структуры 2. % обученности медработников организаций здравоохранения по клиническому протоколу ПРК, утвержденными МЗКР.

Индикатор структуры 3. % обеспеченности и укомплектованности набора ЛС и ИМН по ПРК в организациях здравоохранения.

Индикатор процесса 4. % послеродовых гипотонических кровотечений, где использовались базовые мероприятия.

Индикатор процесса 5. % послеродовых гипотонических кровотечений, где использовался полный пакет мероприятий без гистерэктомии.

Индикатор процесса 6. % послеродовых гипотонических кровотечений, где использовался полный пакет мероприятий с гистерэктомией.

Индикатор процесса 7. % послеродовых гипотонических кровотечений с использованием перевязки сосудов и/или швов на матку, но без гистерэктомии.

Индикатор процесса 8. % послеродовых гипотонических кровотечений с использованием баллонной тампонады матки без гистерэктомии.

Индикатор процесса 9. % историй родов, осложнившихся геморрагическим шоком, где есть запись о проведении четкого контроля инфузионно-трансфузионной терапии (ведение гемодинамического листа, сбор и подсчет флаконов).

Индикатор 9. % историй родов, осложнившихся геморрагическим шоком, где есть запись о введении соответствующих объемов инфузии в течение первых 15 минут согласно алгоритму выполнения ОЦК.

Индикатор результата 10. Количество материнской смертности в результате массивного гипотонического кровотечения.

Список литературы в редакции

Приложение 3. Алгоритм действий. Реанимация, мониторинг, исследование и лечение должно происходить одновременно



ЛикоМаст



- Способствует нормализации гормонального баланса
- Защищает клетки от преждевременного старения
- Ликопин снижает риск развития рака молочной железы^{1,2}

1. Levy J, Bosin E, Feldman B, et al. Lycopene is a more potent inhibitor of human cancer cell proliferation than either alpha-carotene or beta-carotene. Nutr Cancer. 1995; 24(3):257-66.
 2. Nagasawa H, Mitamura T, Sakamoto S, Yamamoto K. Effects of lycopene on spontaneous mammary tumour development in SHN virgin mice. Anticancer Res. 1995 Jul-Aug; 15(4):1173-8

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарственным средством.

НА СЛУЖБЕ ЖЕНСКОЙ КРАСОТЫ

Ликопин - сильнейший среди антиоксидантов: Антиоксидантная активность Ликопина в 100 раз выше, чем у витамина E*

1 капсула ЛикоМаст содержит:

- **ликопин - 5 мг - оптимальная рекомендованная суточная доза**
- **Витамины:**
 - **А** ретинол (витамин А) 2500 МЕ
 - **Е** α-токоферол (витамин Е) 10 МЕ
 - **С** аскорбиновая кислота (витамин С) 50 мг
- **Микроэлементы:**
 - **Zn** цинка сульфата моногидрат 27,45 мг (экв. Zn 9,9 мг)
 - **Se** селена диоксида моногидрат 70 мкг (экв. Se 42,8 мкг)

Применение:

1 капсула 1 раз в день после еды, курс 3 месяца

30 капсул



Курсовой прием:
 - Создает дело ликопина
 - Устанавливает равновесие в системе антиоксидантной защиты.



Производитель: «Оксфорд Лабораториз Pvt. Ltd.», Индия. По лицензии: «Оксфорд Лабораториз Лтд.», Великобритания.



Флуимуцил: иммуномодулирующие свойства и эффективность в профилактике вирусных респираторных инфекций



Н-ацетилцистеин (N-АЦ, Флуимуцил) вошел в клиническую практику в 1960-х годах в качестве муколитического средства благодаря своей способности разрывать дисульфидные связи мукопротеинов слизи. Впоследствии выяснилось, что N-АЦ (Флуимуцил) обладает выраженной антиоксидантной активностью. Его антиоксидантные свойства обусловлены способностью свободных тиоловых групп N-АЦ взаимодействовать с активными формами кислорода, а также тем, что он играет роль предшественника глутатиона - ключевого фактора защиты от эндогенных и экзогенных токсических веществ. Поддержание адекватной концентрации глутатиона в межклеточной жидкости зависит от доступности цистеина, источником которого и служит N-АЦ, хорошо проникающий в клетки и нетоксичный, в отличие от активной формы цистеина. Поэтому показания к назначению N-АЦ (Флуимуцила) были расширены за счет состояний, сопровождающихся оксидативным стрессом, - хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), острого и хронического бронхита, респираторного дистресс-синдрома и некоторых сердечно-сосудистых заболеваний.

В ряде исследований была показана способность N-АЦ (Флуимуцила) уменьшать частоту и продолжительность обострений хронического бронхита. Такое действие объяснялось не только муколитическим эффектом и улучшением мукоцилиарного клиренса, но также антиоксидантной активностью и влиянием на бактериальную флору.

При вирусных инфекциях генерация свободных радикалов фагоцитами - важное звено воспалительного процесса и нарушений иммунного ответа. При гриппе основные симптомы связаны с поражением эпителиальных клеток респираторного тракта и выбросом провоспалительных медиаторов, которые запускают каскад реакций, направленных на элиминацию вируса. В то же время эти медиаторы - интерлейкины, интерферон- γ , фактор некроза опухоли (ФНО) - оказывают и ряд дополнительных локальных и системных эффектов. Так, астения и потеря аппетита при гриппе указывают на вовлечение ФНО, а продукция этого фактора фагоцитами под действием вируса усиливается в присутствии бактериальных липополисахаридов. Этот факт может объяснять

частые тяжелые осложнения при сочетании гриппа с бактериальной инфекцией.

Приведенные факты послужили основанием для использования антиоксидантов при вирусных инфекциях с целью противодействия оксидативно-му стрессу и иммунологическим нарушениям. В эксперименте на животных было показано уменьшение тяжести гриппа под действием N-АЦ.

Влияние N-АЦ (Флуимуцила) на частоту и тяжесть эпизодов гриппа и гриппоподобных заболеваний, а также на состояние иммунной системы было изучено в многоцентровом исследовании NACIS (N-acetylcysteine in Immune System), результаты которого представлены в настоящей публикации.

Дизайн исследования

В многоцентровое рандомизированное плацебоконтролируемое двойное слепое исследование включались пациенты с хроническими заболеваниями в возрасте до 65 лет, а также люди в возрасте >65 лет (независимо от наличия хронических заболеваний). При этом хронические респираторные заболевания служили критерием исключения (с целью избежать прямого влияния N-АЦ на респираторные симптомы), как и проведенная вакцинация от гриппа.

Из 262 человек, включенных в исследование, 78% были старше 65 лет. Группы N-АЦ и плацебо не различались по антропометрическим, социальным и клиническим характеристикам.

Пациентам назначали Флуимуцил (N-АЦ) в дозе 1200 мг/сут (в 2 приема) или плацебо на срок 6 мес (в эпидемический сезон - с октября по апрель). Доза Флуимуцила была выбрана с учетом клинических данных о его хорошей переносимости. Испытуемые продолжали плановое лечение фоновых заболеваний, однако был запрещен прием иммуномодуляторов, витаминов и антиоксидантов.

В дневниках пациенты отмечали гриппоподобные заболевания (ГПЗ) - появление хотя бы 2 симптомов из следующих: лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, слабость, потеря аппетита, головная боль, боль в мышцах или суставах, насморк, боль в горле, кашель. Врачебные осмотры проводились ежемесячно и при появлении симптомов. Тяжесть ГПЗ оценивалась суммой баллов: 2-3 - легкое,

4-5 - среднетяжелое, >5 - тяжелое, при этом каждый симптом соответствовал 1 баллу, лихорадка - 2 баллам.

Титр антител к актуальному штамму гриппа А определяли в сыворотке крови в начале и конце исследования. Сероконверсией считалось увеличение титра в 4 раза и более.

Иммунную реактивность анализировали в реакции клеточно-опосредованной замедленной гиперчувствительности (КОЗГ) методом аппликации на кожу 7 антигенов (*S. tetani*, *S. diphtheriae*, *Streptococcus* группы C, *P. mirabilis*, *Tr. mentagrophytes*, *C. albi cans* и туберкулина). В зависимости от выраженности и числа положительных проб через 48 ч реакцию КОЗГ оценивали как анергическую, гипергическую или нормергическую.

Результаты исследования

Частота и тяжесть ГПЗ

В группе Флуимуцила (N-АЦ) гриппоподобные заболевания возникали у значительно меньшего числа пациентов - 29%, чем в группе плацебо - 51% ($p < 0,001$). При анализе распределения ГПЗ по месяцам это различие между группами оказалось особенно выраженным и статистически достоверным в период сезонного пика заболеваемости - через 2-4 мес лечения (рис. 1).

Тяжесть ГПЗ также была достоверно меньше в группе Флуимуцила (рис. 2). Из 99 случаев ГПЗ в группе плацебо наблюдалось одинаковое число легких и среднетяжелых заболеваний, тогда как в группе Флуимуцила (N-АЦ) из 46 эпизодов ГПЗ большинство (72%) составляли легкие формы. Таким образом, при использовании Флуимуцила частота среднетяжелых ГПЗ достоверно снижается ($p < 0,02$).

Профилактическое действие N-АЦ (Флуимуцила) было более выраженным в отношении таких симптомов, как головная боль, миалгии/артралгии, насморк, боль в горле, кашель (рис. 3).

Дополнительным критерием служила продолжительность постельного режима во время ГПЗ. Она составила 1 день у 10 человек в группе Флуимуцила и у 2 - в группе плацебо, 2 дня - соответственно у 10 и 12 человек, более дней - у 3 и 22 человек. Из 10 человек, которым не потребовался постельный режим, 9 получали Флуимуцил. Таким образом, продолжительность пребывания в постели при ГПЗ была достоверно меньше в группе Флуимуцила.

Симптоматическое лечение не назначалось в 55% случаев ГПЗ, а в остальных наблюдениях применялись жаропонижающие препараты - с одинаковой частотой в группах. Антибиотики были назначены в 21 и 15% случаев ГПЗ в группах плацебо и Флуимуцила. Госпитализация за время исследования не потребовалась ни одному из пациентов.

Частота гриппа и сероконверсии

Клинически невозможно разграничить грипп от ГПЗ, вызванных другими возбудителями. Для этого определялась частота сероконверсии к актуальному штамму вируса гриппа - как достоверное свидетельство инфекции. Частота сероконверсии не отличалась между группами, составив 24% у принимавших плацебо и 29% - в группе N-АЦ (Флуимуцила). Однако клиническая картина заболевания среди инфицированных вирусом

(Продолжение на стр. 17)

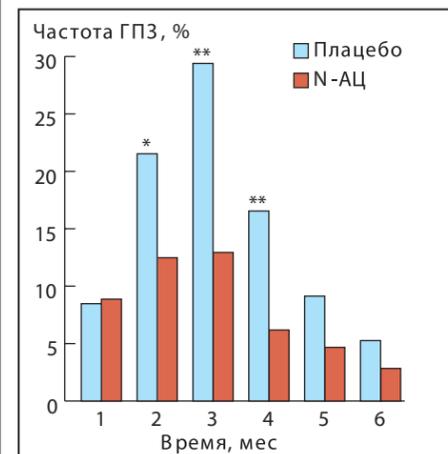


Рис. 1. Частота ГПЗ в группах плацебо и N-АЦ (Флуимуцила). * - достоверность различий между группами $p < 0,05$; ** - достоверность различий между группами $p < 0,01$.

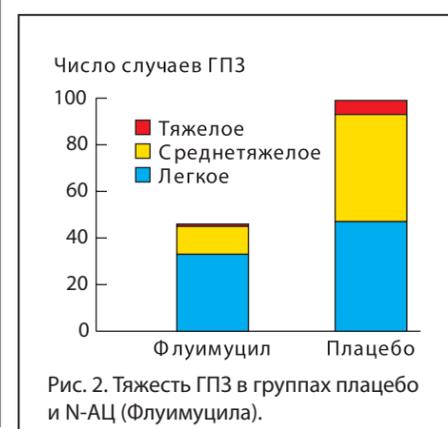


Рис. 2. Тяжесть ГПЗ в группах плацебо и N-АЦ (Флуимуцила).



KG.3.3796.04540-2016

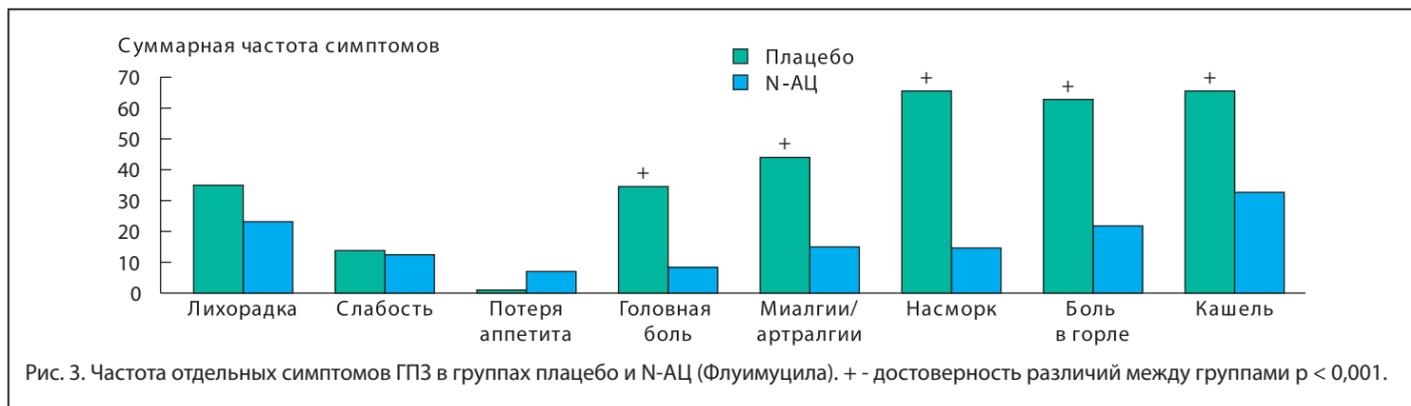


Рис. 3. Частота отдельных симптомов ГПЗ в группах плацебо и N-АЦ (Флуимуцила). + - достоверность различий между группами $p < 0,001$.

гриппа развивалась значительно реже в группе Флуимуцила (у 25%), тогда как в группе плацебо - у 79% ($p < 0,001$). Это означает, что прием Флуимуцила (N-АЦ) в 3 раза сокращает вероятность заболевания гриппом у инфицированных людей.

Среди не инфицированных вирусом гриппа пациентов (без сероконверсии) симптомы заболевания также наблюдались реже у получавших Флуимуцил (31%), чем в группе плацебо (42%), но это различие не было статистически достоверным.

Иммунная реактивность

В начале исследования группы не различались по иммунной реактив-

ности (распределению типов реакции КОЗГ). В группе плацебо распределение анергической, гипергической или нормергической реакции КОЗГ существенно не изменялось через 1, 3 и 6 мес наблюдения. В группе Флуимуцила (N-АЦ) наблюдалась достоверная активация клеточной иммунной реактивности в виде сдвига от анергической к нормергической реакции. К концу наблюдения анергическая реакция обнаруживалась у пациентов из группы Флуимуцила достоверно реже, чем в группе плацебо.

Комплаинс и переносимость

Комплаинс был признан вполне удовлетворительным - более 80% всех выданных доз приняли 93 и 94% пациентов в группах плацебо и N-АЦ.

Лечение Флуимуцилом (N-АЦ) в дозе 1200 мг/сут хорошо переносилось большинством пациентов, нежела-

тельные эффекты (НЭ) наблюдались у 9%, что достоверно не отличалось от группы плацебо (5%). Выбыли из исследования досрочно из-за НЭ 3 и 2% соответственно. Большинство НЭ составляли боли в эпигастрии, тошнота и рвота, запоры или диарея, по их частоте группы также не различались. Рутинные лабораторные показатели не претерпели существенных изменений за время наблюдения.

Заключение

Результаты исследования NACIS свидетельствуют, что профилактический прием Флуимуцила (N-ацетилцистеина) в течение эпидемического сезона приводит к выраженному снижению частоты гриппа и гриппоподобных заболеваний в группе высокого риска - пожилых людей с хроническими заболеваниями. Прием Флуимуцила сопровождается

также уменьшением тяжести заболевания, выраженности симптомов и продолжительности пребывания на постельном режиме. Подобное действие Флуимуцила (N-АЦ) объясняется его антиоксидантной и иммуномодулирующей активностью, что подтверждено клиническими данными об активации клеточного звена иммунной системы на фоне приема Флуимуцила.

Флуимуцил в дозе 1200 мг/сут при длительном приеме характеризуется хорошей переносимостью и может быть рекомендован для профилактики гриппа и гриппоподобных заболеваний, особенно у пожилых людей, пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями и других лиц, относящихся к группе высокого риска.

Подготовил к.м.н. Н.А. Вознесенский по материалам: De Flora S. et al. // Eur. Respir. J. 1997. V. 10. P. 1535.

DasMed Marketing & Consulting

DASMED - для Вашего успешного ведения бизнеса!

Маркетингово-консалтинговая компания DasMed была создана на базе фармацевтической компании Asian Med Trade, успешно осуществляющей свою деятельность в поставке инновационных и высокотехнологических лекарственных препаратов, БАДов и ИМН на территории Кыргызской Республики. Расширение сферы деятельности компании и оптимизации бизнес-процессов стали основанием выделения маркетинговых и консалтинговых услуг в отдельную компанию DasMed.

На сегодняшний день компания DasMed сотрудничает более чем с 30 зарубежными фармацевтическими компаниями на рынке Кыргызстана.

Компания DasMed оказывает полный спектр маркетинговых и консалтинговых услуг по введению и продвижению продуктов на рынке Кыргызстана.

Маркетинг:

- ✓ Анализ и мониторинг фармацевтического рынка Кыргызстана
- ✓ Разработка маркетинговой стратегии и позиционирования бренда
- ✓ Осуществление эффективного комплекса маркетинговых мероприятий
- ✓ Оценка и анализ маркетинговой деятельности и обеспечение обратной связи

Консалтинг:

- ✓ Услуги по регистрации лекарственных средств, БАДов, ИМН
- ✓ Переводческие услуги
- ✓ Юридические услуги
- ✓ Услуги по регистрации товарных знаков в регуляторных органах
- ✓ Брокерские услуги
- ✓ Рекрутинговые услуги

Контакты:

Компания DasMed

- 📍 Кыргызская Республика, 720043, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.
- ☎ Тел: +996 (312) 35 75 42;
- ✉ e-mail: dasmed.marketing@gmail.com



Наши партнеры

- Pharma Wernigerode
- Esparma
- Dentinox KG
- Merz Pharmaceuticals
- Novatex
- Zambon
- Fidia Farmaceutici
- CARLO BOLLINI
- ЯДРАН
- Deva-Holding
- Walmark
- ФЛУМЕД ФАРМ
- Фортекс
- Адифарм
- Медика АД
- Ветпром АД
- Фарма АД
- БИОКАД
- АКРИХИН
- ТНК СИЛМА
- МАРБИОФАРМ
- Эвер Нейро Фарма
- Кенди Фарма
- Данафа Фармасьютикал
- Мекофарм Кемикал
- Фарма Старт
- ВИВА ФАРМ
- Минскинтеркапс
- БЗМП
- Набикасим
- Oxford Laboratories

Комплексная терапия вирусной диареи у детей - первые результаты открытого сравнительного рандомизированного клинического исследования эффективности препаратов интерферона

А. В. Горелов, д.м.н., профессор, заведующий клиническим отделом инфекционной патологии, **А.А. Плоскирева**, **О.А. Литвинчук**, ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, **Л.В. Феклисова**, д.м.н., профессор, руководитель детского инфекционного отделения, **Е.Р. Мескина**, Детская городская клиническая больница Святого Владимира, **Е.В. Черняева**, старший медицинский эксперт, ЗАО «Биокад».

Введение

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детского возраста. В мире ОКИ ежегодно болеет более 1 млрд человек, из которых 65-70% составляют дети. На сегодняшний день в этиологической структуре ОКИ абсолютное большинство принадлежит вирусам (от 60 до 90%)^[10,15,16,17], среди которых наиболее часто встречаются норо-, рота-, астро-, сапо-, калици-, энтеро- и аденовирусы, а также смешанные вирусно-бактериальные ассоциации^[13]. Высокие показатели заболеваемости и смертности от кишечных инфекций у детей, отсутствие эффективных вакцин для проведения активной иммунопрофилактики, быстрое распространение устойчивости возбудителей ОКИ к препаратам стандартной терапии ставят на повестку дня необходимость поиска и разработки новых, безопасных и эффективных лекарственных средств и методов лечения^[1]. Определенный вклад в снижение эффективности терапевтических мероприятий при лечении вирусной диареи вносит частое ошибочное назначение антибактериальных препаратов, оказывающих негативное влияние как на микрофлору кишечника, так и на показатели иммунитета.

В настоящее время активно исследуются механизмы иммунологических сдвигов при инфекционных диареях у детей. Известно, что кишечные инфекции вызывают снижение фагоцитарной активности лейкоцитов^[2], числа CD3+ и CD4+ Т-лимфоцитов, уровня IgG при высоком содержании IgM^[3,4,5,6]. Установлено, что при ОКИ любой этиологии в первую очередь страдает местный мукозальный иммунитет кишечника, что выражается в снижении IgA(sIgA) и показателей фагоцитоза^[7]. По данным Михайловой Е.В. и соавт.^[8], ротавирусная инфекция характеризуется снижением активности комплемента, повышением концентрации циркулирующих иммунных комплексов и недостаточно выраженной стимуляцией Т-клеток, вырабатывающих ИФН у. Отсутствие активной продукции иммуноглобулинов в остром периоде заболевания

обуславливает массивное поступление вирусных антигенов в кровь и развитие тяжелых форм болезни^[8]. Согласно результатам исследования Серединой Е.Ю.^[9], показатели иммунного ответа до начала лечения ОКИ у больных детей характеризуются снижением абсолютного числа Т-лимфоцитов и их субпопуляций (особенно Т-хелперов 1 типа), В-лимфоцитов в сочетании с недостаточным уровнем sIgA и избыточным IgM, угнетением фагоцитарного звена иммунитета. В большинстве случаев клиническая картина ОКИ у детей протекает с явлениями острого гастроэнтерита, сопровождающегося выраженным эксикозом и интоксикационным синдромом. Многократная, порой неукротимая рвота зачастую создает существенные трудности как для проведения оральной регидратации, так и для перорального приема лекарств. Совокупность указанных факторов служит причиной нередкого назначения инфузионной терапии, выполнение которой у детей сопряжено с определенными трудностями (повышение инвазивности терапии, необходимость фиксации ребенка, дополнительный ятрогенный стресс и др.). Вовлечение в патологический процесс толстого кишечника наблюдается значительно реже^[8], что обуславливает возможность использования ректального пути введения. Дополнительным обоснованием этому служит богатая васкуляризация прямой кишки, способствующая быстрому попаданию лекарственного средства в системный кровоток и минимизирующая печеночный метаболизм.

Таким образом, определенные особенности функционирования иммунной системы у детей, а также определенные сложности доставки лекарственных средств диктуют необходимость введения в терапевтический алгоритм усовершенствованных препаратов, обладающих выраженной противовирусной и иммуномодулирующей активностью.

На современном этапе накоплен большой опыт местного применения различных форм ИФН-содержащих препаратов при терапии ОКИ у детей. Экзогенный ИФН а за счет нарушения процессов репликации вирусного

генома оказывает прямое этиотропное действие, способствует активации фагоцитарного звена иммунитета, повышает активность киллерных клеток, восстанавливает продукцию sIgA. Ректальное применение препаратов ИФН а обеспечивает простой, безопасный и безболезненный способ применения, что оказывается особенно ценным в педиатрии. По данным отечественных исследований установлено, что наличие диареи не является противопоказанием для назначения суппозиториев, напротив, сочетание местного и системного действия позволяет существенно повысить эффективность терапии.

По данным Кондрашина Ю.И. и соавт.^[11], практика применения суппозиториев с ИФН при изолированном и комплексном лечении ОКИ у детей подтвердила простоту и надежность этой лекарственной формы как для стационара, так и для поликлиник; показала достоверное повышение эффективности общепринятой терапии, в том числе, и в случаях осложненного течения заболевания, значительно сократив сроки выздоровления. Так, клиничко-лабораторная эффективность суппозиториев, содержащих комплексный иммуноглобулиновый препарат и ИФН а, в терапии инфекционных диарей была подтверждена в ходе исследований, проведенных на базе детского отделения Московского областного научно-исследовательского клинического института им.М.Ф.Владимирского и на кафедре детских инфекционных болезней Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск). Результаты свидетельствуют о сокращении продолжительности интоксикации и диарейного синдрома, а также значительном уменьшении выраженности воспалительных изменений в кишечнике (быстрое исчезновение слизи и примесей из стула, купирование водянистой диареи и ферментативных нарушений)^[11].

Согласно исследованию Мазанковой Л.Н.^[12], введение суппозиториев, содержащих ИФН а в комплексе с антиоксидантами, в стандартный алгоритм терапии ОКИ у детей (по 1 суппозиторию 2 раза в сутки в течение 5 дней)

способствовало более быстрому купированию симптомов инфекционного токсикоза и сокращению длительности диарейного и абдоминального синдромов. Кроме этого, у детей, получавших комбинированную терапию, определялось достоверно более быстрое снижение уровня провоспалительного цитокина - интерлейкина 6, повышение фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, sIgA и уровня индуцированного ИФН у.

Таким образом, результаты отечественных исследований свидетельствуют о том, что применение суппозиторных форм препаратов рекомбинантного человеческого ИФН а-2 в терапии ОКИ, в том числе сопровождающихся диарейным синдромом различной степени выраженности, не только возможно, но и оправдано ввиду наличия местных и системных иммунологических нарушений.

Генферон® Лайт (МНН: рекомбинантный человеческий ИФН а-2β+таурин, ЗАО «БИОКАД», Россия, ЛСР-005614/09) является одним из наиболее современных препаратов ИФН а в лекарственной форме суппозиториев. Введение в состав данного препарата незаменимой серосодержащей аминокислоты таурина не только сохраняет стабильность, но и потенцирует биологическую активность ИФН а, способствуя уменьшению медикаментозной нагрузки.

Эффективность препарата Генферон® Лайт в терапии различных инфекционных заболеваний у детей была доказана в ходе проведенных клинических испытаний, поэтому можно предположить, что включение данного лекарственного средства в базисное лечение вирусной диареи окажет необходимое этиопатогенетическое воздействие на основные звенья инфекционного процесса. Эта гипотеза стала основанием для проведения клинического исследования эффективности и безопасности данного лекарственного средства в комплексной терапии острых кишечных инфекций вирусной этиологии у детей, промежуточные результаты которого представлены в настоящей статье. Проведение клинического исследования продолжается в настоящее время.

Пациенты и методы

На момент написания статьи в исследовании завершили участие 28 человек в следующих исследовательских центрах:

- ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (главный исследователь - профессор, д.м.н. Горелов А.В.);
- ГУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница Святого Владимира» (главный исследователь - профессор, д.м.н. Феклисова Л.В.).

В клиническое исследование включались пациенты обоих полов в возрасте от 6 месяцев до 6 лет с клинически установленным диагнозом острой кишечной инфекции, продолжительность симптомов у которых на момент включения не превышала 48 часов. Диагноз ОКИ вирусной этиологии считался установленным при наличии, как минимум, 3 симптомов гастроэнтерита (диспепсия, тошнота, рвота, боли в животе, метеоризм, жидкий «водянистый» или без патологических



примесей стул), симптомов общей интоксикации, повышенной температуры тела, скудных катаральных явлений. Обязательным критерием включения было предоставление родителями ребенка письменного информированного согласия.

Критериями невключения считались: любое иммуномодулирующее лечение менее чем за месяц до включения в исследование, наличие тяжелого диарейного синдрома (частота стула >6 раз в сутки), гиперчувствительность к препаратам ИФНа или другим компонентам исследуемого препарата. Не допускались к участию больные с подтвержденным первичным иммунодефицитом, ВИЧ-инфекцией, имеющие сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и/или центральной нервной системы или иных заболеваний, которые, по мнению исследователя, могли оказать влияние на оценку результатов лечения. Тяжелое состояние пациента, требующее проведения реанимационных мероприятий, также являлось критерием невключения.

Данное клиническое исследование представляет собой открытое сравнительное рандомизированное клиническое исследование с активным препаратом сравнения. Включенные в исследование пациенты были рандомизированы в две группы - основную группу и группу сравнения.

Пациенты основной группы получали препарат Генферон® Лайт в дозе 125 000 МЕ ректально 2 раза в сутки в течение 5 дней параллельно патогенетической терапии. Пациенты группы сравнения получали симптоматическую терапию в сочетании с препаратом, содержащим рекомбинантный человеческий ИФН а в дозе 500 000 МЕ и комплексный иммуноглобулиновый препарат 60 мг, ректально 2 раза в сутки в течение 5 дней.

В соответствии со стандартами лечения, принятыми в исследовательских центрах, в состав симптоматической терапии входила пероральная или парентеральная (по показаниям) регидратация, соблюдение безлактозной и безглютенной диеты с ограничением углеводов, а также, по мере необходимости, спазмолитические и жаропонижающие средства.

Оценка состояния больного и наличия/отсутствия осложнений осуществлялись в следующие временные точки: на скрининг-визите, визите на 8 день и посредством телефонного контакта на 30 день.

При развитии осложнений ОКИ дальнейшее лечение проводилось по усмотрению лечащего врача. При этом факт развития осложнения и проводимая терапия регистрировались в исследовательской и первичной документации.

Результаты исследования

В исследование были включены дети обоих полов. Возраст участников

исследования составил от 6 месяцев до 2 лет 9 месяцев (медиана -11 месяцев [8,0-15,0 мес]). Часть больных до включения в исследование получала лечение по поводу кишечной инфекции: у 28,5% детей в обеих группах применялись нестероидные противовоспалительные средства с целью купирования лихорадки (ибупрофен, парацетамол), у 57,1% - энтеросорбенты (смектит диоктаэдрический, белая глина), у 10,7% - пробиотические препараты, у 3,5% - пероральные нитрофураны. 1 пациент (3,5%) получал антибактериальное лечение по поводу инфицированной раны десны.

Клиническая картина ОКИ у включенных больных была представлена диарейным синдромом, второй, проявлениями эксикоза I-II степени, лихорадкой и другими явлениями токсикоинфекционного синдрома (отсутствие аппетита, вялость, сонливость и др.), абдоминальным синдромом (боли в эпигастрии, околопупочной области) и признаками воспалительного процесса в кишечнике (вздутие живота, урчание по ходу кишечника, метеоризм). У 1 пациента определялись умеренные гемодинамические расстройства и у 3 - гепатомегалия (увеличение нижней границы печени до 2,5 см), у 1 пациента пальпировался край селезенки. Топика патологического процесса в абсолютном числе случаев клинически была представлена сочетанным поражением желудка и тонкого кишечника, и лишь у 17,8% больных ОКИ протекала в виде изолированного энтерита.

Абсолютное большинство больных (96,4%) на момент включения в исследование не имели дефицита массы тела, и у одного пациента группы сравнения определялось снижение массы тела, соответствующее гипотрофии I степени. Такой вывод был сделан на основании отсутствия у него признаков тяжелого синдрома эксикоза (т.е. дефицит массы не был связан с дегидратацией). Некоторые больные имели те или иные проявления атопического дерматита (10,7%), в связи с чем получали терапию с использованием пероральных антигистаминных средств. Показатели лихорадочного синдрома на момент включения у большинства больных (96,3%) не превышали фебрильных цифр, составляя в среднем 37,6°C [37,1-38,5°C].

Диарейный синдром в целом наблюдался у 80,7% больных. В первый день исследования в большинстве случаев он характеризовался повышением числа актов дефекации: так, медиана актов дефекации составила 4 раза в сутки. По консистенции обильный водянистый стул зарегистрирован у 21,4% пациентов, жидкий стул - у 46,4% больных (от общего числа включенных больных). Патологические примеси в кале (зелень, слизь) у больных с диареей определялись в 10,7% случаев. Рвота от 1 до 4 раз в сутки наблюдалась у 25% больных, при этом неукротимой рвоты не зарегистрировано ни у одного

Рисунок 1 Динамика купирования лихорадочного синдрома в группах

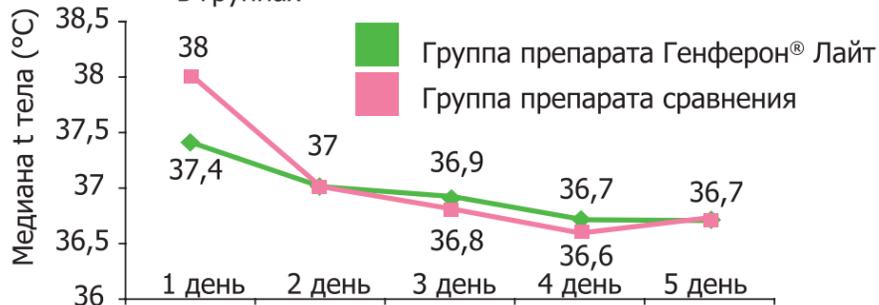


Рисунок 2 Потребность в инфузионной терапии в группах

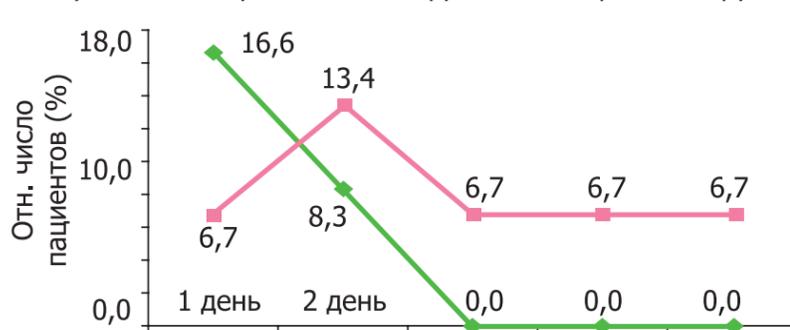


Рисунок 3 Учащенная дефекация у больных в исследуемых группах



пациента. Эксикоз 1-2 степени зарегистрирован у 28,6% пациентов, при этом у 1 больного диагностированы клинические признаки метаболического ацидоза (3,5%).

После прохождения процедур скрининга и получения письменного согласия родителей на участие ребенка в данном клиническом исследовании путем рандомизации, пациенты были разделены на 2 группы:

- Основная группа, исследуемым препаратом в которой являлся Генферон® Лайт - 13 пациентов;
- Группа сравнения, у пациентов которых был использован препарат, содержащий рекомбинантный человеческий ИФН а в дозе 500 000 МЕ и комплексный иммуноглобулиновый препарат 60 мг - 15 пациентов.

Первоначально в исследование было включено 28 больных, двое из которых досрочно завершили участие (оба пациента входили в основную группу). Один пациент выбыл в связи с назначением запрещенной терапии по поводу интеркуррентного заболевания (интраназальный ИФН по поводу ОРВИ), а второй в связи с комплаентностью менее 80% и отзывом родителями согласия на участие в данном клиническом исследовании (по личным причинам, не связанным с исследуемой терапией). В соответствии с протоколом клинического исследования, данные, полученные от этих больных, не учитывались при статистическом анализе результатов исследования. Таким образом, эффективность и безопасность исследуемой терапии определялась у 11 больных основной группы и 15 пациентов группы сравнения.

Лихорадка на момент включения у большинства больных (96,3%) не превышала фебрильных значений, составляя в среднем 37,6°C [37,1-38,5°C]. У 2 детей темпе-

ратура тела была нормальной, и лишь у 1 больного диагностирована высокофебрильная лихорадка (t тела 39,7°C).

В первый день исследования в группах отмечено различие в тяжести гипертермического синдрома: медиана температуры у больных основной группы составила 37,4°C [37,1-38,0°C], в группе сравнения - 38,0°C [37,3-38,6°C], однако статистически достоверного отличия не установлено (MW-test, p=1,0). При этом, у 1 пациента основной группы и 1 пациента группы сравнения лихорадка не регистрировалась вовсе. (Рис. 1)

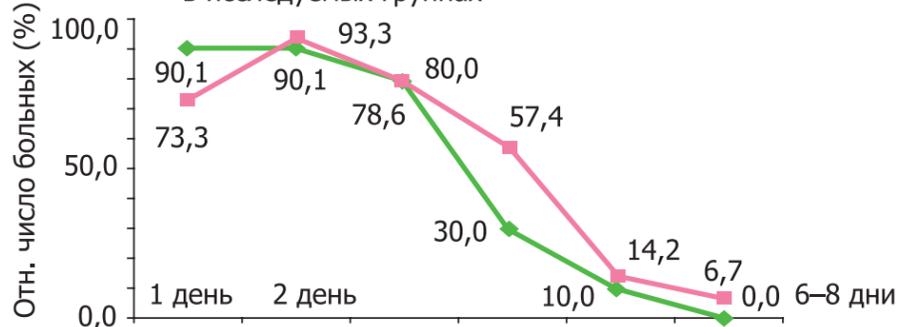
При проведении сравнительного анализа средних показателей температуры тела в зависимости от дня наблюдения статистически значимых различий установлено не было, однако обращает на себя внимание факт более частого возникновения так называемых «температурных свечей» в группе сравнения - в 26,6% (в основной группе - 9,1% (ТКФ, p=0,2739)).

Умеренная интоксикация (снижение двигательной активности, вялость, сонливость) в первые сутки наблюдения регистрировалась у 54,5% пациентов основной группы и 73,3% пациентов группы сравнения (ТКФ, p=0,281). В 2 наблюдениях в основной группе интоксикация была выраженной и у 1 больного сопровождалась явлениями метаболического ацидоза (кетацидоз), в 1 наблюдении в группе сравнения - гемодинамическими расстройствами.

Для купирования явлений интоксикации часть больных получала инфузионную терапию, потребность в которой полностью исчезла у пациентов в основной группе к 3 дню наблюдения. (Рис.2)

Эксикоз 1-2 степени при скрининг-осмотре был диагностирован у 30,8%

Рисунок 4 Патологическая консистенция стула в исследуемых группах



пациентов в целом: у 27,3% больных основной группы и 33,3% больных группы сравнения (ТКФ, $p=0,5428$). В течение первых двух суток экикок купировался у всех больных: на 1 сутки - у 66,6% основной группы и у 60% - группы сравнения, а на 2 сутки - у оставшихся больных (33,4% и 40%, соответственно). Статистически достоверных различий в скорости купирования этого синдрома не установлено.

Диарейный синдром на скрининге диагностирован у 80,8% пациентов. При этом в первые сутки после включения частота стула различалась (медиана - 4 раза в сутки), однако у всех больных характер стула был патологическим. (Рис. 3) Диарейный синдром купировался, в среднем, в течение 3-4 дней, и лишь у отдельных больных в обеих группах он сохранялся до 5 дня. При дальнейшем наблюдении на 6-8 сутки у одного больного группы сравнения зарегистрировано повторение диареи, стул при этом был жидким с примесью зелени и слизи, кратностью до 6 раз в сутки. Подобных явлений в основной группе не наблюдалось. При анализе частоты стула статистически достоверные различия между показателями в группах обнаружены на 5 день: в эти сроки в основной группе частота стула была нормальной у всех пациентов, тогда как в группе сравнения ее

увеличение наблюдалось в 33,3% случаев. Нормализация частоты стула в группе сравнения в 100% случаев зарегистрирована лишь на 6 день. (Рис. 4) Таким образом, нормализация консистенции стула в группах наступала в одинаковые сроки, при этом в основной группе отмечена выраженная динамика к более быстрому купированию диарейного синдрома (не наблюдалось повторных эпизодов диареи), тогда как в группе сравнения подобные явления наблюдались на 6-8 сутки у 6,7% больных. Нормализация частоты актов дефекации у больных основной группы наступала быстрее - к 5 дню.

Важные с клинической точки зрения гематологические изменения приведены ниже.

Лейкоцитоз от 9,2 до 13,7 $\times 10^9$ /л диагностирован у 5 пациентов основной группы. В 2 из 5 случаев он сопровождался сдвигом лейкоцитарной формулы влево, что может косвенно свидетельствовать о бактериальной или смешанной этиологии ОКИ. При повторном исследовании уровень лейкоцитов у них был нормальным.

Лейкоцитоз в группе сравнения на скрининге был диагностирован у 4 х больных, при этом уровень его составлял от 9,7 до 24,8 $\times 10^9$ /л, и лишь в 1 случае он сопровождался сегментоядерным сдвигом.

На 2 визите отмечено значимое снижение уровня лейкоцитов, однако, у двоих больных уровень лейкоцитов оставался повышенным (9,3 и 10,8 $\times 10^9$ /л).

В большинстве случаев показатели гемограммы в группах не имели существенных различий и соответствовали классической картине острого инфекционного процесса. Тем не менее, можно отметить факт более значимого снижения уровня лейкоцитов у больных основной группы, что может косвенно свидетельствовать о более выраженном противовоспалительном влиянии использованной у них терапии, однако это предположение требует дальнейшего изучения.

У всех пациентов, которым было осуществлено хотя бы одно введение исследуемых препаратов, проводился тщательный анализ безопасности.

По результатам наблюдения нежелательных явлений не зарегистрировано ни у одного участника данного клинического исследования ни в период активного лечения, ни в отдаленный период наблюдения. Более того, в данное клиническое исследование было включено 5 детей с различными по выраженности явлениями атопического дерматита. После рандомизации трое вошли в группу сравнения и двое - в основную группу. Применение исследуемой терапии ни в одном из случаев не повлекло за собой ухудшения в картине атопического дерматита или реализации какой бы то ни было другой аллергической реакции.

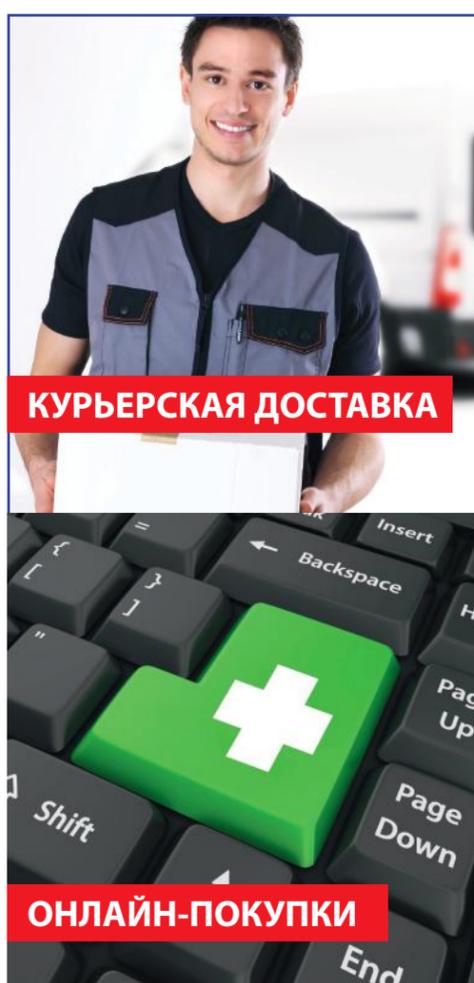
Приведенные выше данные свидетельствуют о безопасности исследуемых препаратов для детей в возрасте 6 месяцев до 6 лет, а также возможности их применения у пациентов с отягощенным анамнезом (в том числе, атопическим дерматитом). В период отдаленного наблюдения (день 9-30) проводилось наблюдение за паци-

ентами обеих групп, целью которого являлось выявление осложнений ОКИ и повторных ее эпизодов. Ни у одного пациента обеих исследуемых групп в указанный период не зарегистрировано случаев осложнений или повторных эпизодов ОКИ.

Выводы

В рамках проводимого нами клинического исследования установлена эффективность препарата Генферон® Лайт в комплексной терапии ОКИ у детей. Показано, что исследуемый препарат характеризуется широким профилем безопасности при применении у детей в возрасте от 6 месяцев, в т.ч. и у пациентов с отягощенным анамнезом. Не выявлено достоверных различий в эффективности исследуемых лекарственных препаратов, что позволяет сделать вывод об эквивалентности оказываемого ими терапевтического действия и дает основания полагать, что применение препарата, содержащего рекомбинантный человеческий ИФН α -2B в сочетании с таурином, способствует снижению уровня медикаментозной нагрузки на организм ребенка без потери эффективности проводимого лечения. Его использование сопровождается более выраженной тенденцией к купированию воспалительных изменений и явлений интоксикации, способствует быстрой нормализации стула у больных ОКИ и снижает потребность в проведении инфузионной терапии, однако для формирования убедительных выводов терапевтические эффекты обоих лекарственных препаратов должны быть изучены у большего числа больных.

Опубликовано: «Педиатрическая фармакология» №4 / ТОМ 8, 2011 г. Список литературы в редакции.



КУРЬЕРСКАЯ ДОСТАВКА

ОНЛАЙН-ПОКУПКИ



ОсОО «Неман-Фарм»

ИНТЕРНЕТ-АПТЕКА

Интернет-аптека является неотъемлемой частью ОсОО «Неман-Фарм». Используя современные возможности общения с покупателем, создан дистанционный канал продаж. В нашей интернет-аптеке можно приобрести безрецептурные лекарственные средства, изделия медицинского назначения и другие товары для здоровья. Интернет-аптека обеспечит быструю доставку в пределах столицы, и избавит Вас от необходимости ходить по аптекам в поисках нужного лекарства. Так же, товар Вы можете забрать самовывозом.

Преимущества интернет аптеки

1. Круглосуточная доставка по г. Бишкек
2. Гарантия качества товара
3. Широкий ассортимент
4. Приемлемые цены
5. 5% скидка пенсионерам и инвалидам.

Удобная оплата

1. Наличными
2. Оплата картами VISA и MasterCard
3. Оплата с помощью электронных кошельков Мобильник и Элсом

Контактные телефоны:

0312-68-91-41
0701-68-91-41
0778-68-91-41
0555-68-91-41

Сайт:

www.neman.kg

Электронный адрес:

sprav@neman.kg

График работы:

Круглосуточно

Этиопатогенетическая терапия неспецифического вагинита

Манухин И.Б. (ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ), Комлева Л.Ф., Панова И.А., Кузнецова Ю.Н., Башмакова Н.В., Линькова Ю.Н.

В настоящее время в гинекологической практике отмечается значительное увеличение частоты дисбиотических нарушений во влагалище и специфических вагинитов у женщин репродуктивного возраста. Данный факт, по всей видимости, связан с улучшением диагностических возможностей современных методов исследования (ПЦР–диагностика, культуральные методы). Нередко обнаружение условно–патогенной флоры является предпосылкой к необоснованному назначению антибактериальных препаратов, которые значительно усугубляют имеющиеся дисбиотические процессы во влагалище, а в последующем ведут к антибиотикорезистентности имеющейся флоры. Данный вопрос особенно актуален при обнаружении микоплазм в урогенитальном тракте женщин. Неправильная интерпретация полученных анализов и необоснованное назначение антибиотикотерапии нередко являются причиной возникновения так называемого «ятрогенного вагинита», требующего в дальнейшем проведения длительного лечения.

По современной классификации микоплазмы относятся к классу Mollicutes, выделяют по меньшей мере 11 видов микоплазм, патогенных для человека: *M. bucale*, *M. faucium*, *M. fermentans*, *M. hominis*, *M. incognitis*, *M. lipophilum*, *M. pneumoniae*, *M. orale*, *M. salivarium*, *U. urealyticum*, *M. genitalium*. Большинство из них колонизируют полость рта, глотку и верхние дыхательные пути. К группе урогенитальных микоплазм относятся: *M. hominis*, *M. incognitis*, *M. genitalium*, *M. fermentans* и *U. urealyticum*, вызывающие поражение мочеполовых органов [15]. Свойствами абсолютного патогена обладает *M. genitalium*, являющаяся причиной различных инфекционных осложнений со стороны урогенитального тракта у лиц обоего пола [13,22,25,27].

Некоторыми авторами обсуждается влияние микоплазмозов на развитие бесплодия, риск невынашивания беременности, преждевременных родов и перинатальных осложнений у плода, однако роль этих возбудителей в некоторых случаях остается сомнительной, т.к. наряду с микоплазмами выделяются другие возбудители – хламидии, вирусы простого герпеса, энтеровирусы, неспецифическая условно–патогенная микрофлора и др. В подобных случаях трудно определить место микоплазм в патологическом процессе, особенно когда акушерские и перинатальные осложнения возникают после проведенного, казалось бы, эффективного лечения [2,3,5,7,9,16,19,20,23,24].

Для урогенитальных инфекций, вызываемых микоплазмами, характерно отсутствие патогномичных клинических проявлений, что весьма осложняет диагностику и свидетельствует о необходимости применения методов лабораторной диагностики и получения эпидемиологических данных. Микоплазменные инфекции могут протекать остро, но чаще имеют хроническое стертое рецидивирующее течение. При этом характер патологического процесса в значительной

степени определяется состоянием местных и системных эффекторов иммунной системы, дисбаланс которых осложняет течение инфекции и служит предпосылкой развития рецидивов, несмотря на проведение этиотропной терапии. Способность оказывать значительное влияние на показатели местного и системного иммунного гомеостаза обусловлена низкой иммуногенностью и склонностью к антигенной мимикрии микоплазм, возможностью изменения рецепторного аппарата клеточных мембран, индуцированием фосфолипазной активности, ведущей к повышению уровня простагландинов и цитотоксическим эффектам, а также супрессией интерферонового статуса [8,18,26].

Вышесказанное актуализирует необходимость комплексного подхода в лечении неспецифических вагинитов, ассоциированных с микоплазменной инфекцией. В течение последних лет в гинекологической и урологической практике с целью повышения эффективности стандартных схем этиотропной терапии с успехом применяется современный представитель иммуномодулирующих лекарственных средств для местного применения – Генферон. Данный препарат является комбинированным лекарственным средством, содержащим интерферон человеческого рекомбинантный α -2b, таурин и бензокаин. Интерферон– α как важнейший неспецифический компонент реакций врожденного иммунитета оказывает не только выраженное противовирусное, но и антибактериальное действие благодаря активной иммуномодуляции вследствие усиления клеточно–опосредованных реакций иммунной системы, что повышает эффективность иммунного ответа в отношении чужеродных агентов.

Таурин благодаря выраженному антиоксидантному действию играет роль антиоксиданта, защищающего молекулу интерферона от действия активных форм кислорода. Ввиду наличия у таурина дополнительных терапевтических эффектов (противовоспалительного, противоотечного, репаративного, метаболического и др.) данный компонент лекарственной формы был отнесен к числу активных действующих веществ. Отдельного внимания заслуживает факт наличия у таурина (его монохлораминового производного TauNHC1) собственного иммуномодулирующего действия, которое обеспечивается иными по сравнению с интерфероном биологическими механизмами. В состав Генферона включен также бензокаин – местно–анестезирующее вещество, которое устраняет болезненные ощущения, зуд, жжение при обострении воспаления, не оказывая общего влияния на организм.

Имеющиеся научные данные свидетельствуют о высоком терапевтическом потенциале и широком профиле безопасности препарата Генферон, что послужило предпосылкой для изучения его эффектов в рамках терапии неспецифических вагинитов, ассоциированных с *M. hominis* и *U. urealyticum*, в комбинации со стандартным антибактериальным лечением.

Цель исследования.

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности применения препарата Генферон (ЗАО «Биокад», Россия) в составе комбинированной терапии вагинитов, ассоциированных с возбудителями класса Mollicutes.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели на базе пяти исследовательских центров было проведено двойное слепое рандомизированное плацебо–контролируемое сравнительное исследование в параллельных группах, в котором участвовали 80 женщин в возрасте от 18 до 52 лет с неспецифическим вагинитом, ассоциированным с *M. hominis* и/или *U. urealyticum*. Пациентки, лечившиеся в амбулаторных условиях, были рандомизированы в две равнозначные группы по 40 человек.

В 1–ю группу вошли 40 пациенток с верифицированным диагнозом неспецифического вагинита, ассоциированного с *M. hominis* и/или *U. urealyticum*, которые получали стандартную антибактериальную терапию (доксциклин в дозе 100 мг x 2 раза в сут. перорально в течение 10 дней) в сочетании с препаратом Генферон по 500 000 МЕ x 2 раза в сут. вагинально в течение 10 дней (параллельно стандартной терапии).

Во 2–ю группу вошли 40 пациенток с верифицированным диагнозом неспецифического вагинита, ассоциированного с *M. hominis* и/или *U. urealyticum*, которые получали стандартную антибактериальную терапию (доксциклин в дозе 100 мг x 2 раза в сут. перорально в течение 10 дней) в сочетании с плацебо x 2 раза в сут. вагинально в течение 10 дней (параллельно стандартной терапии). Плацебо представляло собой неотличимые по внешнему виду суппозитории, содержащие в своем составе все активные и вспомогательные компоненты оригинального препарата за исключением интерферона– α .

В рамках исследования было запланировано пять визитов. На скрининговом визите проводились: сбор демографических и клинических данных, анамнеза, сведений о сопут-



KG.1.3.206.02197-2014

ствующей терапии; физикальное и гинекологическое обследование; микроскопическое исследование мазка из влагалища; ПЦР–диагностика (на нуклеиновые кислоты *M. hominis*, *U. urealyticum*, вирус герпеса 1 и 2–го типов и *S. trachomatis*); культуральный метод диагностики, определение чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам; определение хорионического гонадотропина в моче с целью исключения беременности.

Выводы

1. Использование препарата Генферон в комплексной терапии неспецифических вагинитов, ассоциированных с обнаружением *M. hominis* и/или *U. urealyticum* в диагностическом титре, позволяет уменьшить признаки местных воспалительных и дисбиотических изменений в отдаленном периоде по сравнению с применением только стандартного антибактериального лечения.

2. Применение препарата Генферон в комплексной терапии неспецифических вагинитов позволяет уменьшить частоту возникновения вульвовагинального кандидоза, бактериального вагиноза, являющихся следствием сниженной неспецифической резистентности и дисбиоза влагалища, возникающих после курса антибиотикотерапии.

3. Использование Генферона в комплексной терапии неспецифических вагинитов характеризуется благоприятным профилем безопасности и хорошей переносимостью. Генферон может быть рекомендован к широкому применению в терапии неспецифических вагинитов в дозе 500 000 МЕ интравагинально 2 раза в сутки с 12–часовым интервалом в течение 10 дней параллельно стандартной терапии с использованием антибактериальных средств, чувствительность возбудителя к которым подтверждена данными культурального исследования.

Список литературы в редакции

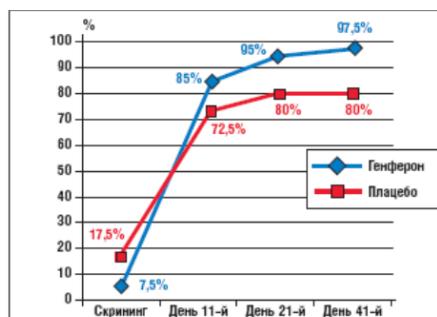


Рис. 2. Динамика обнаружения I или II степени чистоты влагалища при микроскопии мазка в исследуемых группах

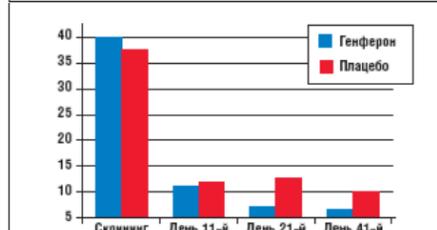


Рис. 1. Динамика средних значений количества лейкоцитов при микроскопии мазков в исследуемых группах

Интересные факты о крови

Интересные факты о крови человека многим не известны. А ведь эта драгоценная жидкость обеспечивает жизнедеятельность нашего организма! За сутки сердце взрослого человека перекачивает около 10 000 литров крови. И это достойно внимания. Предлагаем вам интересные медицинские факты о крови.

- ♦ Каждый час в организме человека происходит отмирание более 7 миллиардов клеток крови. Им на смену приходят новые, которые воспроизводит костный мозг и селезенка. Среднесуточный объем обновляемой крови равен приблизительно 25 граммам.
- ♦ Здесь же можно добавить интересный факт про костный мозг. Его вес составляет около 2,5 кг, но за 70 лет жизни человека он вырабатывает приблизительно 1000 кг лейкоцитов и 650 кг эритроцитов. Вот такой вот заводик!
- ♦ Средняя частота пульса здорового человека равна 60-80 ударов в минуту.
- ♦ Всем известно, что каждая часть или орган человеческого тела снабжается кислородом через кровеносную систему. Однако это не касается роговицы глаза. Именно роговица является уникальной «деталью» нашего организма, не имеющей кровеносной системы. Она обогащается кислородом, взятым прямо из воздуха и растворенным в слезах.

- ♦ Интересен факт, что 55% крови составляет плазма, а остальные 45% - клетки, которые перемещаются по кровеносной системе благодаря плазме. Это и эритроциты (в состав которых входит гемоглобин), и тромбоциты с лейкоцитами. К слову сказать, плазма на 90% состоит из воды.
- ♦ Разные группы крови были открыты только в 1930 году. За этот научный факт Нобелевскую премию получил Карл Ландштайнер.
- ♦ Интересный факт с кровью произошел в 2004 году. При прохождении теста ДНК преступник отвлек лабораторанта от процедуры, и тот взял кровь не из вены злоумышленника, а из имплантируемой в руку трубки, заполненной чужой кровью.
- ♦ В Австралии живет человек, по имени Джеймс Харрисон. Он известен как «Человек с золотой кровью». Дело в том, что в подростковом возрасте он перенес тяжелую операцию, вследствие чего пришлось искать 13 литров донорской крови. Осознавая, что это спасло ему жизнь, он дал слово с 18 лет начать регулярную сдачу крови в качестве донора.
- ♦ Очень скоро стало известно, что кровь Харрисона содержит уникальные антитела. За свою жизнь (а он родился в 1936 году и на момент 2016 года жив), он стал донором более 1000 раз. Интересен тот факт, что он попал в книгу рекордов Гиннеса, так как на основе

его крови изготавливались специальные препараты, спасшие жизни более 2 миллионов (!) младенцев.

- ♦ В Японии отношение к крови совершенно особенное. Жители страны восходящего солнца считают, что от группы крови зависит темперамент человека. Если у вас первая группа, это обозначает уверенность и твердую решительность в жизни, вторая – сосредоточенность на внутреннем мире и деталях, третья – смыслённость и честолюбие, четвертая – спокойствие и уравновешенность. Казалось бы, в чем тут особенность? Интересный факт заключается в том, что соискателя могут не принять на работу, если у вас не «та» группа крови. Однако!
- ♦ В Испании существует древнее национальное развлечение – Коррида. В боях быков матадоры показывают быку красную тряпку, доводя его до бешенства. Большинство людей считают, что бык реагирует на цвет ткани. Но суть заключается в том, что быки цвета практически не различают, поэтому реагируют они вовсе не на цвет, а на навязчивое покачивание полотна возле своих глаз. Красный же цвет выбран для того, чтобы кровь быка, в процессе боя, была не заметна зрителям.
- ♦ Многие знают, что если морскую ракушку приложить к уху, то можно услышать звук моря, и даже крики продавцов, бредущих по знойному пляжу. :) На самом деле мы слышим отражающиеся от ушной раковины звуки окружающей среды, а также элементы работы нашего организма. Один из них – это движение крови по сосудам. Интересен тот факт, что прислонив ладонку к уху, вы получите тот же самый эффект.
- ♦ В Антарктике существует множество необычных вещей. Так ледяные рыбы обладают совершенно бесцветной кровью. Наверное, вы догадываетесь, что в ней просто нет гемоглобина, который придает плазме привычный цвет крови. Это нужно антарктическим белокровкам для того, чтобы выживать в воде, температура которой ниже точки замерзания.



Человеческое тело состоит из 96 000 километров кровеносных сосудов. Невероятно, но этого хватило бы, чтобы обмотать Землю дважды.

- ♦ Известен также ужасающий факт, что в начале 1980-х годов компания Bayer продавала фармацевтические препараты, сделанные из крови, содержащей ВИЧ. Вследствие этого во всем мире было заражено около 10 000 человек. После обнаружения смертельной халатности, препарат был снят с продажи в США, однако в другие страны поставка дорогостоящего вещества продолжалась. Ведь это деньги, как-никак!
- ♦ А этот интересный факт о крови очень необычен. Знаете ли вы, почему на морозе мы начинаем шмыгать носом? Дело в том, что организм заботится о сохранении тепла в носу, путем поставки туда большего количества крови. От этого сосуды носовой полости расширяются, что приводит к большему выделению слизистых выделений.
- ♦ Немного противных вещей. Всем знаком цвет гноя. Но интересно, откуда эта жидкость вообще берется? Оказывается, что смотря на гной, мы видим белые клетки крови, которые погибли, мужественно сражаясь с инфекцией. Так что честь и уважение павшим!
- ♦ Наверняка вы знаете, что комары некоторых людей прямо таки съедают, а на других даже не садятся. Это обусловлено тем, что носители первой группы крови больше всего нравятся комарам. Имейте в виду!
- ♦ В автомобиле президента США всегда имеется дополнительное топливо, тормозная жидкость, автомобильное масло и... запасная кровь действующего президента. Как говорится, на всякий случай!
- ♦ Последний факт очень забавный, на наш взгляд. Дело в том, что в древнем Египте фараоны не пили вино из-за его внешней схожести с кровью. Считалось, что это кровь тех, кто боролся с богами, чем и объяснялась временная невменяемость людей, употребляющих вино.

ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ



До VII века центром кровообращения считали печень и другие органы. В 1616 году врач Уильям Гарвей заявил, что центром является сердце.

Венозная и артериальная кровь никогда не смешиваются.

Если капилляры человека расплести и вытянуть в одну линию, то ее длина составит от 40 000 до 100 000 км.

Капилляр в 50 раз тоньше человеческого волоса.

Сердце среднего взрослого человека весит 300 граммов (в среднем, как 2-3 яблока).

У мужчин сердце бьется с частотой около 70 ударов в минуту, у женщин – около 80.

За час сердце перекачивает порядка 350 литров крови.

Время прохождения крови по большому кругу кровообращения составляет 23-27 секунд.

Кругооборот крови в малом круге кровообращения происходит за 4-5 секунд.

За сутки кровь человека проходит около трех тысяч кругов.

ПРИТЧИ

Все богатство за час жизни

Один скряга накопил пятьсот тысяч динаров и уже рассчитывал целый год жить ни в чём себе не отказывая. Перед тем, как решить во что вложить деньги, вдруг неожиданно перед ним появилась Смерть и стала тащить за собой.

Человек умолял, упрашивал, приводил тысячи аргументов для того, чтобы Смерть позволила ему пожить ещё немного, но она и слышать ничего не хотела.

— Дай мне пожить ещё хоть три дня, и я отдам тебе половину моего богатства, — молил человек.

Смерть, казалось, не слышала его и продолжала тащить за собой.

— Ну, хорошо, дай мне только один день, и я отдам тебе всё, что заработал непосильным трудом за все эти годы.

Смерть была неумолима. Человеку удалось всё-таки выбить себе только одну маленькую уступку во времени, чтобы написать записку:

«Нашедшему эту записку: если у тебя есть деньги на достойную жизнь,

не теряй времени даром на погоню за богатством. Живи! Мои пятьсот тысяч динаров не помогли мне купить даже одного часа жизни!»

Руки бога

Молодой монах и его наставник ехали через пустыню. Наставник пользовался каждым моментом их поездки, чтобы учить послушника вере.

— Верь в Бога, — говорил он. — Бог никогда не покидает своих детей.

Вечером в лагере наставник попросил, чтобы ученик привязал коней к ближайшему камню. Ученик отправился к камню, но вспомнил, что ему говорил учитель. «Должно быть, он проверяет меня, — подумал он. — Я должен вверить лошадей заботам Господа». И он оставил коней несвязанными.

Наутро ученик увидел, что лошади исчезли. Взбунтовавшись, он вернулся к учителю.

— Вы ничего не знаете о Боге! — воскликнул он. — Я оставил лошадей на Его попечение, а теперь животные пропали.

— Бог хотел позаботиться о лошадях, — ответил учитель. — Но для этого ему были нужны твои руки, чтобы их привязать.

Задержка посла

В далёкую страну был отправлен посол с мирным соглашением, которое должно было быть подписано. Но посол решил получить выгоду от того, что ещё никто не знает о том, что две страны собираются подписать мирное соглашение. Он рассказал своим друзьям о цели своей поездки, а те, в свою очередь, попросили его не торопиться с поездкой. Они, воспользовавшись этой информацией, изменили свою коммерческую стратегию и заключили выгодные сделки.

Когда, наконец, посол отправился в поездку, было уже слишком поздно для того соглашения, которое он должен был доставить. Разразилась война, которая разрушила как планы его государства, так и планы тех людей, которые задержали посла.

Учитель сказал: «В нашей жизни есть только одна важная вещь — это

жить своей собственной судьбой — миссией, которая нам суждена. Но мы всегда нагружаем себя ненужными заботами, которые разрушают наши планы».

Отказ

— Взгляни на этого скромного святого человека, переходящего дорогу, — сказал один бес другому. — Я думаю пойти и завоевать его душу.

— Он не послушает тебя, поскольку он озабочен только святыми вещами, — сказал его компаньон.

Но дьявол в своей обычной деловой спешке оделся как ангел и оказался перед святым человеком.

— Я пришёл помочь тебе, — сказал он.

— Вы, должно быть, спутали меня с кем-нибудь, — ответил святой человек.

— Я ничего не сделал в своей жизни, чтобы заслужить внимание ангела.

И он продолжил свой путь, так не узнав, от чего он отказался.



АлфаВит® – разумный выбор витаминов

В жизни человека витамины и минералы играют неслучайно важную роль. Без них немаловажна полноценная работа человеческого организма. Благодаря витаминам и минералам происходит обмен веществ, улучшается работа иммунной системы, усиливается сопротивляемость организма различным заболеваниям, а также замедляются процессы старения.

Стоит особенно подчеркнуть последствия дефицита витаминов в организме человека. Из-за их недостатка может возникнуть ряд проблем и множество заболеваний, иногда даже очень серьезных. Поэтому нужно всегда думать о витаминах и минералах, грамотно составляя свой рацион, принимать специально подобранные комплексы, которые обеспечат организм всеми необходимыми полезными веществами.

Нужно заметить, что витамины не синтезируются в организме человека и практически все поступают с пищей. Каждый продукт растительного или животного происхождения богат одними биологически активными веществами, а других может не содержать вовсе, поэтому пища должна быть разнообразной. Но даже самый полноценный рацион не способен обеспечить организм всем необходимым, особенно при длительной болезни, при интенсивном росте или во время беременности. Поэтому специалисты рекомендуют дополнительно принимать витаминно-минеральные комплексы.

Серия **АлфаВит®** – это первые в мире витаминно-минеральные комплексы, созданные с учетом научных рекомендаций по разделному и совместному приему полезных веществ. Такой подход обеспечивает их более полное усвоение и гипоаллергенность.

АлфаВит® – это витаминно-минеральные комплексы нового поколения,

так как при их создании впервые были учтены научные рекомендации по разделному и совместному приему полезных веществ.

Идея витаминно-минеральных комплексов серии **АлфаВит®** возникла при изучении многочисленных исследований, посвященных совместному усвоению витаминов и минералов. Вот некоторые из этих работ:

– Vannucchi H. Interaction of vitamins and minerals // Arch. Latinoam. Nutr. 1991 Mar; 41 (1): 9-18.

– Kubena K.S., McMurray D.N. Nutrition and the immune system: a review of nutrient-nutrient interactions // J. Am. Diet. Assoc. 1996 Nov; 96 (11): 1156-64; quiz 1165-6.

– Sandstrom B. Micronutrient interactions: effects on absorption and bioavailability // Br. J. Nutr. 2001 May; 85 Suppl 2: S181-5.

– He P., Li X.Y. Study on the interaction between water-soluble vitamins by the «three-point-test» of differential scanning calorimetry // Yao Xue Bao. 1992; 27 (8): 618-23.

– Nadiger H.A., Krishnan R., Radhaiah G. Studies on interactions of vitamin E with thiamine, niacin and vitamin B12 // Clin. Chim. Acta. 1981 Oct 8; 116 (1): 9-16.

Как показали данные работы, польза от одновременного приема нескольких микронутриентов отличается от эффекта, который организм получает, когда эти же вещества поступают по-отдельности. После сравнительных исследований учеными были даны рекомендации принимать отдельно примерно 25 пар микронутриентов. Оказалось, чтобы учесть эти рекомендации, достаточно разделить все полезные вещества на три приема.

В обычных витаминно-минеральных комплексах, состоящих из одной таблетки, реализованы только рекомендации по совместному приему. Возможности разделного поступления



в организм полезных веществ в таких комплексах не существует.

В **АлфаВите®** обеспечены оптимальные условия для усвоения полезных веществ. В результате:

- вероятность аллергических реакций сведена к минимуму;
- витаминная профилактика эффективнее в среднем на 30-50 %.

Факты, лежащие в основе рекомендаций ученых: совместный прием ряда микронутриентов приводит к снижению их эффективности.

Например:

1. Кальций и железо

Одновременный прием кальция и железа приводит к уменьшению всасывания железа на 45,2%.

2. Фолиевая кислота и цинк

Цинк способствует снижению всасывания фолиевой кислоты, а фолиевая кислота в свою очередь ускоряет выведение цинка из организма.

3. Марганец и железо

Марганец снижает степень усвоения железа на 40 %, хотя действие марганца может варьироваться в зависимости от присутствия других нутриентов и формы железа.

4. Витамин B12 и железо

В присутствии железа витамин B12 может терять до 30 % своей активности.

5. Железо и цинк

Повышенные дозы цинка по сравнению с железом (5:1) снижают усвоение железа на 56%.

Перечисленными примерами не ограничивается весь спектр рекомендаций по разделному приему витаминов и минералов. В настоящий момент известно более 20 пар нутриентов, которые желательно принимать отдельно. **АлфаВит®** дает возможность осуществлять такой прием.

Кроме того, одновременный прием некоторых витаминов и минералов может стать причиной реакций аллергического типа.

Аллергические реакции могут развиваться при приеме витаминов и витаминopodobных веществ. Наиболее разнообразны по форме и тяжести аллергические реакции, вызываемые витаминами группы B (B1, B2, B6, B12).

Например: витамин B1 может вызывать аллергические реакции даже при приеме в обычных профилактических дозах. Витамин B12 усиливает аллергическое действие витамина B1.

Развитие анафилактического шока описано при парентеральном введении витаминов C, B1.

Витамин C, особенно в присутствии железа, меди, витамина B1, может окислять витамин B12 и превращать его в бесполезные или антагонистические аналоги. Поэтому нужно принимать отдельно витамин B12 и C, а также избегать сочетания B12 и B1, а витамина B12 в свою очередь с железом и медью.

Таким образом, **АлфаВит®** – это витаминно-минеральные комплексы, разработанные с учетом научных рекомендаций и в которых:

1. Суточная норма витаминов и необходимых минералов разделена на 3 таблетки.
2. Каждая таблетка содержит только совместимые компоненты.
3. Таблетки принимают с интервалом 4-6 часов. За это время витамины и минералы, входящие в состав каждой таблетки, полностью усвоятся и не будут взаимодействовать с компонентами следующей.



Принимайте разумные решения при выборе витаминов!!!

ФЛУРОФЕН

ибупрофен 100 мг/5 мл

- ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЕ
- БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ
- ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО

от 3
месяцев жизни

Европейское качество
по ДОСТУПНОЙ ЦЕНЕ

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Возраст (масса тела)	Разовая доза	Максимальная суточная доза
3-12 месяцев (5-9 кг)	2,5 мл	3 раза по 2,5 мл
1-3 года (10-15 кг)	5,0 мл	3 раза по 5,0 мл
4-6 лет (16-20 кг)	7,5 мл	3 раза по 7,5 мл
7-9 лет (21-29 кг)	10,0 мл	3 раза по 10,0 мл
10-12 лет (30-40 кг)	15,0 мл	3 раза по 15,0 мл

Прием можно повторять каждые 6-8 часов.
Не превышать максимальную суточную дозу.



Reg. № КС. 1.3.664.03.588-2015

Производитель:

000 «Флумед-Фарм», Республика Молдова

Эксклюзивный дистрибьютор
в КР – ООО Asian Med Trade,
г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1,
Тел: +996 (312) 35-75-42,
www.amt.kg



СОСТАВ

5 мл суспензии содержит:

Действующее вещество: ибупрофен 100 мг;

Вспомогательные вещества: полисорбат 80, глицерин, мальтит жидкий (E965), сахарин натрия, кислота лимонная моногидрат, натрия цитрат, ксантановая камедь, натрия хлорид, ароматизатор пищевой апельсиновый, натрия бензоат (E211), вода очищенная.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ: Симптоматическая терапия повышенной температуры тела, включительно поствакцинальных реакций и более умеренной интенсивности, такие как боли в горле, боли при прорезывании зубов, зубная боль, ушной боли, головной боли и боли при вывихах.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: При применении ибупрофена в максимальной дозе 1200 мг в день, при кратковременных применениях, были представлены следующие побочные действия: **Со стороны гематологической и лимфатической системы.** *Очень редко:* нарушения гемопоэза, гемолитическая анемия; **Со стороны иммунной системы.** *Нечастые:* неспецифические аллергические реакции с крапивницей и зудом. *Очень частые:* Тяжелые реакции гиперчувствительности: анафилаксия, ангионевротический отек или шок, который вызывает такие симптомы, как отек лица, языка и гортани, одышка, тахикардия, гипотония, бронхальная гиперреактивность. У пациентов с аутоиммунными заболеваниями во время лечения ибупрофеном, были зарегистрированы единичные случаи с симптомами асептического менингита, такие как ригидность затылочных мышц, головная боль, тошнота, рвота, лихорадка или потеря ориентации. Пациенты с красной системной волчанкой или другими аутоиммунными заболеваниями, представляют повышенный риск проявления реакций гиперчувствительности. **Со стороны нервной системы.** *Нечастые:* головные боли. *Очень редко:* единичные случаи асептического менингита. **С неизвестной частотой:** головокружения, нарушение слуха и зрения. **Со стороны сердечно-сосудистой системы.** Зарегистрированными побочными действиями в связи с приемом НПВП являются отек, сердечная недостаточность, стенокардия. **Со стороны пищеварительной системы.** *Менее редко:* абдоминальные боли, тошнота и диспепсия. *Редко:* диарея, метеоризм, запор и рвота. *Очень редко:* язвенная болезнь, перфорация или желудочно-кишечное кровотечение, мелена, рвота кровью, иногда со смертельным исходом, особенно у пожилых людей, язвенный стоматит, гастрит, обострение симптомов язвенного колита и болезни Крона. **Со стороны почек и мочевыводящих путей.** *Очень редко:* острая почечная недостаточность, папиллярный некроз, особенно при длительном лечении, ассоциированная с повышением мочевины в крови и отёками. **Со стороны печёчно-желчных путей.** *Очень редко:* печёночные поражения. **Со стороны кожи и подкожной клетчатки.** *Нечастые:* различная переходящая сыпь. *Очень редко:* могут возникнуть тяжёлые кожные реакции, такие как буллёзные реакции, включая синдром Стивенса-Джонсона, мультиформная эритема и токсический эпидермальный некролиз. **С неизвестной частотой:** пурпура.

Длительное назначение ибупрофена, для лечения хронических заболеваний, может определить дополнительные побочные эффекты.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ: **Беременность.** Ингибирование синтеза простагландинов может оказать негативное влияние на течение беременности и / или развитию эмбриона / плода. На протяжении первого и второго триместра, ибупрофен не следует использовать, если только это абсолютно необходимо.

В третьем триместре беременности, все ингибиторы синтеза простагландинов могут подвергнуть плод к: сердечно-легочной токсичности, нарушению функции почек, которое может прогрессировать к почечной недостаточности с маловодием; мать и новорожденного, в конце беременности к: возможности продления времени кровотечения, анти-агрегированному эффекту, который может возникнуть даже при очень малых дозах, снижению темпов сокращения матки, с задержкой или увеличением периода родов. Как следствие, ибупрофен противопоказан в последнем триместре беременности.

Период грудного вскармливания. Ибупрофен попадает в грудное молоко, но с терапевтическими дозами при недлительном лечении, риск причинения вреда ребенку кажется маловероятным. Однако, если рекомендуется длительное лечение, следует учесть необходимость прекращения грудного вскармливания.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- гиперчувствительность к ибупрофену или к любому из вспомогательных веществ
- анамnestические аллергические реакции к ацетилсалициловой кислоте или другим противовоспалительным нестероидам (НПВП), например, бронхиальная астма, риносинусит, отек Квинке или крапивница
- активная желудочно-кишечная язва/активное кровотечение или рецидив желудочно-кишечной язвы/повторяющиеся кровотечения (два или более отдельных установленных эпизодов язвы или кровотечения)
- кровотечения или перфорация в анамнезе, связанная с приемом НПВП
- явное обезвоживание (вызванное рвотой, диареей или недостаточным потреблением жидкости)
- церебро-сосудистое кровотечение или другое активное кровотечение
- нарушение гемопоэза неизвестной этиологии
- почечная, печёночная или тяжёлая сердечная недостаточность
- последний триместр беременности.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА: Без рецепта врача.

НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

10-12 апреля 2018

ВЫСТАВКИ

ПРИГЛАШАЕМ
ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ

MEDEXPO
KYRGYZSTAN

МЕДИЦИНА

De
КЫРГЫЗСТАН

СТОМАТОЛОГИЯ

PHARMACY
Bishkek

ФАРМАЦЕВТИКА

NEW!
AESTHETIC
MEDEXPO

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА

BIMTE
Bishkek International Medical Tourism Exhibition

МЕДИЦИНСКИЙ
ТУРИЗМ

healthy
LifeStyle

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ
ЖИЗНИ

15%
СКИДКА
ДО 31 ДЕКАБРЯ

BiEXPO
ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ

+996 775 000 005
www.biexpo.kg