

# Вести

## Фармации и Медицины

№2(81)  
Июль 2018

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

Читайте в номере:

Рациональная терапия острой респираторной вирусной инфекции у новорожденных и детей первого года жизни

стр. **4**



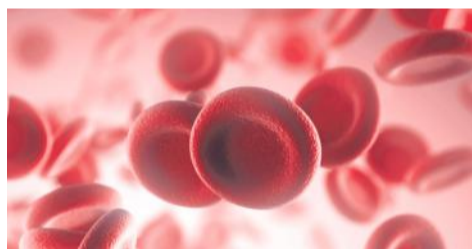
Цитратная терапия в амбулаторной практике мочекаменной болезни: фокус на БЛЕМАРЕН®

стр. **10**



Стресс и тревожность у детей: причины и методы коррекции

стр. **12**



Железодефицитная анемия. Скрининг, профилактика и лечение. Клинический протокол

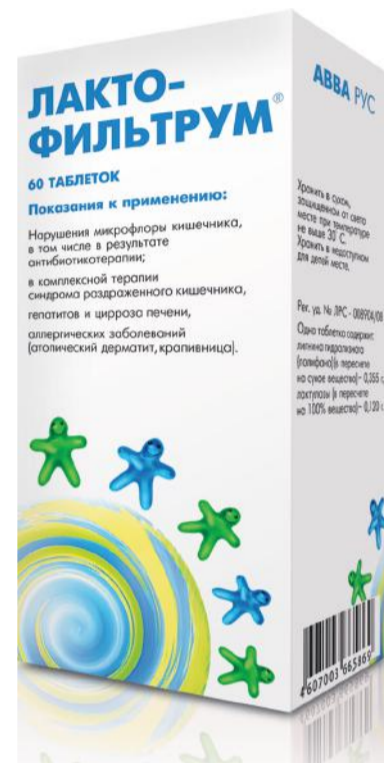
стр. **16**

## ЛАКТОФИЛЬТРУМ®

ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОБИОТИКА И ЭНТЕРОСОРБЕНТА



КРАСОТА ИЗНУТРИ



БЕЗ РЕЦЕПТА

- Стимулирует развитие собственной полезной микрофлоры (бифидо и лактобактерий)
- Обеспечивает сорбацию патогенных бактерий, токсинов, продуктов метаболизма
- Восстанавливает равновесие микрофлоры кишечника и кожи

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ!

## АллерМакс

Цетиризина дигидрохлорида - 5 мг/10 мг

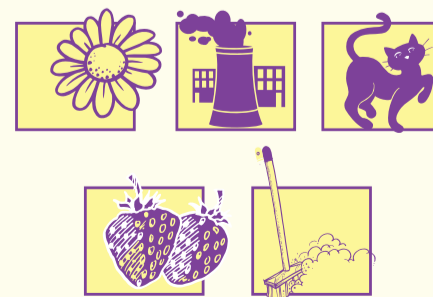
Максимальная свобода от аллергии



Профилактика и лечения аллергических заболеваний у взрослых и детей старше 6 лет

Прием 1 раз в сутки

Применяется при различных видах аллергии



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ



## Минздраву КР передано 5 аппаратов для гемодиализных пациентов

Как рассказала председатель Общественного объединения «Ассоциация гемодиализных и нефрологических пациентов КР» Венера Ташманбетова, 6 июля 2018 года Минздраву КР от имени ассоциации было передано 5 аппаратов гемодиализа.

«Запрос на гуманитарную помощь был сделан немецкой компании «Фрезениус» несколько месяцев назад после того, как в г.Каракол поломались и встали сразу несколько аппаратов, - рассказала Венера Ташманбетова. - Аппараты были предоставлены на безвозмездной основе, три из них срочно переправлены в г.Каракол для государственного диализного отделения Иссык-Кульской областной объединенной больницы, два других ожидают отправки в г.Талас и будут установлены в Таласской областной объединенной больнице».



Очереди на гемодиализ сегодня нет, есть несколько человек новеньких пациентов, но уже в ближайшее время их вопрос будет решен. Что касается планов на будущее, как уже известно, в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП) компанией «Фрезениус» в Кыргызстане будет построен современный гемодиализный центр, который предполагается сдать в эксплуатацию в октябре текущего года и в котором можно будет разместить более 280 пациентов. Предполагается, что в нем разместятся все бюджетные отделения Бишкека, Оша и Жалал-Абада, которые выиграли тендер. На сегодняшний день в Кыргызстане гемодиализные услуги на бюджетной основе получают около 600 человек и более 600 человек - на льготной основе по линии Фонда ОМС».

Пресс-центр Минздрава КР

Пресс-центр Минздрава КР

## Подготовка и реагирование медицинских учреждений к чрезвычайной ситуации с массовым количеством пострадавших

6 июля 2018 года на базе Чуйской областной объединенной больницы благодаря технической помощи Всемирной организации здравоохранения прошло практическое обучение персонала Чуйской областной объединенной больницы, станции Скорой медицинской помощи и Центра семейной медицины Чуйской области согласованным и координированным действиям, которые необходимо предпринять в случае возникновения чрезвычайной ситуации с массовым количеством пострадавших. Для обучения основам организации оказания мед. помощи в случае ЧС с массовым количеством пострадавших приняли участие руководители всех медицинских учреждений Чуйской области.

Во время учения было наглядно показано оказание медицинской помощи пострадавшим в очаге ЧС, оценку ситуации, проведение медицинской сортировки с одновременным оказанием неотложной помощи по жизненным показаниям, загрузку пострадавших в санитарный транспорт и их последующую эвакуацию.

«Выражаем огромную благодарность сотрудникам ВОЗ, которые с нами уже работают в течение последних двух месяцев. Они сделали большую работу, обучая нас. Наше сегодняшнее практическое занятие показало, какие у нас слабые места, что мы должны предпринять дальше и какие выводы должны сделать. Мы ежедневно сталкиваемся с массовыми поступлениями в организации здравоохранения

после различных происшествий, эти учения должны открыть нам не только проблемы, но и как их можно обойти, чтобы решить проблему. Система здравоохранения сталкивается с большими трудностями технического характера, таких как нехватка транспорта, оборудования, персонала, но это не освобождает нас от ответственности перед населением в случае оказания помощи в таких ситуациях, поэтому надо все время учиться и освежать свои знания и практические навыки», - сказал Саматбек Тойматов, начальник Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР.

## Национальному госпиталю подарили дорогостоящее медицинское оборудование

4 июля 2018 года в отделение оториноларингологии (ЛОР) Национального госпиталя представители клиники «Самсунг медикал центр» из Южной Кореи с благотворительной целью передали дорогостоящее медицинское оборудование – риноскопическая стойка со всем необходимым инструментарием. С помощью данного аппарата у наших специалистов появилась возможность проводить высокотехнологичные инвазивные операции на ЛОР органах, а у пациентов появилась возможность получить медицинскую помощь на современном уровне, не выезжая за пределы страны.

В церемонии приняли участие заместитель министра здравоохранения Мадеминжан Каратаев, заведующий ЛОР отделением Национального госпиталя Жолчубек Жумабеков, руко-

водитель группы волонтеров Ким Хён Чин и группа врачей из Кореи.

Южнокорейские врачи за два дня проконсультировали более 100 пациентов со сложными случаями, назначили лечение. Кроме того, с целью обучения работе на новом оборудовании и повышения квалификации врачей ЛОР отделения, проводят лекции и семинары.

«Лор отделение принимает примерно 8 тыс. пациентов в год, из них 2,5 тыс. пациентов получают стационарное лечение, остальные получают амбулаторное лечение. В отделении круглосуточно принимают тяжелых больных и проводят сложные операции уха, горла и носа», - сказал Жолчубек Жумабеков.

Пресс-центр Минздрава КР



# Фильтрум® энтеросорбент

**ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ И ИНТОКСИКАЦИЯХ  
ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ!**

без рецепта

Лигнин гидролизный 400 мг



## Фильтрум® показан при:

- ✓ отравлениях различной этиологии
- ✓ бактериальных кишечных инфекциях (в комплексной терапии)
- ✓ токсикоинфекциях (в комплексной терапии)
- ✓ гнойно-воспалительных заболеваниях с выраженной интоксикацией
- ✓ пищевой и лекарственной аллергии
- ✓ «диарее путешественника»



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ



**Фильтрум®** обладает высокой сорбирующей активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием

**Состав:**

Активное вещество: лигнин гидролизный (полифран) - 400 мг.

**Лекарственная форма:** Таблетки.

**Показания к применению:**

острые отравления алкоголем, лекарственными препаратами, алкалоидами, солями тяжелых металлов; пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, дизентерия (в составе комплексной терапии); гнойно-воспалительные заболевания, сопровождающиеся выраженной интоксикацией; гипербилирубинемия и гиперазотемия (печеночная недостаточность); пищевая и лекарственная аллергия; профилактика хронических интоксикаций у работников вредных производств.

**Способ применения и дозы:**

Возраст	Разовая доза:	Режим дозирования:
Дети до 1 года	½ таблетки	3-4 раза в день
1-3 года	½-1 таблетку	3-4 раза в день
4-7 лет	1 таблетку	3-4 раза в день
7-12 лет	1-2 таблетки	3-4 раза в день
Старшие 12 лет взрослые	2-3 таблетки	3-4 раза в день

Внутри, детям до 6 лет - предварительно измельчить и растворить в 5-10 мл воды за час до еды и приема других лекарственных средств.

Доза препарата зависит от возраста, массы тела и тяжести заболевания.

**Длительность лечения:**

Острые состояния - 3-5 дней. Аллергические заболевания и хронические интоксикации - 14-21 день. Повторные курсы должны производиться только по рекомендации врача.

**Побочные действия:**

Редко - аллергические реакции, запор, нарушение всасывания витаминов, кальция.

**Противопоказания:**

Индивидуальная непереносимость препарата, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, атония кишечника.

**Условия отпуска из аптек:** Без рецепта.

Завод-изготовитель: ОАО «АВВА РУС», 610044, Россия, г. Киров, ул. Луганская, д.53а



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

**Перед назначением и применением внимательно прочитайте инструкцию по медицинскому применению!**

# МИКРАЗИМ®

10 000 ЕД. №20  
25 000 ЕД. №20



Микрогранулированный панкреатин капсулах



- Воспроизводит физиологичный процесс пищеварения
- Можно применять пациентам любого возраста
- Производится из немецкой субстанции

## МИКРОГРАНУЛИРОВАННЫЙ ПАНКРЕАТИН В КАПСУЛАХ

**Состав:**

Активного вещества:	10000 ЕД	25000 ЕД
Панкреатина	168 мг*	420 мг*
Активность:	125 мг	312 мг
протеазы не менее	520 ЕД	1300 ЕД
амилазы не менее	7500 ЕД	19000 ЕД
липазы	10000 ЕД	25000 ЕД

**Фармакотерапевтическая группа:**

Пищеварительное ферментное средство.

Код АТХ: А09АА02.

**Показания к применению:**

Для заместительной терапии при ферментной недостаточности поджелудочной железы:

- хронический панкреатит в стадии ремиссии,
- состояние после оперативных вмешательств на поджелудочной железе, после резекции желудка, желчного пузыря, части кишечника
- погрешности в диете (употребление жирной и грубой пищи, нерегулярное питание)
- нарушения нарушения жевательной функции, малоподвижный образ жизни, длительная иммобилизация
- подготовка к рентгенологическому исследованию и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости
- муковисцидоз (фиброз поджелудочной железы)

**Способ применения и дозы:**

**Применение:** Капсулы принимают внутрь, запивая достаточным количеством нещелочной жидкости (вода, соки). Для приема препарата взрослым с затрудненным глотанием и детям капсулу, следует раскрыть и добавить микрогранулы к пище, которая требует разжевывания. Приготовленную смесь следует принять сразу. Внимание! Размельчение или разжевывание пеллет, а также добавление их к пище с pH выше 5,5 приводит к разрушению оболочки, защищающей от действия желудочного сока.

Продолжительность приема препарата-от нескольких дней (нарушения пищеварения) до нескольких месяцев или лет (длительная заместительная терапия).

**Дозировки:**

Заместительная терапия при различных видах экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Доза подбирается индивидуально и зависит от степени выраженности внешнесекреторной недостаточности, индивидуальных пищевых привычек и возраста пациента.

Допустимая доза для детей:

- младше 1,5 лет - 50 000 ЕД/сут.;
- старше 1,5 лет - 100 000 ЕД/сут.

**Стеаторея:**

- с поносом, снижении массы тела и отсутствии эффекта от диетотерапии- 25 000 ЕД на прием;
- без поноса и снижения массы тела- от 10 000 ЕД до 25 000 ЕД на прием.

**Муковисцидоз:**

- дети младше 4-х лет - 1 000 ЕД липазы/кг массы тела во время каждого кормления;
- дети старше 4-х лет – 500 ЕД/кг/на каждый прием пищи.

Поддерживающая доза не более 10 000 ЕД/кг/сутки.

**Побочные действия:**

Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. При использовании больших доз препарата редко наблюдаются: диарея, тошнота, запоры, дискомфорт в эпигастриальной области. При длительном применении в высоких дозах возможны развитие гиперурикозурии, гиперурикемии.

**Противопоказания:**

Индивидуальная непереносимость панкреатина или отдельных компонентов препарата. Острый панкреатит, обострение хронического панкреатита.

**Особые указания**

Дети могут принимать препарат только в виде содержимого вскрытых капсул. Заместительная терапия экзокринной функции поджелудочной железы не должна заменять или откладывать лечение первичной причины заболевания. Дети и взрослые, длительное время получающие терапию панкреатином в значительных дозах, должны наблюдаться у специалиста.

**Беременность и период лактации**

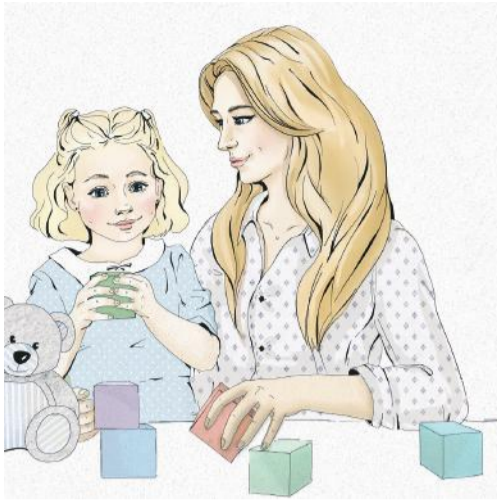
Данные о потенциальных рисках использования панкреатина во время беременности и в период лактации отсутствуют, поэтому препарат следует назначать беременным женщинам и кормящим матерям только в том случае, если ожидаемый эффект от терапии превосходит возможные риски.

**Условия отпуска из аптек:** Без рецепта

Завод-изготовитель: ОАО «АВВА РУС», 610044, Россия, г. Киров, ул. Луганская, д. 53а



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



# Рациональная терапия острой респираторной вирусной инфекции у новорожденных и детей первого года жизни

О.Л. Чугунова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
Е.В. Мелехина, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора

## Введение

Исследования, посвященные проблеме острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у детей, актуальны и на современном этапе, поскольку разработка специфической противовирусной терапии и средств профилактики достаточно сложна в силу этиологической гетерогенности, высокой контагиозности возбудителей и изменчивости антигенных свойств вирусов<sup>[1, 2]</sup>.

ОРВИ у новорожденных и детей раннего возраста представляет серьезную проблему из-за высокого риска развития осложнений, приводящих в ряде случаев к летальному исходу<sup>[2, 3]</sup>.

## Иммунный ответ у детей грудного возраста

Сниженные показатели иммунного ответа у детей грудного возраста – это защитный механизм от слишком бурных цитокиновых реакций. Часть пассивной защиты берет на себя материнский иммунитет посредством иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке. Но этого бывает недостаточно. Развитие иммунной системы продолжается на протяжении всего периода детства. В процессе развития иммунной системы ребенка выделяют критические периоды, когда риск развития инфекционных заболеваний, связанных с недостаточностью функций иммунной системы, максимален<sup>[4, 5]</sup>.

В процессе становления иммунитета у детей грудного возраста выделяют два критических периода. Первый – период новорожденности (до 29 дней жизни), когда организм ребенка защищен фактически только материнскими антителами, полученными через плаценту и с грудным молоком. Чувствительность новорожденного к бактериальным и вирусным инфекциям в этот период крайне высока. Все звенья иммунного ответа новорожденного существенно отличаются от таковых взрослых и детей старшего возраста.

Иммунный ответ в период новорожденности имеет свои особенности<sup>[6]</sup>:

- 1) врожденный иммунный ответ:
  - сниженная продукция интерферона (ИФН);
  - выработка несостоятельного, так называемого раннего ИФН-альфа;
  - склонность к незавершенному фагоцитозу;
  - слабая реакция на бактериальные антигены;
- 2) адаптивный иммунный ответ:
  - а) клеточное звено:
    - избыточный уровень супрессорных Т-клеток;
    - низкая цитотоксическая активность CD8+-лимфоцитов и естественных киллеров (NK-клеток);
    - сниженное число плазматических клеток при нормальном содержании В-лимфоцитов;

- б) гуморальное звено:
  - отсроченный синтез антител;
  - циркуляция материнских иммуноглобулинов G (IgG) – до шести месяцев;
  - недостаточность IgA-синтезирующих плазматических клеток.

Группу повышенного риска развития инфекций среди новорожденных составляют недоношенные дети<sup>[7]</sup>.

Второй критический период (четыре – шесть месяцев жизни) характеризуется утратой полученных от матери антител. Способность к продукции собственных антител ограничивается слабым синтезом только IgM. Недостаточность местной защиты слизистых оболочек связана с более поздним накоплением секреторного IgA. В связи с этим чувствительность ребенка ко многим воздушно-капельным и кишечным инфекциям в данный период очень высока.

Иммунитет у детей грудного возраста характеризуется:

- восстановлением уровня IgM;
- синтезом собственного IgG только к шести месяцам;
- повышенным соотношением CD4+/CD8+-лимфоцитов;
- относительной незрелостью Т-клеток;
- низкой способностью к формированию клеток памяти;
- относительным дефицитом IgA.

## Иммунный ответ у новорожденных

Повышенное количество гранулоцитов в крови новорожденных в определенной степени компенсирует недостаточную активность их защитных функций. Хотя абсолютное количество моноцитов крови у новорожденных выше, чем у детей более старшего возраста, эти клетки крови также отличаются низкой защитной активностью. Низкое содержание основных компонентов системы комплемента в крови новорожденных становится причиной недостаточной вспомогательной активности сыворотки крови при фагоцитозе.

Таким образом, у новорожденных резко ослаблены основные механизмы неспецифической защиты организма от патогенных бактерий и вирусов. Именно этим объясняется высокая чувствительность новорожденных (особенно недоношенных и детей с задержкой внутриутробного развития) и детей первого года жизни к бактериальным и вирусным инфекциям.

## Причины этиологической значимости вирусов в развитии патологии у детей

Согласно данным Роспотребнадзора, в 2014 г. ОРВИ переболело 20% населения Российской Федерации. Максимальные показатели заболеваемости были зарегистрированы в детской популяции. Надо заметить, что такая



ситуация складывается на фоне увеличения охвата населения профилактическими прививками [8].

В связи с этим целесообразно выделить основные причины этиологической значимости вирусов в развитии патологии у детей<sup>[9]</sup>:

- особенности созревания иммунной системы ребенка (достигает уровня развития взрослого человека к 10–12 годам);
- высокая контагиозность вирусных инфекций;
- нестойкий иммунитет к ряду возбудителей;
- разнообразие вирусных сероваров;
- феномены антигенного шифта и дрейфа, характерные для ряда вирусов (вирусы гриппа А и В);
- подавляющее действие ряда вирусов на продукцию ИФН посредством блокирования ИФН-рецепторов.

Наиболее частыми возбудителями инфекций респираторного тракта (ОРВИ), протекающих с более или менее однотипными клиническими симптомами, прежде всего воспалением верхних дыхательных путей, являются вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, рино-, адено-, коронавирусы, а также недавно открытые бока- и метапневмовирус человека. Сходными свойствами обладают вирусы гриппа [10, 11].

Основные возбудители ОРВИ у детей представлены в таблице.

Метапневмовирус человека – РНК-парамиксовирус, открытый в 2001 г., имеет две антигенные подгруппы, инфицирует только человека и вызывает зимой и весной вспышки, совпадающие по времени с активацией РС-вируса. К пятилетнему возрасту практически все дети имеют антитела к вирусу. Метапневмовирус часто выявляется вместе с другими вирусами. Инкубационный период – три – пять дней. Основные клинические проявления: ринит, бронхолит, круп. С учетом высокой частоты смешанной инфекции роль каждого вируса оценить трудно.

## Выбор терапии у новорожденных и детей первого года жизни

Все перечисленные аргументы, а именно несостоятельность иммунной

системы, выраженное разнообразие и изменчивость возбудителей, высокая восприимчивость к инфекционным заболеваниям, в том числе ограниченное количество применяемых лекарственных препаратов, требуют взвешенного подхода к выбору терапии у новорожденных и детей первого года жизни. Лекарственные средства, применяемые для лечения ОРВИ в этой популяции, должны обладать доказанной эффективностью и благоприятным профилем безопасности.

В рутинной практике, выбирая рациональную терапию ОРВИ у детей, врачи учитывают следующие критерии:

- ограниченный возрастной диапазон использования препаратов;
- незрелость иммунной защиты;
- невозможность своевременной этиологической диагностики;
- изменчивость и резистентность респираторных вирусов;
- большое число возбудителей ОРВИ при неспецифичности клинических проявлений.

Данные обстоятельства диктуют необходимость применения этиопатогенетически обоснованной неспецифической противовирусной и иммунной терапии.

Учитывая особенности реагирования иммунной системы в раннем детском возрасте и патогенез вирусных инфекций, можно определить основные принципы терапии ОРВИ:

- этиотропные препараты (элиминация возбудителя);
- патогенетические средства (дезинтоксикация, противовоспалительная терапия, повышение неспецифической защиты, купирование иммунодефицитного состояния, возникающего в результате течения респираторной инфекции, профилактика осложнений);
- симптоматические средства (улучшение самочувствия пациента).

При этом этиотропная терапия, направленная на прекращение репликации возбудителя и его элиминацию из организма, должна быть одним из ключевых звеньев проводимого лечения.

Наиболее изученной группой иммуномодулирующих препаратов, разрешенных к применению у

детей с рождения, признаны ИФН с выраженным противовирусным действием<sup>[12-14]</sup>.

В период новорожденности (0–28 дней) в сыворотке крови циркулирует значительное количество «раннего» ИФН. От ИФН, синтезируемых клетками взрослого организма, «ранние» ИФН отличаются физико-химическими и, что особенно важно, биологическими свойствами. Они более гидрофобны, имеют сниженные противовирусные, антипролиферативные и иммуномодулирующие свойства. Однако именно быстрые ИФН-альфа вносят основной вклад в противовирусную защиту организма.

«Поздние» ИФН-гамма, начинающие работать через несколько часов после инфицирования, характеризуются менее выраженным противовирусным эффектом. Они играют роль основного связующего звена между компонентами врожденного и адаптивного иммунного ответа. У новорожденных в становлении противoinфекционной защиты организма участвует только гамма-звено интерфероновой защиты, активность которого в ряде случаев значительно снижена, особенно у недоношенных детей<sup>[15]</sup>.

Сказанное во многом определяет рекомендацию для использования ИФН при ОРВИ у детей раннего возраста. Противовирусный эффект и иммуномодулирующее влияние на клеточное и гуморальное звено иммунитета ИФН-альфа с успехом используются российскими педиатрами в клинической практике свыше 40 лет. Именно в России был разработан и внедрен в 1967 г. человеческий лейкоцитарный ИФН. Многие годы зарубежные исследователи отрицали, что ректальные или пероральные ИФН могут оказывать системное воздействие на иммунную систему пациента. В то же время в нашей стране с успехом применяли ректальные препараты ИФН. Однако в последние годы японскими учеными были проведены работы, результаты которых подтвердили клиническую эффективность ректальных и пероральных препаратов ИФН<sup>[16, 17]</sup>. В свете этого дальнейшее изучение терапевтических эффектов ИФН при вирусных инфекциях и разработка новых схем применения в детской практике приобретают еще большую актуальность.

Современные препараты рекомбинантного ИФН, созданные методом генной инженерии, в отличие от первого лейкоцитарного ИФН позволяют получить более высокое содержание чистого действующего вещества в лекарственной форме, исключают возможность передачи гемотрансфузионных нескринируемых инфекций, обеспечивают точность дозирования для нивелирования дозозависимых нежелательных реакций.

### Механизм действия интерферонов

ИФН оказывают универсальное прямое противовирусное действие – индуцируют синтез фермента, останавливающего транскрипцию и трансляцию, а следовательно, репликацию вируса. Кроме того, ИФН:

- усиливают фагоцитоз, повышают киллерный потенциал эффекторных клеток;
- стимулируют продукцию секреторного IgA;
- способствуют нормализации цитокинового баланса;
- препятствуют заражению здоровых клеток.

ИФН также обладают опосредованным антибактериальным эффектом за счет иммуномодуляции<sup>[18]</sup>.

ИФН являются гуморальными факторами врожденного звена иммунитета. Быстрые ИФН 1-го типа, такие как ИФН-2-альфа, оказывают противовирусный эффект уже в первые часы после заражения. Их основная роль состоит в индукции синтеза белков, оказывающих прямое противовирусное действие на трех этапах: прикрепление вируса к мембранам клеток, синтез вирусных частиц и выход готовых вирионов из клетки<sup>[19]</sup> (рис. 1 и 2).

Кроме того, ИФН-2-альфа стимулирует активность эффекторных клеток, участвуя в запуске каскада адаптивного иммунитета и формировании долгосрочной иммунной защиты против герпесвирусной инфекции<sup>[20]</sup>.

Генферон Лайт – новая суппозиторная форма со сниженным содержанием рекомбинантного человеческого ИФН-альфа-2b

Российской фармацевтической компанией БИОКАД была разработана новая суппозиторная форма со сниженным содержанием рекомбинантного человеческого ИФН-альфа-2b Генферон Лайт. В отличие от других детских суппозиторных форм в состав Генферона Лайт вместо аскорбиновой кислоты, способствующей развитию оксалурии, входит таурин. Масло какао, широко используемое в качестве основы для приготовления свечей, заменено тугоплавким жиром, не вызывающим местных аллергических реакций. Таурин – незаменимая аминокислота, образующаяся в ходе метаболизма цистеина<sup>[21]</sup>. Таурин играет существенную роль в иммунном ответе при инфекционном процессе: обладает иммуностимулирующим действием, противовоспалительной, антиоксидантной активностью, повышает устойчивость клеток к неблагоприятным условиям очага воспаления, предотвращает их гибель<sup>[22]</sup>. Таурин также способен потенцировать специфическое действие ИФН, что в целом обеспечивает повышение эффективности комбинированного лекарственного препарата. Как самостоятельное вещество таурин многие годы используется в офтальмологии, эндокринологии и неонатологии как антиоксидант<sup>[23, 24]</sup>. Кроме того, таурин оказывает регулирующее влияние на центральную нервную систему, что позволяет применять его в неврологической практике в комплексной терапии судорожного синдрома и минимальной мозговой дисфункции<sup>[25, 26]</sup>.

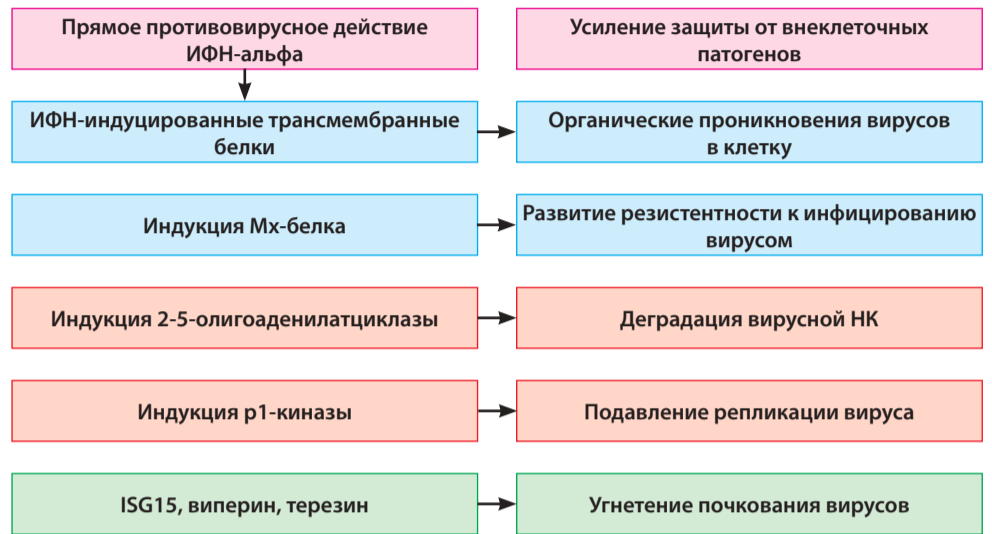
В состав одного суппозитория препарата Генферон Лайт, применяемого у детей от нуля до семи лет, входят ИФН-альфа-2b 125 000 МЕ и таурин 5 мг.

В состав одного суппозитория препарата Генферон Лайт, применяемого у детей старше семи лет, входят ИФН-альфа-2b 250 000 МЕ и таурин 5 мг.

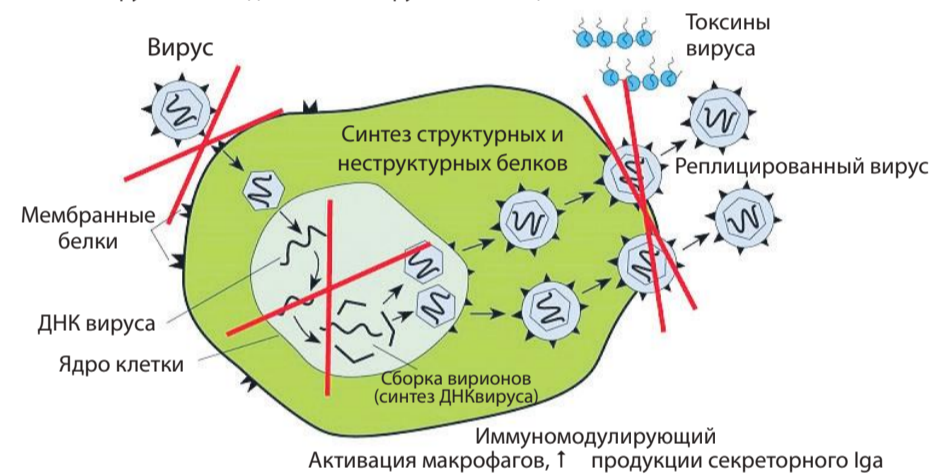
Генферон Лайт применяется у детей с первых дней жизни, разрешен к использованию во время беременности (с 13-й недели), не содержит масло какао и витамин С. Схема применения в острый период инфекции – по одной свече два раза в день с интервалом 12 часов ежедневно в течение пяти дней<sup>[27]</sup>.

В 2014 г. было проведено многоцентровое открытое сравнительное рандомизированное проспективное клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Генферон Лайт в дозе 125 000 МЕ и

Вирус	Типы, подтипы, антигенные варианты	Основные клинические проявления
Вирусы гриппа человека	A (H1N1, H3N2), B, C	Трахеобронхит
Вирусы парагриппа	1-4	Ларингиты, фарингиты, бронхиты, ларинготрахеобронхиты (ложный круп)
Респираторные коронавирусы	1-4	Поражение верхних дыхательных путей с сильным насморком
Риновирусы	1-113	Риниты, синуситы, бронхиты
РС-вирус	1-3	Заболевания нижних дыхательных путей у новорожденных и детей раннего возраста
Аденовирусы человека	1-7, 14, 21	Поражение нижних отделов дыхательных путей, фарингит, конъюнктивит



Этап 1. Препятствует прикреплению вируса к клетке хозяина  
Этап 2. Противовирусный эффект - торможение репликации  
Этап 3. Нарушает выход из клетки вирусных частиц



другого суппозиторного препарата ИФН-альфа в дозе 150 000 МЕ с антиоксидантами в лечении гриппа и других ОРВИ у новорожденных и грудных детей. Помимо оценки безопасности и эффективности проводимой терапии целью исследования было сопоставление двух разных доз ИФН-альфа. В исследовании участвовали 102 ребенка от нуля до шести месяцев<sup>[2]</sup> со среднетяжелыми формами ОРВИ различной локализации (преимущественно ринит, фарингит, бронхит). Дети основной группы получали препарат Генферон Лайт 125 000 МЕ по схеме один суппозиторий два раза в сутки в течение пяти дней. Дети группы сравнения – препарат ИФН-альфа с антиоксидантами в дозе 150 000 МЕ по одному суппозиторию два раза в сутки в течение пяти дней. В ходе исследования оценивали динамику клинических и лабораторных показателей, характеризовавших течение ОРВИ у детей.

Результаты исследования показали, что количество детей, достигших реконвалесценции к пятому-шестому дню наблюдения, в основной группе, где Генферон Лайт применялся в сниженной дозе, было сопоставимо и не имело статистически значимых различий с группой сравнения – более 90% в каждой группе.

В целом эффективность двух препаратов ИФН в купировании клинических симптомов ОРВИ у новорожденных и детей грудного возраста была аналогичной, несмотря на то, что суммарная доза рекомбинантного

ИФН-альфа-2b в группе Генферона Лайт была ниже на 16,7%<sup>[2]</sup>.

Ректальное введение суппозитория препарата Генферон Лайт не вызвало местных и общих патологических реакций.

Таким образом, данные клинического исследования показали, что Генферон Лайт характеризуется хорошей переносимостью и результативности при применении у детей в возрасте от нуля до шести месяцев, страдающих ОРВИ, что обеспечивает возможность применения данного препарата в педиатрической практике у новорожденных и детей первого года жизни.

### Заключение

Применение препарата рекомбинантного ИФН-альфа-2b Генферон Лайт патогенетически обосновано на разных стадиях течения ОРВИ у детей. Использование препарата Генферон Лайт позволяет подобрать оптимальную дозу ИФН в зависимости от возраста и веса ребенка и избежать лишней лекарственной нагрузки.

Включение в состав суппозитория таурина, обладающего антиоксидантными свойствами, исключает необходимость дополнительного применения витамина С, потенцирует и пролонгирует эффект ИФН, а также оказывает регулирующее действие на центральную нервную систему, что особенно важно у новорожденных и детей раннего возраста.

Список литературы в редакции.

# Сравнительная оценка эффективности лечения детей с сезонным аллергическим ринитом антигистаминным препаратом в комбинации с назальным спреем на основе эктоина и монотерапии антигистаминным препаратом: результаты открытого рандомизированного исследования

Н.В. Минаева, Д.М. Ширяева, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь, Российская Федерация

## Обоснование

По данным международных и российских исследований, аллергический ринит — это широко распространенная аллергическая патология верхних отделов респираторного тракта, частота которой имеет тенденцию к дальнейшему росту<sup>[1]</sup>. Пыльца растений лидирует среди причин сезонных форм аллергического ринита. Экспозиция аллергенной пыльцы обуславливает увеличение числа эозинофилов в слизистой оболочке носа, что может привести к развитию тяжелых симптомов болезни<sup>[2, 3]</sup>.

При лечении сезонных ринитов рекомендуют ограничивать контакт детей с причинно-значимым аллергеном<sup>[4]</sup>. На практике это достигается переездом в другую климатическую зону на время обострения, использованием фильтров, защитных пленок для носа, пребыванием в закрытых помещениях, оборудованных системами очистки воздуха от пыльцы, использованием орошений носа растворами морской воды<sup>[5-7]</sup>. Изотонические формы растворов морской воды для элиминации и увлажнения слизистой оболочки носа наиболее близки по своему осмотическому составу к плазме крови и оптимальны с точки зрения по сохранению функции мукоцилиарного аппарата<sup>[8]</sup>.

Для предотвращения контакта аллергена с клетками слизистой оболочки носа предложено использовать вещество эктоин, являющееся продуктом жизнедеятельности способных выжить в экстремальных условиях микроорганизмов-экстремофилов<sup>[8]</sup>. Эктоин создает комплексы из молекул воды на поверхности слизистой оболочки, образуя «гидратационный щит», защищающий клетки слизистой оболочки от неблагоприятных условий внешней среды, в т. ч.

от контактов с аллергенами. Важно, что эктоин инертен к эпителию и способен оказывать местное защитное действие без токсических, химических и метаболических воздействий. Физико-химические свойства образующейся гидропленки из эктоина и молекул воды позволяют ей продвигаться с помощью реснитчатого аппарата респираторного эпителия как «слизистому одеялу», не нарушая защитной функции слизистой оболочки.

В зарубежных исследованиях в период 2009–2011 гг. были получены данные об эффективности и безопасности использования 2% эктоина в назальном спрее и глазных каплях у детей и взрослых пациентов при аллергическом рините в сравнении с лечением кромоглициевой кислотой, азеластинном, беклометазоном<sup>[8]</sup>. Препарат Аква Марис Эктоин на основе эктоина для интраназального применения (АО

«Ядран» Галенский Лабораторий, Хорватия). Имеет способность формировать гидропленку за счет притягивания молекул воды к эктоину и позволяет рассматривать это средство как способ барьерной защиты слизистой оболочки.

Целью исследования было изучение эффективности назального спрея на основе эктоина в лечении сезонного аллергического ринита у детей.

## Методы

### Дизайн исследования

Проведено открытое рандомизированное клиническое исследование.

### Критерии соответствия

Критерии включения: пациенты в возрасте от 3 до 17 лет с установленным диагнозом сезонного аллергического ринита (при выраженности симптомов ринита не ниже 2 баллов) и эктоинбилизацией к пыльце деревьев с



ранним весенним пылением (береза, ольха и/или лещина). Все дети в период обострения получали антигистаминный препарат.

Критерии невключения: плановый прием интраназальных глюкокортикоидов в течение 1 мес до начала исследования.

Критерии исключения: прием интраназальных глюкокортикоидов в период исследования; присоединение симптомов конъюнктивита в течение основного периода наблюдения или появление признаков острой респираторной инфекции.

### Условия проведения

Включение в исследование осуществляли аллергологи 4 детских городских поликлиник: 3 на территории Перми и 1 — в г. Березники (Пермский край).

### Процедура рандомизации

Исследователь каждого из 4 центров получал случайный набор запечатанных конвертов числом, соответствующим запланированному числу пациентов (22, 18,

14 и 9). В конверте содержались сведения только об одном варианте лечения («антигистаминный препарат и назальный спрей на основе эктоина» или «только антигистаминный препарат» в соотношении 1,5:1).

При включении в исследование пациент или его законный представитель (родитель для детей младше 14 лет) получал лист самонаблюдения, в котором была представлена шкала субъективной оценки (см. разд. «Методы регистрации исходов»). Пациенту (родителю) разъясняли, что он должен проводить ежедневную оценку симптомов ринита. Если степень выраженности симптомов достигала 2 баллов, пациенту (родителю) реко-

мендовалось связаться с врачом. Врач вскрывал конверт и по сведениям в нем определял вариант лечения.

### Продолжительность исследования

Начало вводного периода — 1 апреля 2015 г.; после рандомизации период наблюдения составил 21 сут; окончание исследования — не позднее 31 мая 2015 г. Процедура рандомизации и начало периода сравнительного исследования проведены с 10 апреля по 11 мая 2015 г. Выбор периода исследования обусловлен ожидаемыми для данного региона сроками обострения раннего весеннего поллиноза<sup>[9]</sup>.

### Описание медицинского вмешательства

Все дети получали пероральные неседативные антигистаминные препараты в возрастной дозе ежедневно в течение периода обострения. После рандомизации пациенты основной группы дополнительно применяли интраназальный спрей с 2% эктоином Аква Марис Эктоин 3 или 4 раза/сут ежедневно в течение 21 сут. Пациенты получали препарат за счет средств спонсора исследования.

### Исходы исследования

Учитывали следующие суррогатные конечные точки:

- динамику выраженности назальных симптомов на 1, 10 и 21-е сут лечения (после рандомизации);
- потребность в дополнительной медикаментозной терапии ринита;
- выбывание из исследования по причинам, связанным с непереносимостью лекарственных препаратов или неудовлетворенностью эффектом лечения.

### Методы регистрации исходов

Пациенты (у детей до 14 лет — родители) ежедневно оценивали выраженность симптомов заболевания (заложенность носа, зуд, чихание, ринорея) по следующей шкале:

- 0 — отсутствие симптомов;
- 1 — слабая выраженность;
- 2 — умеренная выраженность;
- 3 балла — наличие выраженных симптомов. Диапазон возможных

Таблица 1. Характеристика пациентов в сравниваемых группах на момент проведения процедуры рандомизации

Признаки	Группы		p
	Основная (n = 24)	Контрольная (n = 18)	
Возраст, мес	128 ± 48	128 ± 39	0,980
Клинические проявления поллиноза, абс. (%):			
• аллергический ринит	24 (100)	18 (100)	-
• аллергический конъюнктивит	19 (79)	15 (83)	0,944
• бронхиальная астма	0	1 (6)	0,817
Выраженность симптомов ринита, баллы	4,6 ± 2,1	3,8 ± 1,9	0,150
Общий IgE, МЕ/мл	413 ± 391	459 ± 314	0,724

Таблица 2. Клиническая оценка симптомов ринита в динамике у детей с сезонным аллергическим ринитом (в баллах)

Признаки	Основная группа (n = 24)			Контрольная группа (n = 18)			p		
	Дни лечения								
	1	10	21	1	10	21	1	10	21
Заложенность носа	1,3 ± 0,9	0,9 ± 0,8	0,1 ± 0,3	1,2 ± 0,6	1,3 ± 1,1	1,1 ± 0,9	0,486	0,261	0,001
Ринорея	1,3 ± 0,7	0,8 ± 0,8	0,20 ± 0,4	1,1 ± 0,9	1,0 ± 1,1	1,0 ± 1,2	0,438	0,582	0,001
Зуд	0,8 ± 0,8	0,5 ± 0,7	0 ± 0,2	0,7 ± 0,8	0,7 ± 1,0	0,6 ± 0,9	0,790	0,426	0,022
Чихание	1,2 ± 0,8	0,7 ± 0,8	0,1 ± 0,3	0,9 ± 0,5	0,9 ± 1,1	0,8 ± 0,9	0,124	0,462	0,003
Суммарно	4,6 ± 0,2	2,9 ± 0,2	0,4 ± 0,1	3,9 ± 0,2	3,9 ± 0,3	3,5 ± 0,2	0,324	0,123	0,003

→(Продолжение на стр. 7)

Рис. 1. Динамика выраженности заложенности носа у детей с сезонным аллергическим ринитом



Рис. 2. Динамика выраженности ринореи у детей с сезонным аллергическим ринитом



Рис. 3. Динамика выраженности носового зуда у детей с сезонным аллергическим ринитом



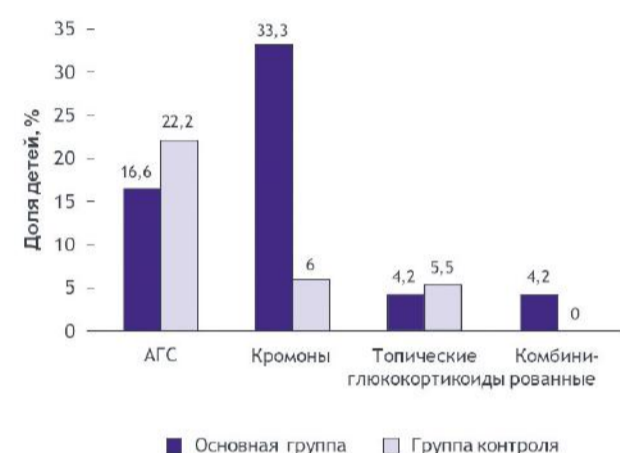
Рис. 4. Динамика выраженности чихания у детей с сезонным аллергическим ринитом



Рис. 5. Дополнительная терапия пациентов с сезонным аллергическим ринитом



Рис. 6. Дополнительная терапия конъюнктивита у пациентов с сезонным аллергическим ринитом



Примечание. Уа рис. 5, 6: АГС — антигистаминные средства.

значений составлял от 0 до 12 баллов. Таким же образом оценивали выраженность неназальных симптомов (кашель, глазные проявления).

Данные регистрировали в дневнике самонаблюдения.

Пациенты ежедневно учитывали все принятые лекарства: как назначенные врачом, так и эпизодически использованные при необходимости купирования острых симптомов. Сведения заносили в лист учета медикаментов.

Врач контролировал правильность и регулярность заполнения листов самонаблюдения и учета медикаментов, наличие симптомов острых заболеваний или возникновение нежелательных явлений при личном осмотре или по телефону не реже 1 раза в 10 дней.

**Этическая экспертиза**

От каждого пациента или его законного представителя было получено письменное информированное согласие на наблюдение; у пациентов, рандомизированных в основную группу, — дополнительное согласие на применение спрея назального с эктоином. Протокол исследования (№ 3 от 25.03.2015 г.) получил одобрение Локального этического комитета при Пермском государственном медицинском университете им. акад. Е. А. Вагнера.

**Статистический анализ**

Размер выборки предварительно не рассчитывался.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel (Microsoft Office 2010). Количественные данные описаны с помощью среднего арифметического значения и стандартного отклонения, значимость их различий в сравниваемых группах оценивали с применением t-критерия Стьюдента для несвязанных выборок. Качественные признаки выражали в долях (%), различия между ними оценивали с помощью z-критерия. Нулевую гипотезу отклоняли при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты**

Участники исследования

Для исследования с учетом критериев соответствия было скринировано 63 ребенка, рандомизировано — 50, в т. ч. в основную группу — 30 человек, в контрольную —

20. Досрочно прекратили участие в исследовании 4 человека, по 2 случая в основной и контрольной группе. Двое из них выбыли на основании соответствующих критериев исключения (присоединение острой респираторной инфекции на 8-е сут и развитие симптомов конъюнктивита на 16-е сут исследования), еще двое — в связи с отъездом в другой регион (1) и без объяснения причин на этапе сбора дневников наблюдения (1). Данные 4 пациентов были исключены из анализа в связи с нарушением выбора тактики медикаментозной терапии: детям с признаками тяжелого обострения (оценка степени выраженности симптомов более 8 баллов из 12 за 4 симптома ринита суммарно) не был назначен глюкокортикоид. Всего в обработку с учетом потерь и исключенных из анализа было включено 42 пациента, в т. ч. 24 в основную группу и 18 в группу контроля.

Характеристика пациентов основной и контрольной группы представлена в табл. 1. Группы были сопоставимы по возрасту, частоте основных клинических признаков болезни, выраженности симптомов ринита. Концентрация общего IgE у детей также не различалась.

**Основные результаты исследования**

Динамика клинических данных

Анализ симптомов ринита показал, что на 10-е сут исследования они были сопоставимы в обеих группах, а на 21-е сут зарегистрирована положительная динамика всех симптомов в группе с использованием назального спрея на основе эктоина (табл. 2). Статистически значимые различия выраженности заложенности носа регистрировали начиная с 14-х ( $p = 0,01$ ),

ринореи — с 15-х ( $p = 0,036$ ), зуда в носу и чихания — с 17-х сут лечения ( $p = 0,02$ ; рис. 1–4).

**Дополнительные результаты исследования**

При анализе динамики выраженности сопутствующего аллергического конъюнктивита было установлено, что 2 из 4 симптомов имели более значимую положительную динамику в основной группе. Зуд в глазах к 18-м сут лечения имел оценку  $0,08 \pm 0,28$  балла для основной группы против  $0,67 \pm 0,97$  балла для группы контроля ( $p = 0,007$ ); к 21-м сут терапии выраженность этого симптома в основной группе была существенно ниже, чем в группе контроля, составив 0 против  $0,44 \pm 0,7$  ( $p = 0,016$ ).

Выраженность гиперемии конъюнктив в начале исследования была существенно выше в основной группе, чем в контрольной:  $0,95 \pm 0,8$  и  $0,5 \pm 0,51$  балла, соответственно ( $p = 0,043$ ). На 10-е сут выраженность симптома в двух группах была сопоставима ( $p = 0,960$ ). С 19-х сут лечения в основной группе она была существенно меньшей, чем в группе контроля:  $0,04 \pm 0,2$  и  $0,5 \pm 0,86$ , соответственно ( $p = 0,015$ ). Это различие сохранялось к 21-м сут: 0 и  $0,33 \pm 0,6$ , соответственно ( $p = 0,030$ ).

В 1-е сут лечения выраженность слезотечения была выше в основной группе:  $0,42 \pm 0,77$  и  $0,05 \pm 0,24$ , соответственно ( $p = 0,057$ ), с 10-х сут терапии различия уже не определялись (для всех контрольных точек  $p > 0,05$ ). Этот симптом купировался на 1 день раньше в группе с применением назального спрея на основе эктоина.

По симптому отека век и суммарной оценке синдрома конъюнктивита существенных различий в двух группах не отмечено.

За период исследования кашель наблюдали у 9 (38%) детей основной группы и у 6 (33%) человек группы контроля. Средняя его продолжительность составила  $4 \pm 6$  и  $3 \pm 5$  сут, соответственно. В основной группе у 1 (4%) ребенка имелись жалобы на одышку легкой степени в течение 2

дней. Кашель и одышка купировались самостоятельно, без назначения дополнительных лекарственных препаратов.

**Оценка лекарственной нагрузки**

Согласно условию протокола, антигистаминные препараты получали все дети, участвовавшие в исследовании. Применяли пероральные неседативные антигистаминные средства (дезлоратадин, цетиризин, лоратадин) в возрастных дозировках по предсезонно-сезонной схеме (начало за 2–4 нед до предполагаемого обострения и продолжение приема на протяжении всего периода обострения) либо только в сезон обострения (начало с появлением первых симптомов и регулярный прием в течение периода обострения).

В течение всего периода исследования (21 сут) эпизодически лекарственные средства для купирования симптомов ринита самостоятельно применили 2 (8%) пациента основной группы и 10 (56%) — контрольной ( $p = 0,002$ ). Во всех случаях это были топические интраназальные формы лекарственных средств (рис. 5). Топические препараты для лечения аллергического конъюнктивита эпизодически использовали 14 (58%) пациентов основной группы и 8 (44%) — контрольной ( $p = 0,557$ ; рис. 6).

**Нежелательные явления**

В ходе клинического исследования не было зарегистрировано ни одного случая нежелательных реакций у пациентов либо отказа от приема препарата, либо прерывания исследования в связи с непереносимостью препарата или неудовлетворенностью терапевтическим эффектом.

**Обсуждение**

Известно, что при концентрации пыльцы березы в воздухе в пределах 20 пыльцевых зерен в кубическом метре ( $\mu\text{г}/\text{м}^3$ ) у некоторых высокочувствительных людей могут развиваться клинические признаки болезни. При увеличении содержания пыльцы до 75

пз/мЗ симптомы могут проявляться у большинства Эктоинибилизированных к этому аллергену пациентов<sup>[10]</sup>. В Пермском крае, по данным проведенных ранее наблюдений, пыление ранних весенних деревьев происходит в апреле и мае, максимальные суточные концентрации пыльцы березы могут превышать 3500 пз/мЗ<sup>[10]</sup>. Основным механизмом реализации действия назального спрея на основе эктоина является элиминация аллергенов или предотвращение их контакта со слизистой оболочкой за счет эффекта гидропленки. Однако сроки купирования симптомов или стойкая положительная динамика зависят от продолжительности периода пыления (естественного выделения основного аллергена). Для региона проведения исследования (Урал, средняя полоса России) основной период пыления главного аллергенного растения — березы — известен и составляет примерно 26–45 дней с началом в последнюю декаду апреля и окончанием в первую декаду июня<sup>[10]</sup>. Основной период исследования был запланирован так, чтобы он совпал с календарным максимумом пыления. В связи с этим сроки купирования симптомов или их стойкая динамика к 14–19-м сут исследования ожидаемы и подтверждают необходимость применения средств барьерной терапии (например, назального спрея на основе эктоина) в течение всего периода активного пыления, на протяжении не менее 3–6 нед (для региона проведения данного исследования и вида поллиноза).

Сопоставимые с уменьшением степени выраженности симптомов

аллергического ринита результаты положительной динамики глазных симптомов (зуда и гиперемии конъюнктивы) на фоне лечения, по нашему мнению, связаны не с прямым влиянием интраназального спрея с эктоином, а с опосредованным эффектом снижения интенсивности воспалительного процесса в анатомически близкой области слизистой оболочки носа<sup>[11]</sup>. Такие эффекты описаны в других исследованиях и могут иметь клиническое значение при лечении пациентов с учетом частого сочетания ринита и конъюнктивита аллергической этиологии.

#### Ограничения исследования

В качестве основного ограничения стоит указать отсутствие данных по объективизации полученных результатов с помощью инструментальных методик (например, риноманометрии для заложности носа). Кроме того, существует необходимость более строгого контроля эпизодической терапии. Не всегда самостоятельно использованные пациентом средства (кромогликат) относились к симптоматическим.

#### Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение спрея назального на основе эктоина в комбинации с антигистаминным средством для лечения сезонного аллергического ринита в сравнении с монотерапией антигистаминным препаратом отличается значимым купированием основных симптомов заболевания и снижением потребности в эпизодической терапии.

## Байтач

Байтач обладает мочегонным и спазмолитическим (снимает спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих органов) действиями, что способствует выведению конкрементов из мочевыводящей системы и желчного пузыря. Под действием данного препарата в моче снижается концентрация компонентов, из которых в дальнейшем образуются конкременты. Предотвращается дальнейший рост конкрементов.

**Растительный препарат,  
применяемый при камнях в почках  
и желчном пузыре**



### СОСТАВ ПРЕПАРАТА

-  **Десмодии стираксолистная трава** - содержит сапонины и триглицериды. Снижает уровень холестерина в крови. Обладает мочегонным и спазмолитическим действиями.
-  **Императы цилиндрической корневища** - содержат 0,73% калия, витамин К, арунтоин, квернетол, симиаренол, тритерпеноиды. Обладает кровоостанавливающим и мочегонным действием.
-  **Аукупандии большой корня** - содержат сапонины и флавоноиды. Обладает гепатопротекторным свойством, обеспечивающим регенерацию клеток печени.
-  **Куркумы длинной корневища** - содержат эфирное масло, состоящее из фелландрена, цингиберина, сесквитерпеновых кетонов, борнеола и других терпеноидов, пропановой кислоты. Обладает действием природного антибиотика и стабилизирует артериальное давление.
-  **Шлемника байкальского корня** - содержат флавоноиды байкалин, гидролитически расщепляющийся на глюкуроновую кислоту, байкалеин и скутелларин; вагонин, дубильные вещества пирокатехиновой группы и смолы. Оказывают успокаивающее влияние на нервную систему и сосудорасширяющее действие при повышенном тоне сосудов.
-  **Померанца горького плоды** - содержат органические кислоты (галловая, салициловая, яблочная, лимонная), углеводы, гликозиды, которые относятся к группам веществ, имеющих Р-витаминную активность. Обладает противовирусным действием. Уменьшает невротические и астено-депрессивные состояния, улучшает пищеварение и работу печени.
-  **Ревеня таугутского корневища** - содержат гликозиды двух групп - танногликозиды и антрагликозиды. Обладают желчегонным, мочегонным и слабым слабительным действиями.
-  **Магнолии лекарственной кора** - содержит гликозиды, эфирное масло, карбонильные соединения, фенолы, цитраль и цинеол. Оказывает спазмолитическое и антихолинэстеразное воздействие на гладкую мускулатуру человека.
-  **Аденостамиса голубого трава и пальмы ореховой семена** - содержат ценные эфирные масла. Обладают противовоспалительным, тонизирующим и антибактериальным действиями.

**Показания к применению:** почечнокаменная болезнь, желчные камни, камни мочевыводящих путей, воспаление желчного пузыря.

**Способ применения и дозы:** взрослым по 3 таблетки 3 раза в день во время еды. Продолжительность приема от 1 месяца.

**Противопоказания:** индивидуальная непереносимость компонентов.

**Побочные эффекты:** возможны пищевые расстройства (диарея, рвота).

**Условия отпуска:** без рецепта.

**Производитель:** Danapha Pharmaceutical Joint Stock Company, Вьетнам.

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



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. Распространяется в аптечных учреждениях.





## Консалтинговый центр Чолпон Мундузбаевой

Простые решения – быстрые результаты!



Официальный представитель в КР  
«Агентства медицинского маркетинга» –  
Обучающей компании №1  
в медико-фармацевтическом  
сегменте Украины.



Представитель в КР компании  
«Экопси консалтинг» –  
лидера в области управления  
персоналом в России.

### Тренинги по продажам:

1. «Я все продам!»  
Техники и приемы 21 века, для увеличения продаж
2. «ВОЗРАЖЕНИЕ – это стена или открытая дверь?»  
Как перевернуть возражение клиента в Вашу пользу
3. «Герои из Мадагаскара»  
Как различать клиента по стилям поведения
4. «Правильные «слепые» визиты менеджера»  
Как найти зоны развития сотрудника и компании
5. «Увеличение среднего чека.  
Продажа ориентированная на покупателя»  
Как провести допродажу у всех категорий клиентов

### Тренинги и услуги по отбору персонала:

1. «Эффективное интервью»  
Как отобрать лучшего сотрудника
2. «Как пройти на Олимп?»  
Как пройти собеседование в компанию своей мечты
3. Тесты по отбору персонала:
  - Оценка потенциала с тестом. Potential in Focus (PIF).
  - Оценка ценностного соответствия (culture fit) сотрудников. Опросник FIT
  - Оценка деструкторов в рабочей среде. Опросник Dark Personality Inventory (DPI)
  - Оценка типичного для человека поведения. Личностный опросник INSIGHT.
  - Оценка уровня осведомленности участника в темах, связанных с цифровым миром. Опросник DIGITAL INTELLIGENCE TEST
  - Оценка способности к анализу информации. Опросник Switch

Наши  
контакты:



+996 777 990 911  
+996 559 990 911



chm.consulting7@gmail.com



Чолпон Мундузбаева



cholponmunduzbaeva

**S.T.I.P.**  
OPTIM  
consulting & marketing

Консалтинговая компания «**Stip Optim**» предлагает услуги по сопровождению процедуры регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники и лечебной косметики на территории Кыргызской Республики.

Нашим главным приоритетом работы является высокое качество предоставляемых услуг по приемлемым ценам, и добиваться положительного эффекта для наших клиентов.

#### ООО Stip Optim предлагает следующие услуги в Кыргызстане:

- Сопровождение процедуры регистрации/перерегистрации лекарственных средств;
- Сопровождение процедуры регистрации/перерегистрации изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- Услуги по таможенной очистке регистрационных образцов;
- Перевод медицинской документации (русский, кыргызский);
- Консультация проведения сертификации ЛС в Кыргызской Республике;
- Фармаконадзор;

ООО Stip Optim, Кыргызская Республика, 720001, г. Бишкек, ул. Токтогула, 130, 7-й этаж,  
тел.: +996 (312) 66-33-42, 66-33-46, e-mail: stip-optim@aknet.kg

## Имиджевая сувенирная продукция для фармацевтических компаний!

«**ProExpo**» — компания, которая предлагает Вам широкий спектр сувенирной продукции любой сложности оформления.

Как свидетельствует статистика, фармацевтические компании предлагают своим клиентам едва ли не самый богатый и разнообразный выбор сувенирной и промо-продукции. Сюда входят различные товары для больниц и поликлиник, продукция для аптечных пунктов, корпоративные брендированные подарки для клиентов и деловых партнёров.

- Мы можем предложить Вам большой выбор Промо-продукции, который подойдет именно Вашей фармацевтической компании,
- У нас индивидуальный подход к каждому клиенту,
- У нас налаженная система логистики,
- Мы гарантируем Вам доставку заказа точно в срок,
- Мы гарантируем качество товара.

**Мы всегда рады новым клиентам!**

#### Наши контакты:

Телефон: +996 772 00 11 98, Адрес: г. Бишкек, улица Ибраимова, 152, здание «Эльдорадо», 3 этаж, офис А303  
Сайт: www.proexpo.kg, Социальные сети: Instagram – proexpokg, Facebook – ProexpoKG.



# Цитратная терапия в амбулаторной практике мочекаменной болезни: фокус на БЛЕМАРЕН®



**П**роблема профилактики и лечения мочекаменной болезни (МКБ) остается одной из самых актуальных и сложных в современной урологии. МКБ в структуре урологической патологии занимает второе место по частоте встречаемости после неспецифических воспалительных заболеваний, составляя 30–45% от общего числа урологических больных<sup>[2]</sup>.

Согласно современным данным о патогенезе мочекаменной болезни, ее можно определить как метаболический дефект, в результате которого происходят кристаллообразование в моче, агрегация отдельных кристаллов с образованием частиц критического размера и ростом конкремента. Поэтому не удивительно, что в 41,4–60,9% случаев у пациентов с МКБ диагностируются сопутствующие заболевания, связанные с метаболическими нарушениями: сахарный диабет, ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия, подагра<sup>[7]</sup>.

Согласно обновленным Рекомендациям по диагностике и лечению уrolитиаза Европейской ассоциации урологов (2015) самый высокий риск формирования конкрементов наблюдается у пациентов:

- с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- метаболическим синдромом;
- гипертиреозом;
- нефрокальцинозом;
- саркоидозом.

*Guidelines on Urolithiasis. C. Türk et al. European Association of Urology, 2015*

Современная задача лечения мочекаменной болезни заключается не только в элиминации конкремента. Важными становятся предупреждение и устранение причин, приведших к его формированию (в т.ч. метаболических нарушений). Такой подход обеспечивает правильный подбор медикаментозной терапии с учетом типа формирующегося камня и вида нарушений обмена веществ. Отсутствие же комплексного решения по коррекции метаболических нарушений приводит к тому, что у 7–10% больных после удаления конкремента возникает рецидив в течение года, у 35% — в течение 5 лет и у 50% пациентов — в течение 10 лет<sup>[6, 7]</sup>, в то время как назначение медикаментозного лечения с учетом этих нарушений позволяет снизить на 85% уровень рецидивирования<sup>[8]</sup>.

## Виды камней и механизмы их образования

В зависимости от состава солей различают уратные (соли мочевой кислоты), оксалатные (соли щавелевой кислоты), смешанные (уратно-оксалатные), фосфатные (соли фосфорной кислоты), цистиновые камни (метаболиты аминокислоты цистеина). Чаще встречаются оксалатные, уратные и смешанные камни, в сумме составляющие до 90% от всех видов<sup>[4]</sup>.

Анализ состава камней должен проводиться всем пациентам, имеющим впервые сформировавшийся конкремент (уровень рекомендаций А).

*Guidelines on Urolithiasis. C. Türk et al. European Association of Urology, 2015*

Согласно последним данным, уrolитиаз обусловлен 3 вариантами нарушений:

- повышением концентрации кристаллообразующих соединений (мочевой и щавелевой кислот, кальция, фосфатов и цистина);
- наличием гидрофобных или незатянутых коллоидов в моче;
- изменением уровня pH мочи до соответствующего точке кристаллизации камнеобразующих солей<sup>[3, 5]</sup>.

Так, необходимым условием образования уратного камня является резко-кислая реакция мочи. Мочевая кислота в кетоформе обладает слабокислотными свойствами и растворима только в слабокислой и щелочной средах. При pH выше 6,5 мочевая кислота хорошо диссоциирует и выделяется в растворимой форме. При pH мочи менее 5,5 растворимость мочевой кислоты резко уменьшается и происходит кристаллизация. Кристаллы мочевой кислоты выпадают в осадок и служат остовом для образования камня. Таким образом, стойкий ацидоз мочи способствует образованию уратных конкрементов. Постоянное подкисление мочи объясняется повышенной секрецией ионов аммония почечными канальцами. Установлено, что у больных уратным уrolитиазом отмечаются высокий уровень мочевой кислоты, уменьшение содержания лимонной кислоты, снижение концентрации глутамина, а также выделяемых натрия и калия. Содержание аммиака по отношению к натрию и калию увеличено.

Таким образом, важными процессами, влияющими на pH окончательной мочи, являются ацидогенез и аммионогенез. Нарушение регуляции этих процессов может привести

к изменению pH мочи в резко кислую сторону. Накопление мочевой кислоты возможно, если:

- аммиак быстрее, чем обычно, включается в метаболиты для построения пуринового ядра;
- происходит уменьшение выделения уратов вследствие их усиленной реабсорбции;
- понижается выделение мочевой кислоты вследствие нарушения функции печени и аккумуляции уратов<sup>[9]</sup>.

## Цитратная терапия БЛЕМАРЕН®:

### патогенетические аспекты

Цитратная терапия представляет собой неинвазивный метод лечения, при котором осуществляется как длительное воздействие на камень с целью его растворения, так и влияние на камнеобразование (литогенез). Таким известным патогенетическим средством, более 40 лет используемым для профилактики и лечения мочекаменной болезни, является БЛЕМАРЕН® («Эспарма ГмбХ», Германия), выпускаемый в виде водорастворимых таблеток.

Он представляет собой комбинацию безводной лимонной кислоты, безводного тринатрия цитрата и калия гидрокарбоната, при растворении которых в воде или фруктовом соке образуются калия-натрия гидроцитрат и углекислый газ. То есть по своей сути БЛЕМАРЕН® — это буферная смесь на основе цитратов, подобная другим буферным системам в организме человека. БЛЕМАРЕН® восстанавливает и стимулирует естественную буферную систему почек, помогая им функционировать в режиме, максимально приближенном к нормальному.

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов по тактике ведения пациентов с мочекаменной болезнью приведены следующие рекомендации:

- цитратные препараты (БЛЕМАРЕН®) — единственный патогенетический способ лечения мочекаменной болезни;
- при установлении диагноза мочекаменного (уратного) нефролитиаза возможно растворение камня с помощью только цитратных смесей (БЛЕМАРЕН®) без проведения литотрипсии или оперативного лечения;
- цитратные смеси (БЛЕМАРЕН®) должны быть обязательной составной частью ведения больных после осво-

бождения от камня оперативным путем, после литотрипсии или самостоятельного отхождения конкремента (метафилактика).

## Как же БЛЕМАРЕН® предупреждает развитие мочекаменной болезни<sup>[4]</sup>?

1. У 60–70 % пациентов задолго до возникновения и роста камня наблюдается снижение выделения цитрата (естественного метаболита цикла Кребса) — гипоцитратурия. Цитрат мочи, являясь естественным мощным ингибитором кристаллизации, поддерживает соли в растворенном состоянии. Прием БЛЕМАРЕНА обеспечивает восстановление нормального содержания цитрата в моче, тем самым предотвращая камнеобразование.

2. У большинства пациентов, страдающих от уратного или смешанного типа камней, наблюдается изменение pH мочи в кислую сторону, при этом цифры pH составляют в среднем от 4,8 до 5,5 — ацидоз. Именно такая кислая среда способствует созданию условий для кристаллизации солей мочевой и щавелевой кислот. БЛЕМАРЕН® обеспечивает дозозависимое смещение pH мочи от кислых до нейтральных или слабощелочных значений, создавая оптимальные условия для растворения или прекращения роста уже имеющихся конкрементов.

3. Одним из наиболее мощных активаторов кристаллизации является кальций. Он же становится основной составной частью камней мочевыводящей системы. У пациентов с мочекаменной болезнью наблюдается увеличение выделения кальция с мочой — гиперкальциурия. Прием БЛЕМАРЕНА уменьшает активную секрецию кальция в мочу почечными канальцами, снижая, таким образом, его концентрацию и предотвращая кристаллизацию.

4. Прием БЛЕМАРЕНА до проведения сеансов дистанционной литотрипсии (ДЛТ) улучшает общий результат процедуры: — позволяет в более щадящем режиме воздействовать на почку (уменьшение мощности ударной волны); — уменьшает количество сеансов дробления; — снижает количество осложнений в отдаленном периоде.

Продолжительность цитратной

→(Продолжение на стр. 11)



# БЛЕМАРЕН®

Лечение и профилактика мочекаменной болезни

водорастворимые шипучие таблетки



КГ.З.З.1048.05208-2017

- ТОЧНАЯ ДОЗИРОВКА
- УДОБНАЯ УПАКОВКА
- ПРИЯТНЫЙ ЛИМОННЫЙ ВКУС

## ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Растворение камней
- Профилактика камнеобразования в почках
- Подготовка к операции с целью повышения ее эффективности



Альфамед Фарбиль ГмбХ для Эспарма ГмбХ, Германия

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



терапии перед ДЛТ должна составлять не менее 3 недель. За этот период под действием БЛЕМАРЕНА изменяется кристаллическая структура камня, происходят его разрыхление, уменьшение плотности, веса, размера и объема. Кроме того, камень разрушается на более мелкие и сглаженные фрагменты, предотвращая возможную травматизацию мочеточника отходящими осколками.

### Опыт клинического применения препарата БЛЕМАРЕН® в амбулаторном лечении МКБ

Для оценки результатов проведенной цитратной терапии препаратом БЛЕМАРЕН® 1355 человек с диагнозом «мочекаменная болезнь», обратившихся в поликлиническое отделение института урологии, были разделены на две группы. Больным первой группы (n = 923, или 68,1%) требовалась госпитализация, больные второй (n = 432, или 31,9%) нуждались в амбулаторном лечении (Константинова О.В., Шадркин В.А., 2015).

Амбулаторное ведение второй группы заключалось в комплексном обследовании и назначении медикаментозной терапии. Обследование пациентов включало ультразвуковое исследование почек, общий клинический анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови и мочи для изучения обмена камнеобразующих веществ (кальций и мочевая кислота), липидного и углеводного обмена. В случае самостоятельного отхождения камня или при хирургическом лечении выполнялась инфракрасная спектрофотометрия мочевых камней или фрагментов конкрементов для определения их химического состава. При необхо-

димости осуществляли рентгенологическое исследование мочевой системы, компьютерную томографию и микробиологический анализ мочи.

По химическому составу конкрементов больные распределились следующим образом: у 72,5% пациентов был диагностирован кальциевый уrolитиаз (в том числе кальций-оксалатный), 15,6% пациентов имели магниевое-аммониево-фосфатные камни или смешанные с карбонатапатитом, у 11,9% человек выявлена уратная форма мочекаменной болезни. У подавляющего большинства больных (75,2%) были обнаружены сопутствующие нарушения и заболевания: дислипидемия, метаболический синдром, артериальная гипертензия и сахарный диабет.

Анализ данных биохимического обследования пациентов выявил нарушения пуринового обмена, проявляющиеся гиперурикемией и/или гиперурикурией, не только у пациентов с уратной формой, но и у 53,2% больных с кальциевым уrolитиазом и в 58,8% случаев у больных с магниевое-аммониево-фосфатными конкрементами. Гиперкальциурия была выявлена у 79,7% пациентов с кальциевым уrolитиазом, у 38,5% больных — с мочекислой формой заболевания и у 29,4% — с магниевое-аммониево-фосфатными камнями.

Для лечения пациентов с нарушением пуринового обмена, с уратным и кальций-оксалатным уrolитиазом применяли стандарт цитратной терапии — препарат БЛЕМАРЕН®.

Дозировку БЛЕМАРЕНА каждому пациенту подбирали индивидуально, и она соответствовала диапазону 6–18 г в сутки в 2–3 приема для достижения и поддержания рН мочи в интервале 6,2–6,8. РН мочи определяли с помощью

индикаторных полосок и цветовой шкалы, прилагаемых к препарату. Длительность лечения варьировала от 1 до 6 месяцев.

Все пациенты с уратными камнями почек без инфекционно-воспалительного процесса получали БЛЕМАРЕН® в течение 2–3,5 месяца в качестве литолитического средства. Размер конкрементов до лечения варьировал от 0,8 до 2,1 см. Растворение камней было подтверждено ультразвуковым методом у всех указанных пациентов.

Для лечения кристаллурии мочевой кислоты и профилактики камнеобразования препарат назначался пациентам с мочекислым уrolитиазом и большим кальций-оксалатным уrolитиазом в течение 1 месяца. По данным общего клинического анализа мочи, у 99,5% пациентов по окончании приема препарата кристаллы в моче не выявлены.

Применение цитратной терапии в качестве метафилактики позволяет снизить частоту рецидивов камнеобразования в 7,5 раза.

*Дзюрак В.С., Савчук В.И., Желтовская Н.И., Черненко В.В., Козарин Е.И. Использование цитратной смеси Блемарен в лечении и профилактике кальций-оксалатного нефролитиаза // Урология. — 2001. — 3. — 65-70*

Для метафилактики камнеобразования больные уратной формой принимали БЛЕМАРЕН® в течение 6 месяцев. При обследовании по окончании лечения показатели общего клинического анализа мочи были в норме. При ультразвуковом исследовании почек конкрементов не выявлено в 100% случаев.

Таким образом, исследование

Цель назначения БЛЕМАРЕНА	Эффективность, %
Литолиз	100
Лечение кристаллурии мочевой кислоты	100
предупреждение кристаллурии оксалатов	99,5
Профилактика рецидива мочекислых камней	100

продемонстрировало, что патогенетически обоснованным методом лечения является назначение цитратной смеси БЛЕМАРЕН®. Общая терапевтическая значимость БЛЕМАРЕНА в растворении конкрементов и профилактике их повторного образования составила 96,9%. Важно, что данная терапия может осуществляться не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях, поскольку результативна и удобна в применении.

Дозировка цитратных смесей должна корректироваться самими пациентами в соответствии с рН мочи.

Мониторинг рН мочи с помощью индикаторных полосок необходимо проводить три раза в день через равные интервалы (уровень рекомендаций А).

*Guidelines on Urolithiasis. C. Türk et al. European Association of Urology, 2015*

Шипучие таблетки перед приемом растворяют в 150–200 мл жидкости (воде или разведенном фруктовым соке). Препарат принимается после еды три раза в день через равные промежутки времени, начиная с 1 таблетки на один прием. Важным аспектом контроля результативности и безопасности приема БЛЕМАРЕНА является наличие индикаторных тест-полосок и цветовой шкалы в каждой упаковке препарата. Это помогает каждому пациенту самостоятельно определять рН мочи перед каждым приемом и при необходимости иметь возможность сразу же корректировать дозу БЛЕМАРЕНА.

### Итоги

1. Цитратная терапия является единственным методом, который обладает доказанным патогенетическим действием в лечении мочекаменной болезни или ее метафилактике, что отмечено в Рекомендациях по диагностике и лечению уrolитиаза Европейской ассоциации урологов. Причем при установлении диагноза уратного нефролитиаза возможно полное растворение камня с помощью только лишь цитратных смесей (БЛЕМАРЕН®) без проведения литотрипсии или оперативного лечения.

2. В комплексном лечении мочекаменной болезни назначение цитратного препарата (БЛЕМАРЕН®) показано всем пациентам с нарушением обмена мочевой кислоты, гипероксалурией и гиперкальциурией. Применение БЛЕМАРЕНА в этой группе пациентов позволяет достичь 99,6% результативности как в растворении конкрементов, так и в предупреждении их повторного образования.

3. Неинвазивность цитратной терапии, ее патогенетическая направленность и прекрасные результаты лечения позволяют этому методу стать первоочередным в лечении и метафилактике мочекаменной болезни, позволяющий проводить действенную терапию не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях.

Список литературы в редакции  
Автор: Татьяна Чистик  
Журнал «ПОЧКИ» 4 (14) 2015

# Стресс и тревожность у детей: причины и методы коррекции

Е.С. Акарачкова, Международное общество «Стресс под контролем», Москва, Россия, Д.В. Блинов, ЛДЦ «Лапино», Москва, Россия, О.В. Котова, НИО неврологии ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, Е.В. Травникова, Кафедра физической культуры РАНХ и ГС, Москва, Россия, Е.В. Царева, МЦ «Унисон», Москва, Россия

## Стресс: клинические проявления

Стресс – это не просто волнение или нервное напряжение, это системный нейроэндокринный ответ, который активируется в первую очередь сочетанным действием симпатической нервной и эндокринной систем<sup>[1, 2]</sup>.

Не всегда легко распознать, когда ребенок пребывает в состоянии стресса. Однако можно выделить основные проявления стресса у детей и подростков<sup>[3-5]</sup>:

- перепады настроения и раздражительность;
- повышенная тревожность и чувство опасения;
- повышенная утомляемость;
- нарушения сна;
- ночное недержание мочи;
- физический дискомфорт, в т.ч. боли в животе, груди, спине и головные боли;
- трудности с дыханием в сочетании с тетаниями, парестезиями в области ладоней, стоп и периорально, сведением мышц ног и рук;
- суетливость и проблемы с концентрацией внимания, что резко снижает успеваемость;
- ребенок становится замкнутым или много времени проводит в одиночестве, избегает контактов как со сверстниками, так и со своими близкими, в т.ч. с родителями. Перечисленные симптомы различны по интенсивности и в целом их можно рассматривать как проявление нарушенной адаптации.

**Важно!** Стресс может представлять опасность и становится проблемой, когда у ребенка нарушается адаптация и имеет место плохой контроль стресса.

## Общие причины (источники) стресса у современного ребенка

1. Важные (значимые) жизненные изменения (психотравмирующие события, личностные потери, хронические конфликты в семье, агрессивность отца, развод родителей, потеря работы и другие виды стресса у родителей<sup>[5, 6]</sup>; расставание с близкими друзьями, переезд семьи, хронические заболевания или инвалидность родителей)<sup>[7, 8]</sup>.

2. Трудности взаимоотношений в социуме: если некоторые конфликты – это нормально и время от времени это здоровая характеристика человеческих взаимоотношений, то хронические и нерешенные конфликты, которые характеризуются трудностями взаимоотношений, служат причиной значимого персонального стресса и представляют собой серьезный риск развития, например, сердечно-сосудистых нарушений и заболеваний<sup>[9]</sup>.

3. Условия учебы и академический стресс (загруженность ребенка уроками, конфликты с учителями и школьные дидактогении, расставание с родителями у дошкольников).

4. Окружающие (средовые факторы): в результате экологических стрессов дети испытывают больший риск инфекционных, аллергических заболеваний, болезней органов дыхания, а также стресс-связанных психосоматических расстройств<sup>[10]</sup>. Также дети, которые видят тревожные образы по телевизору или слышат разговоры о стихийных бедствиях, войнах и терроризме, могут

беспокоиться о собственной безопасности и безопасности людей, которых они любят.

## Последствия стресса у детей и подростков

Механизмы адаптации к стрессам у детей и подростков несовершенны. Субъективное восприятие стресса в сочетании с индивидуальными (генетические, биологические, психологические) различиями в поведении могут приводить к развитию негативных психологических, соматических и поведенческих последствий стресса.

**Соматические последствия стресса.** При длительном или многократно повторяющемся стрессе развиваются или обостряются хронические соматические заболевания. Распространенность психосоматических расстройств у детей и подростков составляет от 10 до 25%<sup>[9, 11, 12]</sup>.

**Психические расстройства.** Тревога и депрессия – наиболее частые последствия как экстремальных, так и затянувшихся хронических стрессов. Чувство тревоги в период стресса могут испытывать и здоровые дети. Однако хронический или экстремальный стресс способствует формированию патологической тревоги, которая всегда приводит к подавлению (истощению), а не усилению адаптационных возможностей организма. У детей и подростков тревожные расстройства представлены широким спектром клинических проявлений (табл. 1).

Тревожные расстройства дебютируют в раннем детстве (3–5 лет) или подростковом возрасте.

Тревожные расстройства – психические расстройства, которые на протяжении первых двух десятилетий жизни связаны с нарушением формирования адаптации в обществе, а также развития когнитивной и поведенческой сферы (неуспеваемость в школе и отсутствие профессиональных достижений/несостоятельность)<sup>[13]</sup>.

Тревожные расстройства могут выступать в качестве как самостоятельного, так и сопутствующего состояния при многих заболеваниях и патологических состояниях у детей, включая нарушения развития речи и школьных навыков; синдром дефицита внимания и гиперактивности, первичные головные боли (мигрень и головную боль напряжения), эпилепсию, последствия перинатального поражения нервной системы, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, расстройств аутистического спектра и др. Симптомы тревожного расстройства могут быть распределены на три основные группы:

1) Симптомы эмоциональных нарушений – постоянное беспокойство, грусть, раздражительность и гневливость, ощущение разочарования и недовольства, плач, которые не соответствуют существующим обстоятельствам и сохраняются продолжительное время.

2) Изменение поведения – избегание друзей и сверстников, совместных с ними занятий, повторные обращения к взрослым за утешением и поддержкой, ненужные частые извинения перед другими людьми, склонность к

→(Продолжение на стр. 13)

Таблица 1. Виды тревожных расстройств, встречающихся у детей и подростков (по данным DSM-V)

Тип расстройства и распространенность	Диагностические критерии и основные клинические проявления	Возраст дебюта
Тревожное расстройство в связи с разлукой. Около 4% детей и 1,5% подростков	Страх и болезненные опасения, что при реальной или воображаемой угрозе расставания что-то случится плохое с самим ребенком или его близкими (обычно родителями). Ребенок стремится избежать расставания. Испытывает чрезмерный страх, печаль, уходит в себя. С другой стороны, наблюдаются приступы ярости, крика со стремлением удержать рядом близкого человека. Отказывается быть в ситуациях, когда может оказаться один	5–8 лет
Селективный мутизм. Менее 1% детей	Ребенок перестает разговаривать со всеми, кроме небольшого круга знакомых людей. Это продолжается в течение нескольких месяцев. Несмотря на сохранную речь, сознательно отказывается от речевого (а иногда и от любого) общения в ситуациях, являющихся для него психотравмирующими (как в детском коллективе, так и среди взрослых). Ребенок не просто отказывается говорить, он не в состоянии это сделать из-за ощущения, что его речь словно «застывает». Со временем он учится предвидеть ситуации, которые провоцируют мутизм, и старается их избегать. Селективный мутизм возникает в период активного становления речи или при поступлении в детский сад либо в школу, что ограничивает коммуникативные возможности, может исказить психическое развитие, затруднять социальную адаптацию ребенка	До 5 лет
Фобическое тревожное расстройство (специфические фобии), 6–9% детей и подростков	Интенсивный страх перед определенными ситуациями и объектами, сопровождающийся реакцией избегания из-за убежденности в том, что они опасны и причинят вред/травму. Самые распространенные патологические страхи у детей вызваны животными, насекомыми, темнотой, громкими звуками, клоунами, людьми в масках и выглядящими необычно; видом крови, инъекциями	От раннего возраста до 10 лет
Социальное тревожное расстройство, 2–7% детей и подростков	Интенсивный страх, сопровождающийся реакцией избегания, перед ситуациями, связанными с социальными контактами, любыми формами поведения в общественных местах, когда ребенку/подростку кажется, что у него ничего не получится, его оценят негативно, могут высмеять. К таким ситуациям относятся публичные выступления, ответы на уроках перед классом, сдача экзаменов, новые знакомства со сверстниками, беседы со старшими или руководящими лицами, в т.ч. с педагогами в школе, встречи и др., когда индивидум оказывается в центре внимания окружающих	7–13 лет
Генерализованное тревожное расстройство. Около 1% подростков	Чрезмерная тревога с ощущением возможности неблагоприятного развития самых разных событий и обстоятельств, имеющих отношение к семье, состоянию своего здоровья и членов семьи, финансовому положению, друзьям, школе, спортивным выступлениям, а также повседневным делам. Характерны постоянный поиск поддержки у родителей и других людей в связи с собственными страхами, избегание всего нового, негативных новостей, неопределенных ситуаций, вероятности допустить ошибку. Типично наличие во время беспокойства соматических симптомов, бессонницы, раздражительности, нарушений концентрации внимания, мышечного напряжения	10–12 лет
Паническое расстройство. Редко у детей и подростков	Повторяющиеся и развивающиеся неожиданно, без связи с какой-либо ситуацией приступы крайней тревоги (паники), которые быстро достигают пика проявлений, сопровождаются угрожающими, по мнению пациента, соматическими симптомами (ознободобная дрожь, нехватка воздуха, сердцебиение, боль или дискомфорт в груди, головокружение, тошнота, профузный пот, оцепенение, парестезии, чувство бессилия), страхом смерти или сумасшествия	Чаще в молодом возрасте, но иногда может начинаться в 13–15 лет, крайне редко – в детстве
Обсессивно-компульсивное расстройство. От 0,05 до 1,00%	Назойливые, повторяющиеся мысли, которые больной не в состоянии сам подавить, и повторные стереотипные действия, выполняемые в ответ на навязчивую идею. Включает навязчивый (обсессивный) и вынужденный (компульсивный) компоненты	10 лет и позже

дрожанию (тремору), нарушения сна (трудности засыпания, беспокойный сон, страшные сны, бессонница).

3) Соматические нарушения в виде головной боли, головокружения, чувства нехватки воздуха с приближением обморока, ощущения спазмов и болей в животе, тошноты, рвоты, поноса, парестезий (покалывание, онемение) в области лица или рук, неустойчивости или слабости в ногах и др.

**Важно!** Тревога может маскировать депрессию раннего возраста, а приступообразные страхи могут быть проявлением эндогенных психических расстройств.

Депрессивные расстройства дебютируют в более позднем возрасте (старше 1–12 лет) и, как правило, возникают вторично – после появления тревоги. Более склонны к депрессивным расстройствам дети, у которых имеются проблемы взаимоотношений со сверстниками, постоянная тревога, отсутствие социальной поддержки, негативные переживания в раннем детстве, проблемы с поведением в детском и подростковом возрасте, а также наличие депрессии у родителей. Чувство одиночества в детстве предсказывает ухудшение социального функционирования в подростковом возрасте, а это в свою очередь предсказывает депрессию в зрелом возрасте.

Клинически депрессия у детей может проявляться в виде следующих симптомов и их сочетаний: — высокая степень общей и школьной дезадаптации (психосоматические расстройства в сочетании с негативным отношением к школе и учителям, плохой успеваемостью, конфликтами со сверстниками); — негативная эмоциональность (тревожность, сложность межличностных отношений, в т.ч. и внутрисемейных, низкая самооценка, подверженность стрессам, печаль, чувство одиночества, ссоры между братьями и сестрами); — множество проблем с поведением (агрессивность, невнимательность, гиперактивность); — высокая эмоциональная реактивность (уязвимость, возбуждение, раздражительность); — плохие социальные навыки (низкий уровень общения, сотрудничества, напористости, ответственности, соперничества, активного участия в жизни, самообладания); — низкий уровень стрессоустойчивости, т.е. низкое чувство компетентности (низкий уровень оптимизма и самоэффективности, адаптируемости) и принадлежности к обществу (низкий уровень доверия, низкая социальная поддержка, чувство дискомфорта, низкая терпимость к трудностям).

**Важно!** Наличие у пациента суицидальных мыслей, продуктивной симптоматики или психические заболевания в анамнезе – все это служит основанием для консультации и ведения пациента исключительно психиатром.

Нарушения поведения могут проявляться как злоупотреблением психоак-

тивными веществами, так и насилием, пищевыми расстройствами или склонностью к аварийному поведению (связано с высокой вероятностью травматизации и аварийных ситуаций).

### Стадии стресс-связанных симптомов

Симптомы первой стадии. Первоначально ребенок демонстрирует поведенческие симптомы стресса. Врач может установить эти симптомы клинически путем расспроса пациента при сборе анамнеза и наблюдая за поведением пациента на приеме.

Симптомы второй стадии. Если первоисточник стресса продолжает действие, человек входит во вторую стадию, которая обычно проявляется физическими (соматическими) симптомами.

Симптомы третьей стадии. Чем дольше и серьезнее причина стресса (например, развод родителей, переезд семьи или конфликт со сверстниками) и при этом адаптационные и копинг-ресурсы ребенка недостаточны, симптомы утяжеляются и становятся более продолжительными. Появляется риск развития психосоматических расстройств. И в связи с этим стресс должен рассматриваться как потенциальный провоцирующий и усугубляющий уже имеющиеся расстройства фактор. Кроме того, как только врач выявляет симптомы стресс-связанных расстройств, встает вопрос о необходимости комплексной терапии. Поскольку тревога и депрессия – наиболее частые стресс-связанные расстройства, необходим мультидисциплинарный подход с привлечением различных специалистов, в т.ч. психиатров при наличии выраженных тревожных и депрессивных расстройств.

### Профилактика и лечение стресса

Профилактика и лечение стресса основаны на управлении и контроле стресса, что повышает приспособительные (адаптационные) возможности<sup>[14]</sup>. Для этого необходимо активное выявление детей, которые не справляются со стрессовыми жизненными событиями. В последующем с ними проводят комплекс поведенческих и психотерапевтических мероприятий, направленных на устранение причины стрессового состояния ребенка, а также на нормализацию биологических ритмов, физической активности, питания, что в итоге способствует повышению уровня самоконтроля и формированию и/или улучшению навыков преодоления стресса (копинг-стратегии)<sup>[9]</sup>.

В профилактике стресса у детей и подростков условно выделяют 5 составляющих:

- I. Развитие базовых навыков и элементы психотерапии.
- II. Участие и внимание родителей.
- III. Соблюдение режима труда и отдыха.
- IV. Регулярная физическая активность.
- V. Адекватное питание. Ежедневное

применение этих методов обеспечивает поведенческую и психологическую поддержку, они помогают изменить ответы ребенка на ежедневные стрессорные воздействия.

I. Базовые навыки профилактики стресса направлены на повышение стрессоустойчивости, физиологического баланса и позитивного аффекта у ребенка. Ниже представлены основные навыки, которым необходимо научить ребенка для ежедневных самостоятельных занятий:

А) Диафрагмальное дыхание, т.е. медленное, глубокое дыхание животом, которое может оказать положительное влияние в моменты гнева или сильных эмоций, потому что медленный и глубокий выдох способствует замедлению сердечного ритма.

Б) Регулярные упражнения, развивающие гибкость, помогают снять напряжение крупных мышц тела, которое неизбежно возникает в результате стресса. Это мягкое растягивание рук и ног, сгибание головы из стороны в сторону, круговые движения плечами и растягивание задней поверхности ног. Особенно это важно для детей старшего возраста, которые в течение длительного периода времени работают за компьютером, что приводит к мышечному напряжению.

В) Регулярные перерывы через каждые 30 минут или час работы.

Г) Чувство юмора и смех позитивно влияют на стрессоустойчивость.

Д) Важно научить ребенка адекватному выходу эмоций, что необходимо, но иногда для эмоционального выражения возникают социальные барьеры. Поэтому можно рекомендовать три безопасные техники выхода эмоций:

- личные дневники, которые обеспечивают конфиденциальность, должны использоваться по собственному усмотрению;
- беседа (разговор) – выражение эмоций в безопасных поддерживающих отношениях;
- игра – с воспроизведением плача, смеха и крика в соответствующей обстановке, где эмоции могут быть естественно выражены.

Е) Смена деятельности дает возможность переключить внимание ребенка и легче пережить ему влияние стресса, но при этом не учит пациента избегать реальности и призвана сокращать периоды ожидания отрицательных последствий стресса, способствует более быстрому восстановлению. Сменой деятельности могут быть такие различные позитивные моменты в жизни, как совместное времяпрепровождение с родителями, расслабление в тихом спокойном месте и обстановке. Релаксационные тренировки (обучение расслаблению) – это естественный «противовес» реакции напряжения, предназначенный для минимизации негативных реакций на стресс.

В настоящее время существует большой арсенал релаксационных методов. Главное, чтобы методика была проста для понимания и выполнения с частотой один или два раза в день по 10–20 минут.

Например, можно рекомендовать следующую последовательность выполнения релаксационных тренировок: — выбери спокойное место; — сядь удобно в комфортной позе; — закрой свои глаза; — расслабь свои мышцы; — дыши медленно и естественно; — будь пассивным; позволь мыслям

свободно приходить и уходить; — продолжай этот процесс около 20 минут; не включай будильник; — когда будешь готов, открой глаза и снова займись своими делами. Медикаментозная терапия, особенно в сочетании с психотерапией, позволяет формировать навыки стрессоустойчивости в детском и юном возрасте, что является мощным защитным фактором против стресс-связанных расстройств в течение жизни. Ее цель – научить пациента саморегуляции и самоконтролю во время стресса. Психотерапия проводится врачом-психотерапевтом после психологического консультирования, которое позволяет отличать нормальный (физиологический) ответ на стрессоры от неадекватного ответа, а также значительно повышает эффективность проводимого медикаментозного лечения. В настоящее время известно и осуществляется на практике около 200 разновидностей психотерапии для детей и подростков<sup>[15]</sup>.

Когнитивная поведенческая терапия в сочетании с релаксационными методиками (мышечное расслабление, глубокое дыхание) используется в терапии большей части страхов, фобий и тревожности у детей, в т.ч. для лечения ночных страхов<sup>[16–18]</sup>.

Медикаментозная терапия направлена на восстановление баланса в ЦНС, в т.ч. подавление тревожных реакций и активацию собственных противотревожных механизмов.

Современная психотропная терапия направлена на восстановление баланса нейромедиаторов на самых разных уровнях структурно-функциональной организации – от молекулярного до уровня целостного мозга; β-адренблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ноотропы, метаболики, сосудистые препараты, витамины часто имеют возрастные ограничения к назначению, но, что гораздо важнее, оказываются малоэффективными для купирования последствий стресса – тревоги и/или депрессии. К основным группам препаратов, которые могут применяться (преимущественно в комбинациях), относятся:

- 1) Анксиолитики:
  - а) бензодиазепины (с 18 лет);
  - б) атипичные бензодиазепины (с 18 лет);
  - в) ГАМК (γ-аминомасляная кислота)-ергические препараты (с 18 лет);
  - г) с другими механизмами действия.
- 2) Антидепрессанты (сертралин с 4 лет, остальные в более старшем возрасте).
- 3) Малые нейролептики (с 5–6 лет).
- 4) Препараты, определяющие работу NMDA (N-метил-D-аспартат)-рецепторов.

Важную роль в патогенезе стресса, когнитивных и эмоциональных нарушений при стресс-связанных расстройствах играют глутаматергическая система и NMDA-рецепторы головного мозга (рецепторы глутамата, селективно связывающие N-метил-D-аспартат), которые возбуждаются при любом стрессе. Например, Тенотен детский, в состав которого входят релаксационные антитела к мозгоспецифическому белку S100 (P-A AT S100), концентрация которого изменяется при патологической тревоге, а также депрессии, органической патологии головного мозга (например, ишемии и других видах психоневрологической патологии).

В нормальных физиологических условиях роль белка S100 огромна. Он

**Таблица 2.** Рекомендуемая длительность сна в часах у детей в зависимости от возраста<sup>[27]</sup>

Возраст	Рекомендуется	Максимум и минимум
Новорожденные (0–3 месяца)	14–17	18–19 и 11–13
Младенцы (4–12 месяцев)	12–15	16–18 и 10–11
Ранний детский возраст (1–2 года)	11–14	15–16 и 9–10
Дошкольники (3–5 лет)	10–13	14 и 8–9
Младший школьный возраст (6–13 лет)	9–11	12 и 7–8
Подростки (14–17 лет)	8–10	11 и 7

синтезируется клетками нейроглии для облегчения проникновения ионов  $Ca^{2+}$  внутрь нейронов, что способствует повышению их производительности. Однако в состоянии хронического или экстремального стресса клетки глии выбрасывают измененное количество белка-модулятора, что в итоге запускает механизмы эксайтотоксичности. Поэтому нормализовать активность данного белка при стрессе очень важно. Стоит отметить, что влияние и эффективность Тенотена детского у детей на соматовегетативные проявления тревоги доказаны во многих клинических исследованиях<sup>[19-21]</sup>.

В целом можно утверждать, что препарат обладает мультимодальным воздействием на следующие системы:

- ГАМК-ергическую;
- NMDA-рецепторную;
- серотонинергическую;
- сигма-1-рецепторную.

При этом отсутствует побочное влияние на когнитивную сферу, нет привыкания. Тенотен детский – это в первую очередь модулятор, а не блокатор или активатор. Релиз-активные антитела к белку S100 приводят к восстановлению естественного баланса между процессами торможения и возбуждения в ЦНС. Поэтому клетка продолжает работать в естественных комфортных, а не тревожно-возбужденных условиях.

#### II Рекомендации для родителей:

1) каждый день уделяйте время вашему ребенку: даже когда он становится старше, нуждается в вашем внимании;

2) сделайте пребывание ребенка с вами доступным, чтобы он мог поговорить или просто побыть с вами в одной комнате;

3) не пытайтесь заставить ребенка говорить при его нежелании это делать, даже если вы знаете, что он чем-то обеспокоен. Иногда дети чувствуют себя лучше, когда вы просто проводите время рядом с ними.

Главное для родителей – не упустить момент, когда ребенок начинает обсуждать свои проблемы вне семьи и делает это с посторонними (сверстники, социальные сети).

Конечно, у большинства родителей есть навыки, как справиться со стрессом своего ребенка. Но когда у ребенка изменяется поведение, что вызывает значительные проблемы в школе, или появляются симптомы, которые вызывают беспокойство как у родителей, так и у педагогов, и при этом ребенок не желает говорить о них, стоит обратиться к врачу. Обратиться за профессиональной помощью необходимо, когда любое изменение в поведении сохраняется и тем самым вызывает серьезное беспокойство родителей.

#### III. Рекомендации по соблюдению режима труда и отдыха

Потребность во сне зависит от возраста ребенка (табл. 2).

Стрессы часто приводят к нарушениям сна. Даже после краткосрочного стресса, на фоне которого имел место плохой сон в течение нескольких ночей, ребенок может сосредоточивать свое внимание на неспособности спать, тем самым «закрепляя» проблему.

Тревожные нарушения также сопровождаются нарушениями сна, хронизация которых чаще встречается у девочек.

На фоне тревожности нарушается засыпание, до 50% детей с тревогой отмечают ранние пробуждения. Днем у ребенка могут отмечаться эмоцио-

нальная лабильность, раздражительность<sup>[22]</sup>.

На данный момент нет лекарственных средств, одобренных для медикаментозной коррекции инсомнии у детей<sup>[23]</sup>. Для нормализации сна, в первую очередь ребенка, необходимо научить соблюдать правила гигиены сна, которые позволяют улучшать наступления сна:

- ложиться спать и вставать в одно и то же время (в т.ч. с помощью будильника); также важно избегать отклонения времени пробуждения по выходным дням более 2 часов;
- не ложиться спать в рассерженном состоянии;
- выработать определенный ритуал засыпания (например, прогулка перед сном, теплая ванна);
- можно использовать водные процедуры перед сном: теплый душ (комфортной температуры) до ощущения легкого мышечного расслабления; использование контрастных водных процедур, излишне горячих или холодных ванн не рекомендуется;
- использовать кровать только для сна, а не для того, чтобы есть, читать, лежать;
- не наедаться на ночь;
- не следует перед сном разрешать ребенку в качестве отдыха после выполнения домашнего задания играть в компьютерные игры/пользоваться гаджетами, т.к. они обладают возбуждающим действием;
- уменьшить стрессовые ситуации, умственную нагрузку, особенно в вечернее время;
- регулярно заниматься физическими упражнениями в утреннее или дневное время или организовать физическую нагрузку вечером, но не позднее, чем за

3 часа до сна;

• объяснить ребенку, что, если заснуть не удастся, не следует себя заставлять: нужно встать через определенный промежуток времени (например, 30–40 минут) и чем-нибудь заняться до появления желания заснуть.

#### IV. Физическая активность

Во всем мире 81% детей и подростков испытывают недостаток физической активности<sup>[24]</sup>. В то же время регулярная физическая активность благоприятно влияет на физическое и социальное развитие благодаря предоставлению возможностей для самовыражения, формирования уверенности в себе, социального взаимодействия и интеграции.

Считается также, что физически активные подростки с большей готовностью принимают здоровые формы поведения (например, не употребляют табак, алкоголь и наркотики) и демонстрируют более высокие результаты в школе<sup>[24]</sup>.

Регулярная физическая активность позволяет снять напряжение, повысить адаптацию и стрессоустойчивость. Для детей и подростков физическая активность предполагает игры, состязания, занятия спортом, оздоровительные мероприятия, физкультуру или плановые упражнения в рамках семьи, школы и спортивных организаций.

Для укрепления сердечно-сосудистой системы, скелетно-мышечных тканей и снижения риска инфекционных заболеваний рекомендуется следующая практика физической активности:

- ежедневные занятия физической

→(Продолжение на стр. 15)



# Тенотен

## детский

**СОВРЕМЕННЫЙ УСПОКАИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ  
С ВЕГЕТОТРОПНЫМ И НООТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ**



Рег. уд. ЛС Р. №ЛПС-003309/07

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

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





ООО "НПО" Материа Медика Холдинг"  
 127473, Россия, г. Москва, 3-й Самотечный пер., д.9. Тел./факс: (495) 276-16-71  
 www.materiamedica.ru

активностью от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности не менее 60 минут. Эти занятия также можно распределять менее продолжительными блоками на протяжении всего дня (например, 2 раза в день по 30 минут);

- физическая активность продолжительностью более 60 минут в день приносит дополнительную пользу для здоровья;

- большая часть ежедневной физической активности должна приходиться на аэробiku (ходьба, бег, велосипедные или лыжные прогулки по пересеченной местности, групповые игры, теннис, тренировки в плавательном бассейне, ритмичные танцы, аквааэробика и другие виды фитнеса). Физическая активность высокой интенсивности, включая упражнения по развитию скелетно-мышечных тканей, должна проводиться как минимум 3 раза в неделю<sup>[25]</sup>.

Эти рекомендации подходят для всех детей и подростков независимо от пола, расы, этнической принадлежности или уровня дохода.

Для детей, ведущих пассивный образ жизни, рекомендуется прогрессивное повышение активности для достижения в конечном итоге указанной выше цели. Следует начинать с небольших объемов физической активности и постепенно увеличивать продолжительность, частоту и интенсивность. Необходимо также иметь в виду, что для детей, не занимающихся на данный период времени физической активностью, активность в объемах ниже рекомендуемых уровней принесет больше пользы, чем полное ее отсутствие<sup>[25]</sup>. По возможности дети и подростки с инвалидностью также должны следовать этим рекомендациям, которые врач может скорректировать по подходящему типу и объему физической активности в соответствии с учетом их инвалидности.

**Важно!** До занятий за 1,0–1,5 часа и 1 час после занятий должен быть полноценный прием пищи, сбалансированной по количеству потребляемых

Таблица 3. Рекомендации по питанию в зависимости от возраста ребенка [14]

Возраст, годы	Энергетическая ценность, ккал	Белки, г		Жиры, г			Углеводы, г
		всего	в т.ч. животные	всего	в т.ч. растительные	линолевая кислота, % энерг. цен. рациона	
6	2000	69	45	67	10	3	285
7–10	2350	77	46	79	16	3	335
11–13 (мальчики)	2750	90	54	92	19	3	390
11–13 (девочки)	2500	82	49	84	17	3	335
14–17 (юноши)	3000	98	59	100	20	3	425
14–17 (девушки)	2600	90	54	90	18	3	360

углеводов, жиров и белков, в т.ч. и в виде специально разработанных спортивных белково-углеводных питательных смесей. Если ребенок голоден или от последнего приема пищи прошло более 1,5 часа, к физическим нагрузкам он не допускается во избежание обмороков и других последствий метаболического стресса<sup>[26]</sup>.

Роль семьи в поощрении активного образа жизни ребенка. Рекомендации для родителей:

- 1) ограничьте время пребывания перед компьютером и телевизором (не более 2 часов в день), особенно за 2–3 часа до сна. Для детей до 2 лет телевизор, компьютер, мобильные устройства должны быть исключены полностью;
- 2) организованного спорта для детей старше недостаточно, поощряйте детей быть активными ежедневно: ходить пешком, кататься на велосипеде, прыгать через скакалку и т.д.;
- 3) в школу дети должны ходить пешком, даже если это не очень близко от дома, а не ездить на машине;
- 4) вместо эскалатора или лифта лучше подниматься пешком по лестнице;
- 5) привлекайте детей к домашним делам: покупка продуктов, уборка листьев или снега;
- 6) родителям важно обеспечить полную безопасность ребенка при его активных занятиях, особенно при таких видах физической активности, как езда на велосипеде, катание на роликах и скейтбордах, игра в футбол. Обязательно используйте средства инди-

Таблица 4. Возрастные нормы потребления минеральных веществ (в сутки) [28]

Возраст, лет	Минеральные вещества							
	кальций, мг	фосфор, мг	магний, мг	железо, мг	цинк, мг	йод, мг	селен, мг	
1–3	800	800	150	10	5	70	15	
4–6	900	1350	200	10	8	90	20	
6 (дошкольники)	1000	1500	250	12	10	100	25	
7–10	1100	1650	250	12	10	100	25	
11–13	мальчики	1200	1800	300	15	15	130	45
	девочки	1200	1800	300	18	12	130	45
14–17	юноши	1200	1800	300	15	15	140	50
	девушки	1200	1800	300	18	12	140	50

видуальной защиты (наколенники, перчатки, шлемы);

7) ребенок должен быть одет в удобную спортивную форму и обязательно быть в спортивной удобной обуви с хорошей супинацией<sup>[25]</sup>.

#### V. Питание детей

Несмотря на то что питание играет косвенную роль в реакции на стресс, правильное питание способствует улучшению общего состояния ребенка. Здоровые пищевые привычки уменьшают подверженность стрессу. Питательные вещества, витамины и микроэлементы должны поступать в организм с пищей. Их соотношение должно быть сбалансировано (табл. 3 и 4).

#### Заключение

Стрессы и негативные жизненные события вызывают у детей и подростков физическое и психическое неблагополучие, снижают их способность к

самоконтролю. Ответная реакция на стресс может обеспечить непосредственное выживание организма, но также и поставить под угрозу физическое и психическое благополучие ребенка. В ответ на стрессорное воздействие запускаются реакции, задача которых максимально перераспределить энергию и адаптационные ресурсы в те части тела, которые имеют решающее значение для самозащиты. Но с другой стороны, эти реакции могут повернуться против самого человека. Медикаментозная терапия в сочетании с изменением образа жизни ребенка, включая правильное питание, физические упражнения, отдых и развитие позитивных навыков преодоления трудностей, могут существенно изменить способность адаптироваться и минимизировать тревожность и другие последствия хронического стресса.

**Список литературы в редакции.**

### ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ОТ НЕМАН-ФАРМ

## СКИДКА 5%

НА ВСЕ НАШИ ТОВАРЫ ПРИ ЗАКАЗЕ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ-АПТЕКУ [www.neman.kg](http://www.neman.kg)



ДОСТАВКА ОТ 150 СОМ, ПРИ ЗАКАЗЕ НА СУММУ БОЛЕЕ 3000 СОМ ДОСТАВКА БЕСПЛАТНАЯ

### Как сэкономить свое время не бегая по аптекам?

Теперь Вы можете приобрести аптечные товары сети Неман-Фарм не выходя из дома. Более 10000 аптечных товаров Вы можете приобрести через нашу интернет-аптеку [www.neman.kg](http://www.neman.kg).

Также заказав товары на сайте [www.neman.kg](http://www.neman.kg) вы получаете **5% скидку**.

Мы каждый день работаем над улучшением интернет-аптеки, чтобы каждый мог сэкономить время поездки и приобрести нужный товар с удобством. Теперь совершая заказ, вы можете получить свой товар, лекарства и аптечные товары, с доставкой до самых дверей, в пределах столицы всего от 150 сом. А при заказе товаров на сумму более 3000 сом, доставка и вовсе бесплатная!

А ещё, Вы можете заказать на указанное время свою покупку, с пометкой самовывоз. Операторы свяжутся с Вами, а по пути домой, без очередей заберете свою покупку.

#### [www.neman.kg](http://www.neman.kg) - это:

- приемлемые цены
- доступ к единому каталогу товаров сети аптек Неман-Фарм
- доставка в любое время суток по г. Бишкек
- удобный поиск нужного Вам товара
- постоянные акции и скидки

**Сэкономьте своё время и деньги на поиски нужного лекарства в аптеках города, зайдя и купив в интернет аптеке [www.neman.kg](http://www.neman.kg).**

**ПРОМОАКЦИЯ, доставка 99 сом по городу Бишкек до 01.09.2018 г.**

По регионам: г. Талас, г. Нарын, г. Каракол, г. Ош, г. Джалал-Абад, г. Баткен доставка в течение 1-2 дня, тоже 99 сом до 01.09.2018г, после 200 сом.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Национальный центр охраны материнства и детства, Кыргызский научный центр гематологии

# Железодефицитная анемия. Скрининг, профилактика и лечение. Клинический протокол

## Введение железодефицитной анемии у детей

У детей младшего возраста ЖДА встречается довольно часто. Интенсивные обменные процессы приводят к тому, что даже у доношенных детей с благополучным перинатальным анамнезом на исключительно грудном вскармливании к 5-6-ти месяцам жизни и у недоношенного ребенка к 3-4-м месяцам антенатальные запасы железа истощаются.

Содержание железа в грудном молоке недостаточно для удовлетворения растущих питательных потребностей доношенного ребенка после 6-ти мес. и у недоношенного ребенка к 3-4 месяцам жизни.

### Скрининг на ЖДА (ВОЗ, 2011; 2014; 2015)

1. Проверить уровень Hb у всех доношенных детей в возрасте 6-ти месяцев.
2. Проверить уровень Hb у всех недоношенных детей не позднее чем в возрасте 3-х месяцев.
3. Повторное измерение уровня Hb у всех детей в возрасте 12-ти и 24-х месяцев.
4. У девочек подросткового возраста измерение уровня Hb проводится также как у небеременных женщин небеременных (см. раздел «ЖДА у небеременных женщин небеременных»).
5. Анемия в возрасте с 6-ти до 59-ти месяцев определяется при уровне Hb ниже 110 г/л, старше 59-ти месяцев – при Hb 120 г/л (см. приложение 1, табл. 1).

### Кормление доношенных детей, недоношенных или детей с малым весом при рождении

1. Продолжать до 6-ти месячного возраста исключительно грудное вскармливание.
2. В случае преждевременного прекращения грудного вскармливания (отнятия от груди) использовать железосодержащую адаптированную смесь до достижения ребенком 12-ти месячного возраста.
3. Избегать приема цельного коровьего молока до достижения ребенком 12-ти месячного возраста.
4. После достижения 6-ти месячного возраста начать введение прикорма – твердой пищи.
5. Для улучшения усвояемости железа следует включить в пищевой рацион ребенка продукты, богатые аскорбиновой кислотой (фрукты, овощи или сок) и мясо.
6. Необходимо проводить обучение и консультации родителей по рациональному кормлению детей в целях профилактики ЖДА. Беседы медработника с родителями/опекунами

должны включать исключительно грудное вскармливание, время начала прикорма, продолжительность грудного вскармливания, и использование порошкообразных пищевых добавок для обогащения пищи в домашних условиях.

### Профилактика ЖДА у детей

1. Рекомендуется позднее перевязывание пуповины (через 1 и не позднее 3 минут после родов) для улучшения статуса содержания железа у новорожденного.
2. Дети в возрасте от 6-ти до 23-х месяцев должны ежедневно получать саплементацию в дозе 12,5 мг элементарного железа в день, или домашнюю еду, обогащенную полимикронутриентными порошками 3-4 раза в неделю.
3. Дети с очень низким весом при рождении (меньше, чем 1,5 кг) и недоношенные младенцы должны ежедневно получать саплементацию железом в объеме 2 мг/кг дополнительно к исключительно грудному вскармливанию в возрасте от 2 до 23 месяцев.

4. Ежегодная дегельминтизация проводится детям, в возрасте старше 59 месяцев (старше 5-ти лет). Для дегельминтизации необходимо назначить однократную дозу альбендазола (400 мг) или мебендазола (500 мг) или левамизола (80 мг) при глистных инфекциях, передаваемых через почву и празиквантел (600 мг) при шистосомозе.

### Лечение детей с ЖДА

1. Дети с умеренной ЖДА (легкая и средней степени) должны получать препараты железа из расчета 2 мг/кг массы тела элементарного железа, при тяжелой ЖДА из расчета 3 мг/кг массы тела элементарного железа в течение 3-х месяцев (см. табл. 1).
2. Препараты железа лучше всего принимать между приемами пищи, целесообразно запивать соком или кипяченой водой. Запрещается запивать чаем, кофе.
3. Через 14 дней от начала лечения оценивается самочувствие ребенка и приверженность к лечению.
4. Через 4 недели после начала лечения ЖДА следует повторно определить Hb. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение (увеличение Hb на 10 г/л и более по сравнению с исходным уровнем Hb до назначения лечения или нормализация Hb - 110 г/л и выше), то лечение должно продолжаться еще 2 месяца. Общий курс лечения препаратом железа составляет 3 месяца.
5. Поддерживающее лечение

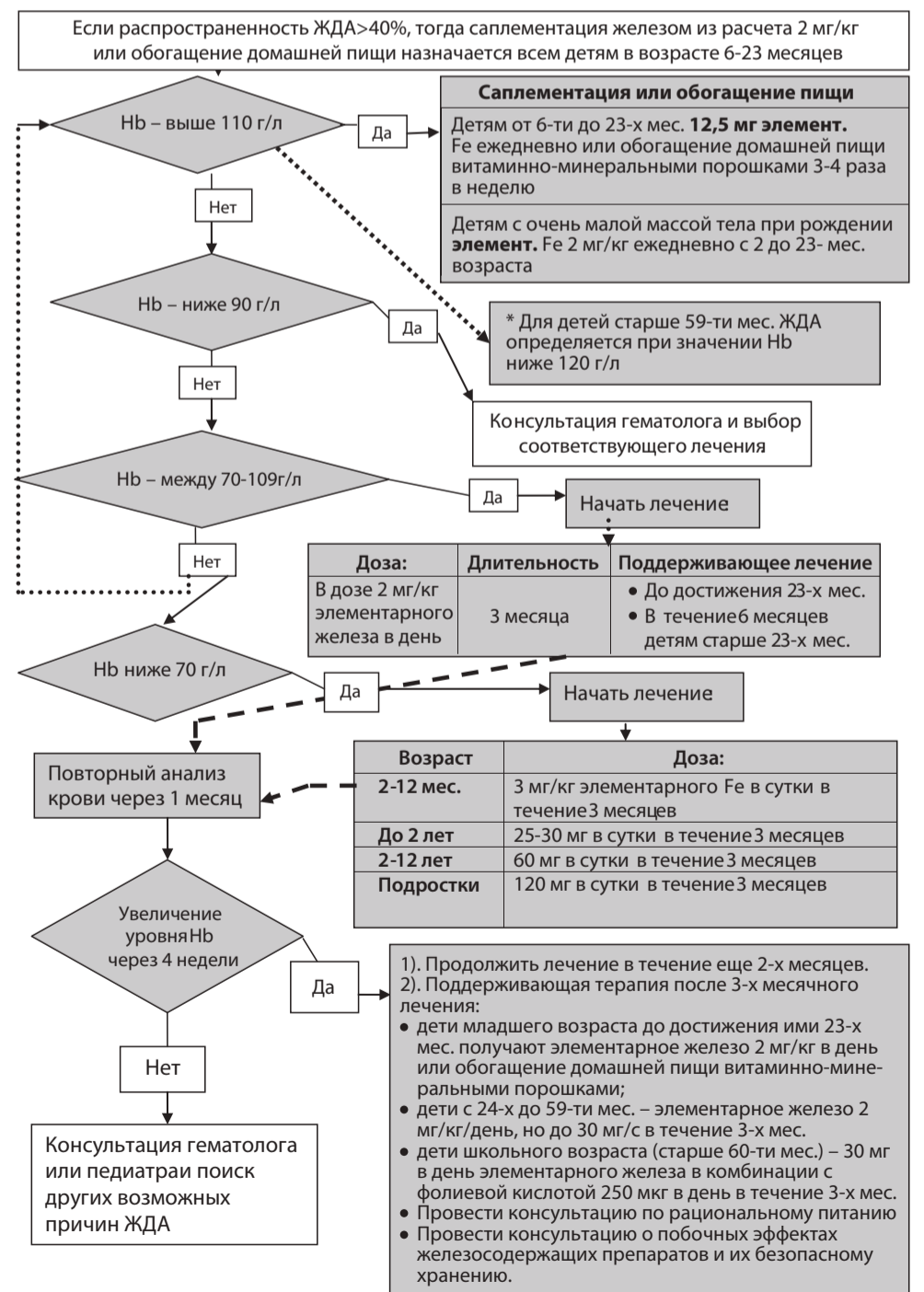
→(Продолжение на стр. 17)

Таблица 1 - Руководство по оральной железотерапии для лечения ЖДА тяжелой степени [15]

Возраст	Дозировка в сутки и продолжительность курса
От 2 до 4 месяцев *	10-20 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно 3 месяца
От 4 до 12 месяцев *	20-25 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
От 12 месяцев до 2 лет*	30 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
От 2 до 5 лет	60 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
От 6 до 12 лет	60 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
Подростки и взрослые	120 мг элементарного железа ежедневно, 3 месяца

\* - детям младшего возраста лучше назначать сироп железа.

## Руководство по скринингу, профилактике и лечению жда у детей раннего и грудного возраста







проводится детям младшего возраста до достижения ими 23-х месячного возраста препаратами железа из расчета элементарного железа 2 мг/кг массы тела в день или обогащением домашней еды полимикронутриентными порошками.

6. Детям в возрасте с 24-х до 59-ти мес. элементарное железо назначается из расчета от 2 мг/кг массы тела в день, но не более 30 мг сутки в течение 3-х мес. Детям старше 60-ти мес. (старше 5-ти лет) – 30 мг в день элементарного железа в комбинации с фолиевой кислотой 250 мкг в день в течение 3-х мес.

7. В случае же отсутствия положительного результата от проводимого лечения (увеличение Hb менее чем на 10 г/л, по сравнению с исходным уровнем Hb до назначения лечения), врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения: недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием или отказ от приема препарата железа. В случае исключения погрешностей в лечении следует направить ребенка к педиатру или гематологу для уточнения формы анемии.

8. Дети с анемией с Hb ниже 70 г/л должны быть проконсультированы педиатром или гематологом.

9. У детей с тяжелым нарушением питания, анемия часто протекает в тяжелой форме. Однако не следует начинать оральную железозо терапию до тех пор, пока не восстановится аппетит у ребенка, и он не начнет набирать вес, обычно через 14 дней от начала коррекции питания.

10. Детям с сопутствующим инфекционным заболеванием бактериальной этиологии следует назначать препараты железа после выздоровления, обычно через 5-7 дней после отмены антибактериальной терапии.

**Показания к госпитализации**

1. Тяжелая анемия с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы.

2. Необходимо госпитализировать тех больных, чье состояние ухудшилось через одну-две недели от начала лечения, или тех, у кого отсутствует эффект через 4 недели от начала лечения.

**Ведение анемии у небеременных женщин фертильного возраста**

У всех женщин фертильного возраста следует исследовать уровень гемоглобина (Hb) один раз между 15 и 17 годами и, по крайней мере, один раз между 18 и 25 годами. При наличии факторов риска (плохое питание, большие менструальные потери крови,

донорство, ЖДА в анамнезе, желудочно-кишечные кровотечения и др.) требуется более частый (каждый год) скрининг.

Тяжелая ЖДА обычно редко встречается у женщин репродуктивного возраста и дефицит железа в рационе питания не является единственной причиной тяжелой анемии. У женщин репродуктивного возраста: необходимо собрать информацию о промежутках между родами, менструациях, послеродовом кровотечении, нет ли миомы матки, геморроя и других заболеваний, которые могут привести к развитию анемии (по показаниям назначается консультация гинеколога); выяснить характер питания, наличие острых, рецидивирующих и хронических заболеваний, гельминтных и паразитарных инвазий.

При необходимости для окончательного подтверждения ЖДА и уточнения ее причин, а также для ее дифференциации от других форм гипохромных анемий больную следует направить в организации здравоохранения вторичного уровня (ТБ, ООБ).

**Скрининг на ЖДА**

1. Проверить уровень Hb у всех девочек-подростков между 15-17 лет один раз.

2. Проверить уровень Hb у всех женщин, по крайней мере, один раз между 18 и 25 годами.

3. Анемия у женщин репродуктивного возраста определяется при уровне Hb ниже 120 г/л.

**Питание женщин репродуктивного возраста**

1. Необходимо проводить обучение и консультации женщин репродуктивного возраста по рациональному питанию для профилактики ЖДА.

2. Для улучшения усвояемости железа включить в пищевой рацион продукты, богатые аскорбиновой кислотой (фрукты, овощи или сок) и мясо.

**Профилактика ЖДА у женщин репродуктивного возраста**

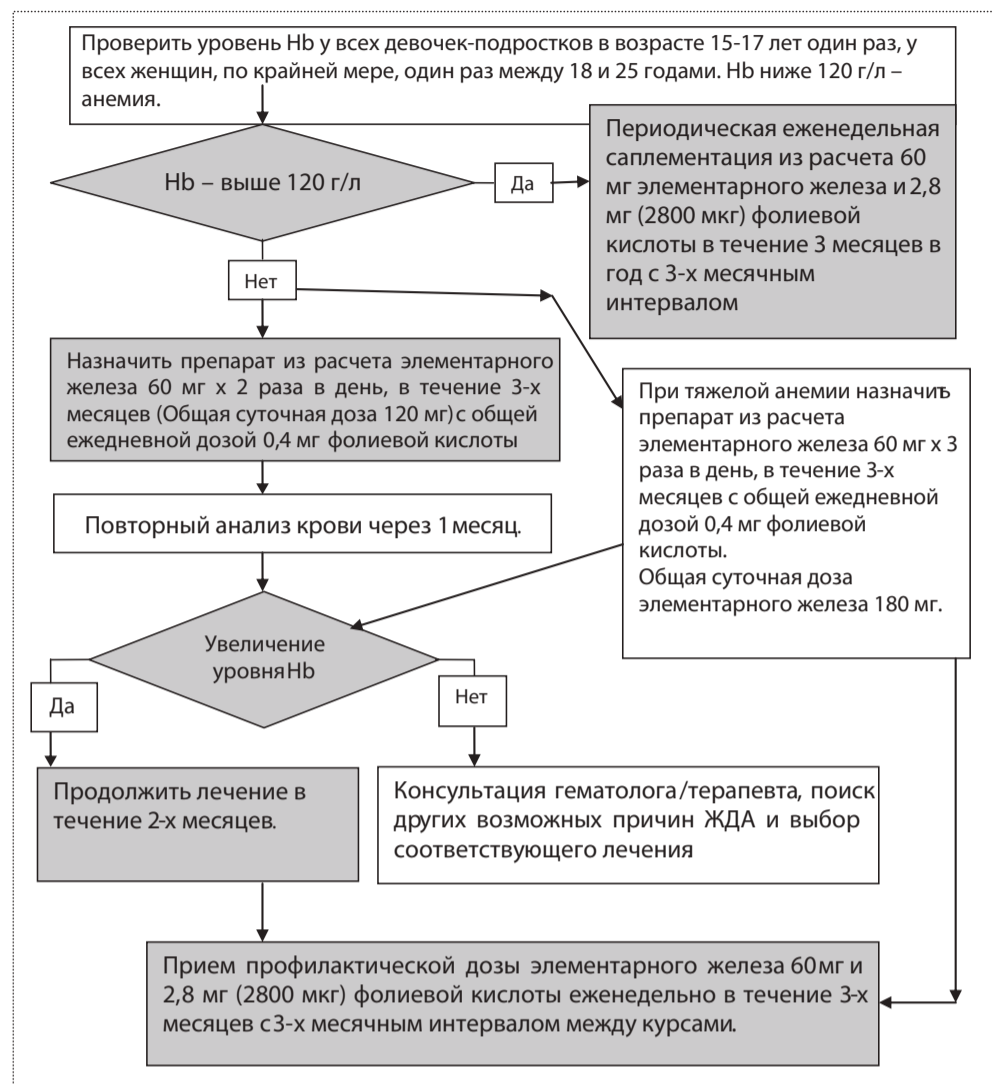
Женщинам репродуктивного возраста назначьте еженедельно 60 мг элементарного железа и 2,8 мг (или 2800 мкг) фолиевой кислоты в течение 3-х месяцев 2 раза в год с перерывом в 3 месяца.

**Лечение ЖДА у женщин репродуктивного возраста**

1. Женщины репродуктивного возраста с умеренной (легкой или среднетяжелой) ЖДА должны получать препараты железа из расчета 120 мг элементарного железа в сутки (по 60 мг x 2 раза в день) в течение 3-х месяцев.

2. Женщинам репродуктивного возраста с тяжелой ЖДА препараты железа назначаются из расчета 180 мг

**Руководство по скринингу, профилактике и лечению ЖДА у небеременных женщин фертильного возраста**



1. Провести консультацию по рациональному питанию.
2. Провести консультацию о побочных эффектах железосодержащих препаратов и их безопасному хранению.

элементарного железа в сутки (по 60 мг x 3 раза в день) в течение 3-х месяцев.

3. Фолиевая кислота женщинам репродуктивного возраста с ЖДА назначается в дозе 0,4 мг ежедневно в течение 3-х месяцев.

4. Препараты железа лучше всего принимать между приемами пищи, целесообразно запивать соком или кипяченой водой. Запрещается запивать чаем, кофе.

5. Оценка приверженности к терапии проводится через 14 дней от начала лечения.

6. Через 4 недели после начала лечения ЖДА следует повторно определить Hb. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение (любое увеличение Hb по сравнению с исходным уровнем до начала лечения), то лечение должно продолжаться еще 2 месяца. Общий курс лечения препаратом железа составляет 3 месяца, с последующим переходом на профилактический режим еженедельной саплементации.

7. В случае же отсутствия положительного результата от проводимого лечения (увеличение гемоглобина по сравнению с исходными показателями до назначения железопрепаратов), врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения: недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием или отказ от приема препарата железа. В случае исключения погрешностей в лечении следует направить женщину к терапевту или гематологу (в ТБ, ООБ) для уточнения формы анемии.

8. Женщины с тяжелой анемией (Hb ниже 70 г/л) должны быть проконсультированы терапевтом или гематологом.

9. У женщин с тяжелым истощением, анемия часто протекает в тяжелой форме. Однако не следует начинать оральную железозо терапию

до тех пор, пока не восстановится аппетит у женщины, и она не начнет набирать вес. Если аппетит или вес не нормализуются, больную необходимо направить к гематологу для дальнейшего обследования.

**Показания к госпитализации**

1. Тяжелая анемия с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы.

2. Необходимо госпитализировать тех больных, чье состояние ухудшилось через одну-две недели от начала лечения, или тех, у кого отсутствует эффект от лечения через 4 недели от начала лечения.

**Ведение железodefицитной анемии у беременных женщин**

Каждая беременность предрасполагает к возникновению истинного железodefицитного состояния, поскольку в этот период происходит повышенное потребление железа, необходимое для развития плода, но его тяжесть зависит от компенсаторной возможности организма. Вначале организм беременной удовлетворяет свои повышенные потребности за счет прекращения потерь железа менструацией, мобилизации железа из депо и повышения всасывания железа из пищи.

Рекомендуемая допустимая доза содержания железа в рационе питания в период беременности составляет 27 мг в день по сравнению с 18 мг/день для небеременных женщин. Это связано с усилением эритропоэза у беременной и ростом плода. Потребности в железе у беременной женщины возрастают настолько, что не могут быть покрыты с помощью обычного рациона питания, даже при возросшем в несколько раз всасывании железа.



Факторами, способствующими развитию железодефицитной анемии у беременных женщин, являются: частые роды; самопроизвольные выкидыши в анамнезе; кровотечения в предыдущих родах способствуют истощению депо железа в организме; многоплодная беременность; рвота беременных; юный возраст беременной (моложе 17 лет); обострение хронических инфекционных заболеваний во время беременности; предлежание и преждевременная отслойка плаценты.

На фоне анемии у беременной женщины возникает кислородное голодание плода, что приводит к задержке его внутриутробного развития, в результате ребенок может родиться незрелым, с низкой массой тела. В тяжелых случаях гипоксия может угрожать жизни плода.

Анемия матери во время беременности оказывает неблагоприятное влияние на развитие ребенка и после его рождения. Такие дети отстают от сверстников в физическом развитии, у них чаще наблюдаются различные инфекционные заболевания и железодефицитная анемия.

#### Особенности течения беременности при анемии

- угроза прерывания беременности (у 20-42%);
- артериальная гипотония (у 40%);
- синдром задержки развития плода (у 25%);
- преждевременные роды (у 11-42%);
- врожденные anomalies развития плода (у 17,8%).

Наличие анемии у рожениц сопровождается нарушением сократительной активности матки (у 10-15%), преждевременным излитием околоплодных вод (у 8-10%), слабостью родовой деятельности (у 10-37%), гипотоническим кровотечением (у 7-8%), интранатальной гипоксией плода. При железодефицитной анемии в послеродовом периоде нарушается сокращение матки, в несколько раз возрастает риск гнойно-воспалительных осложнений (эндометрит - 12%, мастит - 2%) [6].

#### Скрининг на ЖДА

1. Проверить уровень Hb у всех беременных женщин не позднее чем в первом триместре беременности.
2. Повторное определение уровня Hb у всех беременных женщин в 28 недель беременности.
3. Анемия у беременных женщин в первом триместре определяется при уровне Hb ниже 110 г/л, во втором и в третьем триместрах - Hb ниже 105 г/л.
4. Анемия в послеродовом периоде определяется при уровне Hb ниже 100 г/л.

#### Питание беременных женщин

Провести консультирование с использованием «пирамиды питания для беременных женщин» и о важности потребления продуктов питания,

которые богаты стимуляторами всасывания железа (см. Приложение 4).

#### Профилактика ЖДА у беременных женщин и кормящих матерей

1. Рекомендуется ежедневное пероральное потребление препаратов железа и фолиевой кислоты в течение всего периода беременности и 3 месяца после родов.
2. Саплементация препаратами железа и фолиевой кислоты должна начинаться в максимально возможные ранние сроки беременности - при первом же обращении женщины в ЦСМ/ГСВ.

3. Ежедневная дозировка железа составляет 30 мг элементарного железа (60 мг в случае, когда распространенность составляет выше 40%) и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты.

4. Препараты железа лучше всего принимать между приемами пищи, целесообразно запивать соком или кипяченой водой. Запрещается запивать чаем, кофе и молочными продуктами.

5. Оценка приверженности к терапии проводится через 14 дней от начала лечения.

6. После родов женщина продолжает получать ежедневно препарат железа с фолиевой кислотой еще 3 месяца по 60 мг элементарного железа и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты.

7. Рекомендуется, чтобы саплементация препаратами железа и фолиевой кислоты сопровождалась однократной дозой противоглистной терапии:

- альбендазол (400 мг) или
- мебендазол (500 мг) или
- левамизоль по 100 мг 2 раза в день

3 дня уточнить сроки беременности

#### Лечение ЖДА у беременных

1. При анемии в течение 3-х месяцев назначить комбинацию элементарного железа в дозе 120 мг ежедневно и фолиевой кислоты 400 мкг

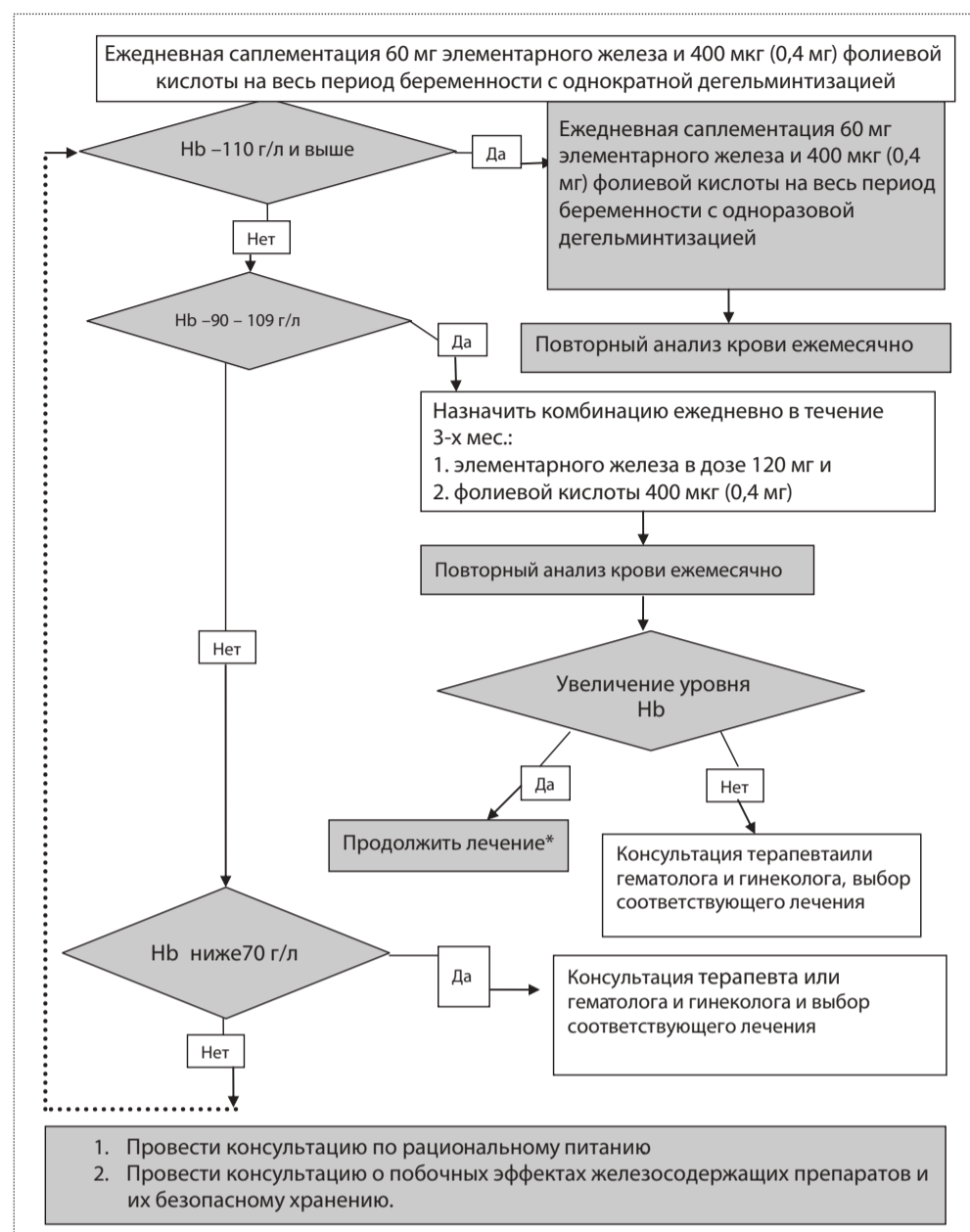
2. Препараты железа лучше всего принимать между приемами пищи, целесообразно запивать соком или кипяченой водой. Запрещается запивать чаем, кофе и молочными продуктами.

3. Оценка приверженности к терапии проводится через 14 дней от начала лечения.

4. Через 4 недели после начала лечения ЖДА следует повторно определить Hb. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение (любое увеличение Hb по сравнению с исходным уровнем до начала лечения), то лечение должно продолжаться еще 2 месяца. Общий курс лечения препаратом железа составляет 3 месяца, с последующим переходом на профилактический режим ежедневной саплементации (см. пункт 9.3).

5. В случае же отсутствия положительного результата от проводимого

## Руководство по скринингу, профилактике и лечению ЖДА у беременных женщин



лечения (увеличение гемоглобина по сравнению с исходными показателями до назначения железопрепаратов), врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения: недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием или отказ от приема препарата железа. В случае исключения погрешностей в лечении следует направить женщину к терапевту или гематологу (в ТБ, ООБ) для уточнения формы анемии.

6. Беременные женщины с тяжелой анемией (Hb ниже 70 г/л) должны быть проконсультированы терапевтом или гематологом.

7. Препараты железа следует хранить в недоступном месте для детей.

#### Показания к госпитализации

- Анемия тяжелой степени с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы.
- Необходимо госпитализировать тех больных, чье состояние ухудшилось через одну-две недели от начала лечения, или не улучшилось через 4 недели от начала лечения.

#### Ведение железодефицитной анемии у людей старше 50-ти лет

Железодефицитная анемия у людей старше 50-ти лет обычно носит полиэтиологический характер. Рекомендуемая доза потребления железа с пищей для мужчин и женщин старше 50-ти лет составляет 8 мг/день. Причинами развития железодефицитной анемии у данного возрастного контингента могут быть: недостаточное поступление железа, белка и других микронутриентов с пищей; хронические кровопотери на фоне опухолевого процесса

в желудке, толстом кишечнике; нарушение всасывания; взаимодействие препарата и питательного элемента; дефицит витамина B12 из-за отсутствия внутреннего фактора; хроническое воспалительное заболевание;

Возможно сочетание железодефицитной и B12-дефицитной анемии. Кроме того, признаки железодефицитной анемии могут появляться у больных с B12-дефицитной анемией на фоне лечения витамином B12. Возникающая при этом активация нормобластного кроветворения требует повышенного расхода железа, запасы которого у лиц старше 50-ти лет, по различным причинам могут быть недостаточны.

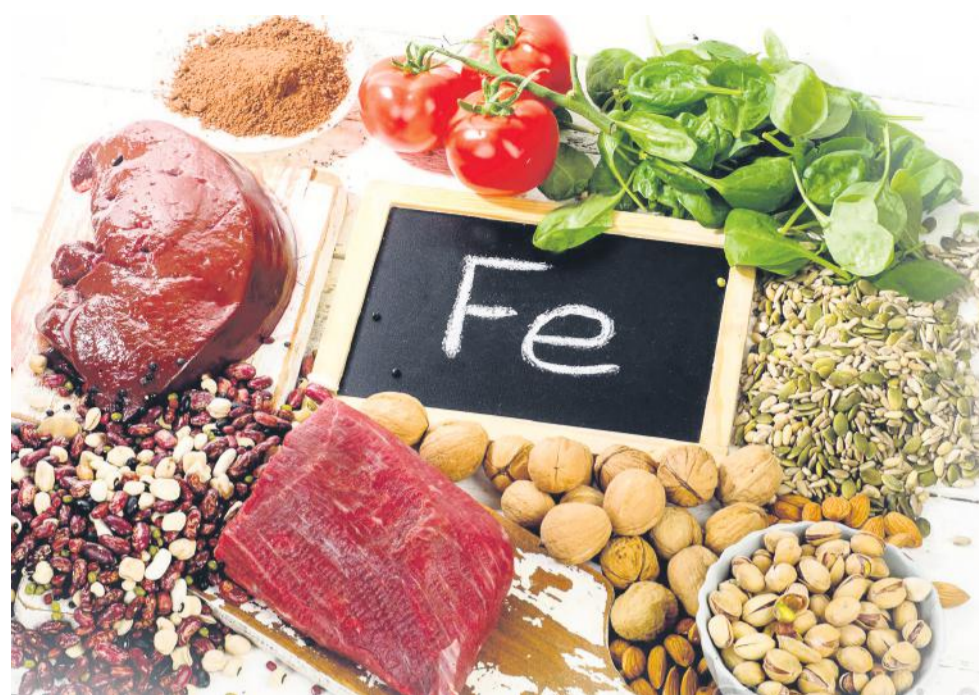
Если по объективным причинам не представляется возможным верифицировать железодефицитную анемию у лиц старше 50-ти лет, то правомочно назначение внутрь пробного лечения препаратами железа с высоким содержанием элементарного железа при отсутствии признаков нарушения всасывания.

#### Скрининг у людей пожилого возраста на ЖДА (Goodnough и Schrier 2014; Fairweather-Tait и др. 2014)

1. Проверить уровень Hb у людей старше 50-ти лет при посещении врача.
2. Повторное измерение уровня Hb у лиц старше 50-ти лет по показаниям.
3. Анемия у людей старше 50-ти лет определяется на уровне Hb ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин.

#### Питание у людей старше 50-ти лет

Необходимо проводить обучение и консультации по рациональному



питанию для профилактики ЖДА (см. приложение 4).

**Профилактика ЖДА у людей старше 50-ти лет возраста**

1. Люди старше 50-ти лет можно назначать препараты железа в дозе 30 мг элементарного железа с фолиевой кислотой 400 мкг (0,4 мг) и дополнительно 2,4 мкг витамина В12. Потребление усилителей всасывания железа, такие как аскорбиновая кислота, играет важную роль для лиц старше 50-ти лет из-за сниженной секреции организмом желудочного сока. Настоятельно не рекомендуется потребление с едой ингибиторов всасывания железа, такие как чай или кофе.

**Лечение людей пожилого возраста с ЖДА**

1. Лицам старше 50-ти лет с умеренной или среднетяжелой ЖДА следует назначать препараты железа из расчета 30 мг элементарного железа с содержанием 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты, и дополнительно 2,4 мкг витамина В12

2. Оценка приверженности к терапии проводится через 14 дней от начала лечения.

3. Через 4 недели после начала лечения ЖДА следует повторно определить Hb. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение (увеличение Hb на 20 г/л в течение 4-х недель), то лечение должно продолжаться еще 5 месяцев. Общий курс лечения препаратом железа 6 месяцев.

4. В течение 6-ти месяцев лечения повторно определяется Hb через 3 и 6 месяцев от начала лечения для того, чтобы проследить нормализовался ли гемоглобин.

5. В случае же отсутствия положительного результата от проводимого лечения, врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения: недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием или отказ от приема препарата железа. В случае исключения погрешностей в лечении следует направить больного к терапевту или гематологу для уточнения формы анемии.

6. Лица старше 50-ти лет с тяжелой анемией (Hb ниже 70 г/л) должны быть проконсультированы гематологом/терапевтом.

7. У лиц старше 50-ти лет с тяжелым истощением, анемия часто протекает в тяжелой форме. Однако не следует начинать оральную железную терапию до тех пор, пока не восстановится аппетит у больного, и он не начнет набирать вес, обычно через 14 дней от начала коррекции питания.

8. Специальных требований к режиму труда, отдыха, лечения, реабилитации нет, лицам старше 50-ти лет следует воздерживаться от тяжелой физической нагрузки, которая потенциально может вызывать сердцебиение (С).

9. Неэффективность терапии ЖДА у людей старше 50-ти лет нередко связана с запорами. В подобных случаях к терапии добавляют адекватную дозу лактулозы в дозе 50-100 мл, и после получения стойкого эффекта дозу лактулозы уменьшают вдвое (С).

10. Диета не играет существенной роли в терапии ЖДА; исключение составляют лица старше 50-ти лет, приверженцы вегетарианства и других диет с пониженным содержанием железосодержащих продуктов питания, которым нужно рекомендовать расширение диеты за счет включения мясных продуктов (Д).

**Показания к госпитализации**

1. Тяжелая анемия с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы.

2. Необходимо госпитализировать тех больных, чье состояние ухудшилось через одну-две недели от начала лечения, или тех, у кого отсутствует эффект через 4 недели от начала лечения.

**Для улучшения всасывания железа из пищи необходимо соблюдать следующие комбинации блюд:**

- мясо (или рыба) + макаронные изделия или картофель + фрукты.
- мясо (или рыба) + фасоль (или горох) + овощи.
- мясо (или рыба) + овощи или фрукты.
- яйцо + фасоль (или горох или маш) + овощи и фрукты.
- рис или макаронные изделия + овощи или фрукты

При этом следует отметить, что наилучшее всасывание железа будет достигнуто при комбинации мяса с другими источниками железа.

**Побочные эффекты препаратов железа**

Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты, возникающие при лечении препаратами железа:

- Запоры и диарея. Эти проявления редко принимают серьезную форму, однако таблетки элементарного железа могут спровоцировать обострение существующих желудочно-кишечных заболеваний (язвы или язвенный колит).

→(Продолжение на стр. 20)

Нормальные показатели гемоглобина		
Возрастная группа	Гемоглобин	Гематокрит
Младенцы (доношенные)	105-195 грамм/литр	32-60%
Дети (1-9 лет)	110-140 грамм/литр	33-40%
Дети (10-12 лет)	115-150 грамм/литр	35-45%
Мужчины (взрослые)	130-180 грамм/литр	40-50%
Женщины (взрослые)	120-160 грамм/литр	36-44%
Беременные женщины	110-140 грамм/литр	33-42%

ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1997

Классификация тяжести анемии				
Тяжесть анемии:	Уровень гемоглобина, г/л.			
	У детей младше 5 лет	У детей старше 5 лет	У небеременных женщин	У беременных женщин
умеренной степени	70 < - <110	70 < - <120	70 < - <120	70 < - <110
тяжелой степени	ниже 70	ниже 70	ниже 70	ниже 70

Содержание элементарного (активного) железа в различных железосодержащих препаратах, ВОЗ, 1989			
Химическая форма железа в препаратах	Доза	Концентрация элементарного железа	Количество «активного» железа в препарате (% от общего содержания железа в препарате)
Фумарат железа	180 мг	60 мг	33
Сульфат железа	300 мг	60 мг	20
Глюконат железа	500 мг	60 мг	12

Продукты, способствующие (+) всасывание негемного железа		
Продукты	Степень влияния	Активное вещество
Печень, мясо, рыба	+++	«Мясной фактор»
Апельсины, груши, яблоки	+++	Витамин С
Сливы, бананы	++	Витамин С
Цветная капуста, квашенная капуста	++	Витамин С
Салат, помидоры, зеленый перец, огурцы	+	Витамин С
Морковь, картофель, свекла, тыква, брокколи, помидоры, капуста	++	Лимонная, яблочная кислоты
Кефир, айран, кымыз, максым, бозо	++	Витамин С и кислоты

Содержание аскорбиновой кислоты (витамина С) в 100 г. съедобной части продуктов	
Содержание витамина С	Пищевые продукты
Очень большое (более 3,0 мг)	Шиповник сухой и свежий, перец сладкий красный и зеленый, смородина черная, петрушка, укроп.
Большое (2,0-3,0 мг)	Капуста цветная и белокочанная, апельсины, клубника, шпинат, щавель, смородина белая, лимон.
Умеренное (1,0-1,9 мг)	Печень, лук зеленый, брюква, зеленый горошек, томаты, редис, картофель молодой, салат, кабачки, дыня, мандарины, крыжовник, кизил, малина, брусника, черешня, вишня, клюква, смородина красная, капуста квашеная.

Продукты, тормозящие (-) всасывание негемного железа		
Продукты	Степень влияния	Активное вещество
Зерновые продукты и кукуруза	---	Фитаты, пищевые волокна
Чай, зеленые листовые овощи	---	Полифенолы, танин
Молоко, сыр	--	Кальций, фосфаты
Шпинат	-	Полифенолы, оксалаты
Яйцо и яичный порошок	-	Фосфопротеин, альбумин

Всасывание железа в кишечнике		
Продукты	Фактическое всасывание железа	Максимальное всасывание железа
Молочные продукты и яйца	2-3%	5%
Зерновые (крупа, хлеб), бобовые, овощи и фрукты	1-3%	5-10%
Рыба	9-11 %	15%
Мясо	22%	30%
Печень	12-16%	

В этом случае рекомендуется заменить препарат элементарного железа в таблетках на инъекции для в/м или в/в введения. При запорах можно добиться удовлетворительных результатов при назначении размягчителей стула вместе с препаратом железа.

- Тошнота и рвота, часто наблюдаются при приеме высоких доз элементарного железа, могут устраняться приемом меньшего количества препарата или назначением препарата элементарного железа, покрытого оболочкой (капсулы). Рекомендуются прием препарата железа после еды, для устранения вышеуказанных симптомов, уменьшает эффективность терапии до 60%. При резко выраженной рвоте, препарат также может быть заменен на инъекционную форму.

- Появление темного стула обычное явление при приеме таблеток элементарного железа. Следует объяснить пациенту в том, что не всосавшееся железо окрашивает стул и это неопасно.

- Почернение зубной эмали.

#### Отравление препаратами железа

Острое отравление препаратами элементарного железа встречается у взрослых очень редко. Чаще всего, отравление препаратами железа встречается у детей в возрасте до 6-ти лет в связи с передозировкой. Этому способствуют следующие причины:

- Родители не знают, что препараты железа могут быть опасны для детей.

- Маленькие дети воспринимают некоторые препараты, в том числе и содержащие железо, как сладкие конфеты.

- Препараты железа доступны в различных формах и часто продаются без рецепта. Элементарное железо (в

больших дозах) входит в состав мультивитаминовых (минеральных) составов, которые часто назначаются врачами беременным женщинам. Эти препараты при недосмотре становятся легко доступными для маленьких детей.

Количество элементарного железа приводящего к отравлению зависит от веса ребенка, принявшего его. Токсический эффект наступает при принятии 10-20 мг железа на килограмм веса. Передозировка в 50 мг/кг веса приводит к очень тяжелому отравлению.

#### Симптомы и признаки отравления препаратом железа

У детей начальная стадия отравления может не иметь выраженных симптомов. Но такая картина обманчива и через несколько часов ребенок впадает в шок (в связи с тяжелым химическим дисбалансом в крови). Затем, вместе с током крови, чрезмерное количество элементарного железа попадает во все органы и может вызвать некроз в желудке, печени, почках, легких, поразить кровеносные сосуды и головной мозг.

Тяжелая передозировка элементарным железом протекает в две фазы. В раннюю фазу, в течение от 30 минут до 2 часов после приема препарата, появляются следующие симптомы:

- рвота с примесью крови;
- боль в пояснице;
- диарея;
- потеря сознания;
- шок;
- нарушение электролитного баланса;
- нарушение свертывания крови.

Затем возможно наступление периода кажущегося благополучия и

стабилизации состояния больного (при тяжелом отравлении этот период очень короткий).

Через 12-48 часов развиваются симптомы угрожающие жизни больного:

- профузная рвота кровью;
- появление крови в кале;
- возможная перфорация кишечника;
- периферический циркуляторный коллапс с резко выраженной гипотонией;
- низкое содержание сахара в крови;
- низкое содержание кислорода (оксигенация) в крови;
- явления отека легких;
- судороги;
- кома;
- В конце второй фазы отмечается развитие острой почечной и печеночной недостаточности.

#### Для диагностики отравления препаратом элементарного железа необходимо:

- собрать тщательный анамнез истории развития заболевания;
- родители ребенка должны принести к врачу упаковку лекарства;
- сделать анализ крови с определением содержания: эритроцитов, гематокарита, гемоглобина, сывороточного железа и сахара крови.

#### Медицинская помощь при отравлении препаратами железа

Нижеуказанные мероприятия эффективны в течение первого часа после отравления:

- дать больному молоко и вызвать рвоту (искусственное стимулирование рвоты должно проводиться в присутствии медицинского персонала, из-за опасности аспирации желудочным содержимым);

- больному необходимо дать съесть несколько сырых или полусырых яиц (для создания железо-белкового комплекса);

- промывание желудка 1% раствором бикарбоната соды (для очищения желудка и уменьшения концентрации железа). промывание желудка опасно проводить позднее одного часа после отравления железом из-за возможного некроза желудка;

- назначение сильного слабительного и очистительная клизма (для удаления препарата железа).

#### Последующие мероприятия должны включать в себя:

- проведение симптоматической терапии при развитии шока, дегидратации, кровотечения и поддержание адекватного дыхания;

- госпитализация больного в отделение интенсивной терапии и реанимации и консультация гематолога (токсиколога);

- тяжелое отравление требует в/в капельного введения раствора «десферала» (дефероксамина), который, связываясь с железом, образует комплексное соединение с последующим выведением его с мочой.

#### Для профилактики отравления железосодержащими препаратами необходимо:

- Объяснить больным с ЖДА и родителям опасность отравления препаратами железа, методы оказания первой помощи, необходимость хранения всех лекарственных препаратов в недоступном для детей месте.

Список литературы в редакции.

## ЛАКТОФИЛЬТРУМ®

ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОБИОТИКА И ЭНТЕРОСОРБЕНТА

КРАСОТА ИЗНУТРИ

60 ТАБЛЕТОК  
Показания к применению:  
Поражения микрофлоры кишечника, в том числе в результате антибиотикотерапии;  
в комплексной терапии синдрома раздраженного кишечника, гепатитов и цирроза печени, аллергических заболеваний (атопический дерматит, крапивница).

- Стимулирует развитие собственной полезной микрофлоры (бифидо и лактобактерий)
- Обеспечивает сорбацию патогенных бактерий, токсинов, продуктов метаболизма
- Восстанавливает равновесие микрофлоры кишечника и кожи

**Состав:** лигнин гидролизный 0,355 г, лактулоза — 0,120 г.

**Фармакологические свойства:**  
Фармакологическое действие препарата обусловлено свойствами, входящих в состав активных компонентов — лигнина и лактулозы.

**Лигнин гидролизный** — природный энтеросорбент, продукт гидролиза древесины, обладает высокой сорбирующей активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием.

Связывает в кишечнике и выводит из организма патогенные бактерии и бактериальные токсины, лекарственные препараты, соли тяжелых металлов, алкоголь, аллергены, а также избыток некоторых продуктов обмена веществ. Не токсичен.

**Лактулоза** - синтетический дисахарид (галактоза - фруктоза). Являясь субстратом для нормальной микрофлоры кишечника, стимулирует рост бифидобактерий и лактобацилл. Подавляет рост патогенных

**Показания к применению:**

- дисбактериоз кишечника, в том числе в результате антибиотикотерапии; в составе комплексной терапии
- аллергические заболевания (атопический дерматит, крапивница)
- бактериальный вагиноз (дисбиоз влагалища)
- синдром раздраженного кишечника
- острый и хронический гепатит и цирроз печени.

**Способ применения и дозы**  
Внутрь, за час до еды и приема других лекарственных средств.  
Детям до 6 лет - предварительно измельчить и растворить в 50мл воды.  
- взрослым и детям старше 12 лет — по 2-3 таблетки 3 раза в день,  
- детям от 8 до 12 лет — по 1-2 таблетки, 3 раза в день,  
- детям от 3 до 7 лет — по 1 таблетке, 3 раза в день,  
- детям от 1 года до 3 лет — по 1/2 таблетки 3 раза в день.  
Средняя продолжительность курса лечения — 2-3 недели.  
Длительное использование препарата и повторные курсы лечения должны проводиться только по рекомендации врача.

**Побочные действия:**  
Возможны аллергические реакции (кожная сыпь, крапивница). Редко: метеоризм, диарея.

**Противопоказания:**  
Индивидуальная непереносимость компонентов препарата, непроходимость кишечника, желудочно-кишечные кровотечения, галактоземия, обострение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, атония кишечника.

**Особые указания**  
Препарат может использоваться в комплексной терапии совместно с другими лекарственными препаратами при соблюдении правила раздельного приема. Беременность и период лактации: Нет данных относительно использования препарата в период беременности и лактации.

Завод-изготовитель: ОАО «АВВА РУС», 610044, Россия, г. Киров, ул. Луганская, д.53а

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

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ!

**АЛЛЕРГОФРИ - ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ СЕЗОННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ, КРУГЛОГОДИЧНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ, ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ**

**НЕТ** аллергии с аллергофри

**АЛЛЕРГОФРИ**

это быстрый эффект

это безопасность

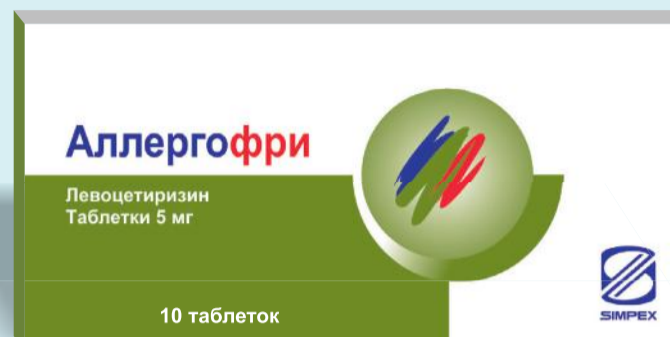
это хорошая переносимость

**Аллергофри**

избавит от всех видов аллергии



**95%** эффективность  
При сезонных ринитах, круглогодичных ринитах, хронической идиопатической крапивнице



**ПРЕДСКАЗУЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИИ**

Аллергофри - 100% биодоступность  
Аллергофри - период полувыведения 7-10 часов  
Аллергофри - полностью выводится из организма через 96 часов  
Обычная доза Аллергофри - 5 мг в день  
Рекомендуемая суточная доза составляет 5 мг ( 1 таблетка)

**ПРИМЕНЯЕТСЯ ОБЫЧНО 1 РАЗ В ДЕНЬ**

Аллергофри используется для лечения аллергического конъюнктивита, экземы, зуда кожи, аллергического дерматита, атопического дерматита, контактного дерматита, аллергической реакции на укусы насекомых.

Имеются противопоказания, побочные действия. Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению и проконсультируйтесь с врачом.  
КГ.1.3.209.03117-2015, действительно до 27.04.2020 г.



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



Отпускается без рецепта

**Производитель:** «Мерц Фарма ГмбХ и Ко. КГаА.» D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне.



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

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

## Правила поведения во избежание солнечного удара



Республиканский центр укрепления здоровья рекомендует правила поведения на открытом пространстве во избежание солнечного удара:

- носите светлую, просторную одежду из натуральных тканей (хлопок, лён) и не забывайте про головные уборы (шляпы, панамы, бейсболки и т.д.);
- сократите длительное пребывание на солнце в жаркое дневное время;
- пейте достаточное количество жидкости не менее 2-3 литров в сутки;
- пользуйтесь зонтом от солнца (светлых оттенков);
- пищу принимайте часто, небольшими порциями, отдайте предпочтение блюдам растительного происхождения

или кисломолочным продуктам;

- не оставляйте в закрытой машине детей, стариков и животных, ни при каких обстоятельствах;
- при ощущении недомогания обратиться за помощью и попытаться предпринять самому возможные меры.

### Симптомами солнечного удара являются:

- головокружение и головная боль,
- слабость, зевота
- рвота,
- учащённое дыхание и пульс,
- зрительные галлюцинации, видимое может казаться окрашенным в красный и/или зелёный цвет
- высокая температура тела,

- мышечные спазмы,
- полностью отсутствующее потоотделение,
- сухая горячая кожа,
- потеря сознания
- могут наблюдаться дрожание рук и ног, кровотечение из носа

При подозрении на перегрев у другого человека необходимо вызвать скорую помощь. До приезда медиков постарайтесь оказать пострадавшему первую помощь при тепловом или солнечном ударе, к которым относятся следующие действия:

- поместите человека в тень или хорошо проветриваемое прохладное помещение;
- уложите пострадавшего строго на спину, приподнимите ему ноги (валик из полотенца, сумка и т.д.), приложите на голову смоченное в холодной воде полотенце;
- если он в сознании – дайте ему обильное прохладное питье (вода, сладкий холодный чай);
- желательнее освободить человека от тесной одежды или тугих и узких её частей (воротник, ремень, галстук и т.д.);
- при возможности погрузите пострадавшего в прохладную воду или оберните его мокрой простыней, или просто проливайте прохладной водой его тело;
- для скорейшего охлаждения человека

можно использовать веер или вентилятор;

- если температура тела повысилась до 38,5°C и выше – можно обложить пострадавшего пакетами или бутылками со льдом до понижения температуры;
- если больной теряет сознание – дайте понюхать пары нашатырного спирта или 10% раствора аммиака на ватке;
- следите за пульсом и дыханием, если состояние усугубилось и требуется реанимация – необходимо делать искусственный массаж сердца и искусственное дыхание до появления пульса и дыхания или до приезда медиков.

### Для информации:

#### Тепловой и солнечный удар

- это болезненное состояние, возникающее при критическом перегревании организма человека из-за высокой температуры окружающей среды и сопровождающимся нарушением терморегуляции. Говоря простым языком – это перегревание организма. Перегревание возникает при долгом пребывании на открытом солнце и при нарушении теплоотдачи из-за плотной верхней одежды в жарких условиях, а также при интенсивной физической нагрузке в душных закрытых помещениях.

Пресс-центр Минздрава КР,  
тел. 665-830

## Информация по Острым кишечным инфекциям за 5 месяцев 2018 г.



За 5 месяцев этого года в общей группе кишечных инфекций наблюдается рост заболеваемости на 1,2%. Зарегистрирован 6816 случаев против 6608 случаев в 2017 году, интенсивные показатели на 100 тыс. населения составили 108,7 и 107,4, соответственно. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в г.Бишкек (132,8) и Чуйской (136,3), Иссык-Кульской (132,5), Баткенской (131,8) областях и превышая среднереспубликанский показатель на 22,2%, 25,4%, 21,9%, 21,2%, соответственно.

В структуре острых кишечных инфекций 64,5% составляет гастроэнтероколиты с неустановленными возбудителями, 32%-гастроэнтероколиты с установленными возбудителями и 3,4%-бактериальная дизентерия.

Подъем заболеваемости приходится на период май-сентябрь с пиком на август месяц. Не стоит забывать, что источником инфекции может быть больной или зараженный человек без

признаков заболевания, но являющийся бактерионосителем. Основной причиной возникновения острых кишечных заболеваний остается несоблюдение правил гигиены. Именно поэтому наибольшему риску заражения подвержены дети.

### Для информации:

Первые признаки болезни: слабость, головная боль, повышение температуры тела, тошнота, рвота, расстройство функции кишечника - боли и вздутие в животе, жидкий стул 3-4 раз в день.

Все кишечные инфекции опасны тем, что из-за рвоты или жидкого стула происходит обезвоживание организма. Только врач может правильно подобрать лечебный препарат и составить схему лечения. Не занимайтесь самолечением, так как это может ухудшить ваше состояние.

### Профилактика острых кишечных инфекций.

- Соблюдайте правила личной гигиены
- Мойте руки с мылом после посещения уборной и перед едой.
- Не ешьте и не давайте есть детям немывтые ягоды, фрукты, овощи, потому что на них из земли, с грязных рук, попадают возбудители острых кишечных инфекций.
- Не носите вместе с овощами, сырым мясом в хозяйственной сумке не завернутыми хлеб, сыр и другие продукты, которые едят, не подвергая термической обработке.
- Не допускайте, чтобы на еду садились мухи: уничтожайте их специальными аэрозолями.
- Скоропортящиеся продукты: молоко, сметану, сырки, творог, салаты и заливные блюда, пирожные с кремом храните - в холодильнике.
- Не покупайте быстро портящиеся продукты питания на уличных прилавках.

Пресс-центр Минздрава КР,

# ИБУФЕН®

ибупрофен  
суппозитории  
ректальные

## Бэби

## Бережная защита самых маленьких

### НОВИНКА

- ⌚ ДЕЙСТВУЕТ ДО 8 ЧАСОВ
- ⊕ ТРОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ: ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ, БОЛИ И ВОСПАЛЕНИИ
- 👶 РАЗРЕШЁН К ПРИМЕНЕНИЮ С 3-Х МЕСЯЦЕВ



Удобная форма  
суппозиториев  
для малышей

**SANTO**  
Member of Polpharma Group

РУ-KG.1.3.137.04793-2017 ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.  
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

# WALMARK®

## МУЛЬТИВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ



### Spektrum® Energy (Спектрум Энергия)

Мультивитамины и минералы с витамином B6 для увеличения энергии

Спектрум Энергия содержит основные витамины и минералы. Витамин А необходим для хорошего зрения. Витамин В2 помогает красным кровяным клеткам поддерживать свою структуру. Витамин С является защитным антиоксидантом, который защищает клеточные компоненты от повреждения оксидантами. Медь необходима для нормальной пигментации кожи и волос. Кальций очень важен для прочности костей и здоровья зубов. Железо нужно для нормального формирования красных кровяных клеток и гемоглобина. Цинк помогает поддерживать в хорошем состоянии когнитивную функцию. Все витамины, входящие в Спектрум Энергия, представлены в нем в рекомендованных суточных дозах. В состав Спектрум Энергия входит также коэнзим Q10, который естественным путем образуется в человеческом организме, где играет одну из ключевых ролей в процессе получения энергии из съеденных продуктов. Это полезно в случаях, когда организм испытывает повышенную потребность в энергии.

**Действие препарата:**

- Снабжает организм основными витаминами и минералами
- Коэнзим Q10 способствует увеличению количества энергии в случаях, когда организм испытывает повышенную потребность в энергии

**В одной таблетке содержится:**

Коэнзим Q10	10,0 мг
Витамин А	800,0 мкг
Витамин В1	1,1 мг
Витамин В2	1,4 мг
Витамин В3	16,0 мг
Витамин В5	6,0 мг
Витамин В6	1,4 мг
Витамин В12	2,5 мкг
Витамин С	80,0 мг
Витамин D3	5,0 мкг
Витамин Е	12,0 мг
Витамин К	75,0 мкг
Фолиевая кислота	200,0 мкг
Биотин	50,0 мкг
Магний	100,0 мг
Кальций	120,0 мг
Экстракт морских водорослей	150,0 мг
Марганец	2,0 мг
Медь	1,0 мг
Селен	55,0 мкг
Цинк	10,0 мг
Железо	14,0 мг



Пищевая добавка

### Spektrum® Imunactiv® (Спектрум Имунактив)

Мультивитамины и минералы с витамином С и цинком для укрепления естественных защитных сил организма

Спектрум Имунактив содержит основные витамины и минералы. Витамин А необходим для хорошего зрения. Витамин В2 помогает красным кровяным клеткам поддерживать свою структуру. Витамин С является защитным антиоксидантом, который защищает клеточные компоненты от повреждения оксидантами. Медь необходима для нормальной пигментации кожи и волос. Кальций очень важен для прочности костей и здоровья зубов. Цинк помогает поддерживать в хорошем состоянии когнитивную функцию. Все необходимые витамины, входящие в Спектрум Имунактив, представлены в нем в рекомендованных суточных дозах. Кроме того, Спектрум обогащен комплексом Имунактив, в состав которого входят бета глюкан, биофлавоноиды, витамин С и цинк. Витамин С и цинк способствуют укреплению иммунной системы.

**Действие препарата:**

- Витамин С и цинк стимулируют иммунную систему
- Пригоден для приема в качестве пищевой добавки в периоды, когда возрастает потребность человеческого тела в витаминах и минералах, особенно в периоды усиленной физической нагрузки и ментального стресса

**В одной таблетке содержится:**

Комплекс Имунактив:	
Бета глюкан	50,0 мг
Комплекс биофлавоноидов	25,0 мг
Витамин С	80,0 мг
Цинк	10,0 мг
Витамин А	800,0 мкг
Витамин В1	1,1 мг
Витамин В2	1,4 мг
Витамин В3	16,0 мг
Витамин В5	6,0 мг
Витамин В6	1,4 мг
Витамин В12	2,5 мкг
Витамин D	5,0 мкг
Витамин Е	12,0 мг
Витамин К	75,0 мкг
Биотин	50,0 мкг
Фолиевая кислота	200,0 мкг
Экстракт морских водорослей	150,0 мг
Магний	100,0 мг
Марганец	2,0 мг
Медь	1,0 мг
Селен	55,0 мкг
Кальций	120,0 мг
Железо	14,0 мг



Пищевая добавка

WALMARK® Произведено в Чехии  
www.walmark.eu



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

## капсулы ЛАКТАМЕД®

- У тебя дисбактериоз?
- Лактамед® решит вопрос!



**СОВРЕМЕННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРОБИОТИК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА**



**Лактобактерии + ВИТАМИНЫ**

**20 капсул**



**Показания к применению:**

Дисбактериоз и его проявления (диарея, запор, метеоризм, тошнота, рвота, боль в животе, у грудных детей срыгивание) у взрослых и детей; дисбактериоз в результате лечения антибиотиками и химиотерапевтическими средствами.

**Противопоказания:**

- гиперчувствительность к составляющим препарата
- тромбоз, эритремия, эритроцитоз

**Беременность и грудное кормление** не являются противопоказаниями для приема препарата.

Особые указания: предосторожность при приеме необходимо соблюдать онкологическим больным и больным с тромбозами.

**Условия отпуска из аптек:** без рецепта врача.

**Производитель:** ООО «Asian Medicals», Кыргызская Республика

Per. №.: 13.370.02261-2014

## А ДЛЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ...



## ЛАКТАМЕД kids

САШЕ ПАКЕТИКИ



**ПРОБИОТИК ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И МАЛЫШЕЙ**

Per. №.: 2013-737 10642

**Показания к применению:**

Лактамед Кидс применяют при нарушении равновесия микрофлоры кишечника - дисбактериозе, который характеризуется такими признаками и симптомами как: диарея, диспепсия, запор, вздутие живота, метеоризм, тошнота, рвота, срыгивание, боль в животе.

**Противопоказания:**

повышенная чувствительность к компонентам препарата.

**Побочные эффекты:**

Отмечаются очень редко. Возможны реакции гиперчувствительности.

**Условия отпуска:**

Без рецепта врача. Биологически активная добавка.



**Производитель:** Кенди ООД, Болгария совместно со Швейцарией



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

# ЭНТЕРОСГЕЛЬ

умный энтеросорбент  
при отравлении, похмелье, аллергии

Причины для применения ЭНТЕРОСГЕЛЬ

→	Выводит из организма токсические вещества: бактериальные токсины, пищевые аллергены, лекарственные препараты, алкоголь.
→	Восстанавливает микрофлору кишечника
→	Разрешен детям, беременным и кормящим



## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРОСГЕЛЯ

### ТОКСИКОЛОГИЯ

- острые и хронические интоксикации различного происхождения;
- острые отравления сильнодействующими и ядовитыми веществами, в том числе лекарственными препаратами и алкоголем, алкалоидами, солями тяжелых металлов.

### ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

- острые кишечные инфекции любого генеза в составе комплексной терапии (токсикоинфекции, сальмонеллез, дизентерия, диарейный синдром неинфекционного происхождения, дисбактериоз);
- гнойно-септические заболевания, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, в составе комплексной терапии;

### АЛЛЕРГОЛОГИЯ

- пищевая и лекарственная аллергия;

### ГЕПАТОЛОГИЯ

- гипербилирубинемия (вирусные гепатиты)

### НЕФРОЛОГИЯ

- гиперазотемия (хроническая почечная недостаточность);

### ПРОФИЛОГИЯ

- с целью профилактики хронических интоксикаций работниками вредных производств (профессиональные интоксикации химическими веществами, радионуклидами, соединениями свинца, ртути, мышьяка, нефтепродуктами, органическими растворителями, углерода, солями тяжелых металлов).

# ЭНТЕРОСГЕЛЬ

НЕ ПРОТИВПОКАЗАН  
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ  
И ЛАКТАЦИИ

ПРИМЕНЯЕТСЯ  
У ДЕТЕЙ  
С ПЕРВОГО МЕСЯЦА  
ЖИЗНИ

НЕ ИМЕЕТ  
АНАЛОГОВ  
В МИРЕ

### Состав

**Действующее вещество:** полиметилсилоксана полигидрат.

**Вспомогательное вещество:** вода очищенная

### Фармакотерапевтическая группа

Прочие кишечные адсорбенты. Энтеросорбирующее средство.

### Способ применения и дозы (паста, в саше)

Дозировка для взрослых - 15 г - 22,5 г (1 - 1,5 столовой ложки) - (1 саше) 3 раза в сутки. Суточная доза 45 г - 67,5 г.

Детям в возрасте от 5 до 14 лет - 15 г (1 столовая ложка) - (1 саше) 3 раза в сутки. Суточная доза 45 г.

Детям в возрасте до 5 лет - 7,5 г (0,5 столовой ложки) - (1/2 саше) 3 раза в сутки.

Суточная доза 22,5 г. Грудным детям рекомендуется 2,5 г (0,5 чайной ложки) - (1/2 саше) препарата размешать в тройном объеме грудного молока или воды и давать перед каждым кормлением (6 раз в сутки).

Для профилактики хронических интоксикаций - по 22,5 г 2 раза в день в течение 7-10 дней ежемесячно. При тяжелых интоксикациях в течение первых трех суток доза препарата может быть увеличена вдвое.

Продолжительность лечения при острых отравлениях - 3-5 суток, а при хронических интоксикациях и аллергических состояниях - 2-3 недели.

### Противопоказания.

Индивидуальная непереносимость препарата, атония кишечника

### Побочные эффекты

Возможны тошнота, запор. При тяжелой почечной или печеночной недостаточности возможно появление чувства отвращения к препарату.

### Передозировка

Случаев передозировки не выявлено.

### Взаимодействие с другими лекарственными препаратами

Возможно уменьшение всасывания других препаратов при одновременном приеме с Энтеросгелем.

### Особые указания

Препарат может использоваться в комплексной терапии с другими лекарственными средствами при соблюдении правила раздельного во времени приема - 1-2 часа до или после приема других медикаментов.

### Форма выпуска

Паста для приема внутрь в тубах из комбинированных материалов по 225 г. Каждую тубу вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

Паста для приема внутрь в саше - 22,5 г (10 шт.)

### Условия отпуска из аптек

Без рецепта

### Производитель

ООО "ТНК СИЛМА", Россия

KG.3.3.1048.05211-2017

KG.1.3.206.02121-2014



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.  
Распространяется в аптечных учреждениях.

# YUG MED EXPO

Международная  
специализированная  
выставка «Медицина»

18-20 СЕНТЯБРЯ 2018

ПРИГЛАШАЕМ  
ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ



BI EXPO  
ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ

Кыргызстан, г. Ош  
+996 775 000 005  
www.biexpo.kg