

Сибирские ученые
разработали
инновационное
средство
от насморка
и боли в горле



стр. 2

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ



Энтеросорбция
и энтеросорбенты:
позиции в лечении
острых кишечных
инфекций
у детей

стр. 10



Контроль гликемии
больных сахарным
диабетом 2 типа
с использованием
гликлазида

стр. 12



Ведение
больных с острыми
нарушениями мозгового
кровообращения
Клиническое руководство
на догоспитальном
этапе

стр. 14

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

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

60мг №5, №10
125мг №5, №10



**Удобная форма
суппозиториев
для малышей**

Кыргызстан и Европейское региональное бюро ВОЗ подписали новое Двухгодичное соглашение о сотрудничестве



27 марта Министерство здравоохранения КР и Европейское региональное бюро ВОЗ подписали Двухгодичное соглашение о сотрудничестве (ДСС) на 2018-2019 гг. Данное соглашение было разработано с учетом конкретных потребностей страны, а также региональных и глобальных инициатив и приоритетов ВОЗ. Документ был взаимно согласован и составлен в соответствии с актуальными приоритетами в области общественного здравоохранения и усилиями, предпринимаемыми для улучшения показателей здоровья населения Кыргызстана.

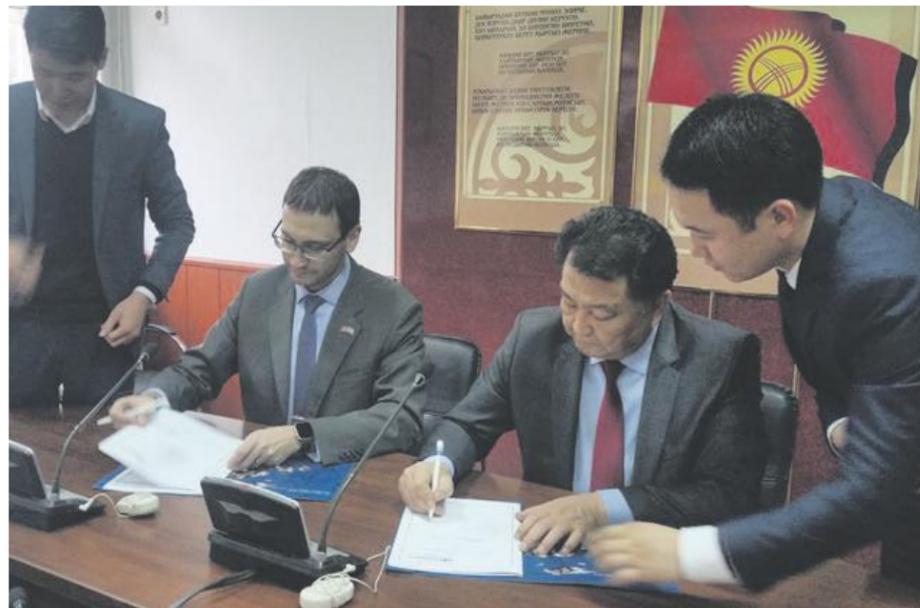
ДСС позволит Кыргызстану продвигаться вперед к достижению Целей устойчивого развития (ЦУР) для обеспечения здоровой жизни и повышения благополучия людей всех возрастов, а также для решения других задач, касающихся гендерного равенства, продовольственной безопасности, водоснабжения и санитарии, изменения климата, неравенства и партнерства.

Данное ДСС для Кыргызстана поддерживает реализацию национальной политики и планов здра-

воохранения в Кыргызстане, таких как национальная программа «Ден Соолук», продленная до конца 2018 года, Национальная стратегия «Здоровье-2020», а также Стратегия сектора здравоохранения нового поколения на 2019-2030 годы. Данное ДСС уже определило соответствующие ключевые задачи и показатели ЦУР и поддерживает реализацию Рамочной программы Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития на 2018-2022 гг.

Сотрудничество будет осуществляться в первую очередь в следующих сферах:

- инфекционные болезни и болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, в т. ч. СПИД, туберкулез, гепатит и устойчивость к противомикробным препаратам;
- неинфекционные заболевания, включая сердечнососудистые заболевания, рак, диабет, хронические респираторные заболевания и безопасность пищевых продуктов;
- укрепление здоровья на всех этапах жизни, в т. ч. репродуктивное здоровье



и здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков, а также окружающая среда и здоровье;

- укрепление всеобщего охвата услугами здравоохранения, предоставления услуг, доступ к лекарствам и защита от финансовых трудностей;
- готовность к чрезвычайным ситуациям и к пандемии гриппа, и осуществление Международных медико-санитарных правил.

«Данное соглашение было принято в ответ на новые требования, вызовы и возможности, с целью значительного улучшения здоровья населения в Кыргызстане, уменьшения неравенства и обеспечения устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на людей. В рамках этого мандата и определенных приоритетов в новом ДСС, ВОЗ теперь может оказывать техническую поддержку в разработке долгосрочной национальной политики и стратегий и стратегическом развитии здравоохранения в нынешнем наци-

ональном контексте, что позволит укрепить всеобщий охват услугами здравоохранения», - подчеркнул Талантбек Батыралиев, министр здравоохранения во время церемонии подписания.

«Новое соглашение о сотрудничестве поможет нам сфокусировать наше сотрудничество в ближайшие годы на ряде приоритетов, которые важны для здоровья людей в Кыргызстане. Объединив усилия для достижения всеобщего охвата здравоохранения и инвестируя в укрепление системы здравоохранения, устраняют неинфекционные заболевания и улучшают готовность к чрезвычайным ситуациям, ВОЗ и правительство могут добиться реальных результатов в среднесрочной и долгосрочной перспективе в поддержку устойчивого развития», - прокомментировал д-р Ярно Хабихт, Представитель ВОЗ в Кыргызстане.

www.med.kg

Обеспечение доступа к лекарственным средствам и медицинским изделиям: новые подходы в обращении лекарственных средств и медицинских изделий

В Бишкеке, 23 марта прошел круглый стол, на котором обсудили обеспечение доступа к лекарствам.

В работе Круглого стола приняли участие представители Министерства здравоохранения КР, ФОМС при Правительстве КР, ДЛО и МТ при Министерстве здравоохранения КР, республиканских и городских лечебных организаций, фармацевтических компаний, академических кругов, гражданского общества, экспертов и консультантов, партнеров по развитию.

Круглый стол проводится в качестве площадки по обсуждению проектов НПА для учета мнения всех участников сферы обращения ЛС. На круглом столе обсуждены особенности допуска лекарственных средств на рынок КР;

переход на государственное финансирование закупок лекарственных средств (ВИЧ, ТБ); особенности регистрации лекарственных средств в других странах, фармаконадзор; особенности регулирования медицинских изделий в других странах; новые подходы в регистрации медицинских изделий и мониторинг безопасности медицинских изделий.

«2 августа 2017 года одобрены Жогорку Кенешем и подписаны Президентом Кыргызской Республики законы «Об обращении лекарственных средств», «Об обращении медицинских изделий», «О внесении изменений в некоторые законодательные акты по вопросам обращения лекарственных средств и медицинских изделий. Приведение в соответствие с указанными



законами нормативно-правовых актов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий будет способствовать совершенствованию законодательства в сфере обращения лекарственных средств и улучшению

обеспечения населения качественными, безопасными и эффективными лекарственными средствами и медицинскими изделиями», сказал Талантбек Батыралиев, в ходе круглого стола.

www.med.kg

Вагиллак

Первый в мире оральный пробиотик для нормализации вагинальной микрофлоры

Разрешен к применению девочкам с 10 лет и старше

Борется с дискомфортом, о котором трудно говорить!



СГР № KZ.16.01.78.003.E.003462.01.15

СОСТАВ:

Каждая капсула Вагилака содержит уникальные штаммы бактерий *Lactobacillus rhamnosus* GR-1™ и *Lactobacillus reuteri* RC-14™ в суммарном количестве не менее 1 · 10⁹ КОЕ/г живых бактерий, способных к размножению.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ:

Капсула попадает в желудок, под действием соляной кислоты на её поверхности образуется гелеобразный слой. В тонком кишечнике лактобациллы регидрируются и высвобождаются. Лактобациллы остаются живыми, совершая пассаж по тонкому и толстому кишечнику. Благодаря анатомической близости анального отверстия с преддверием влагалища и количеству вагинальных лактобацилл (не менее 1 · 10⁹ КОЕ/г) - лактобациллы легко проникают во влагалище, колонизируют его и дистальные отделы уретры. Проникшие лактобактерии вырабатывают поверхностно-активные вещества, белок - 29-кДа, фиксирующие лактобациллы на поверхности вагинальных клеток. Также бактерии *Lactobacillus rhamnosus* GR-1™ и *Lactobacillus reuteri* RC-14™ восстанавливают естественную кислую среду во влагалище (pH 3,8-4,5) и повышают устойчивость слизистой к воздействию патогенных микроорганизмов.

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- дисбиозы влагалища, в том числе бактериальный вагиноз, как самостоятельное средство или в комплексной терапии;
- во время и после терапии антибиотиками, цитостатиками, кортикостероидами, противогрибковыми и противовирусными препаратами;
- подострые и хронические воспалительные процессы женской половой сферы;
- во время и после специфической антимикробной, противовирусной и иммуномодулирующей терапии урогенитальных инфекций и заболеваний, передающихся половым путем (гонорея, хламидиоз, урогенитальный герпес, папилломавирусная инфекция и т. д.);
- предродовая подготовка беременных;
- подготовка к плановым диагностическим и лечебным гинекологическим операциям;
- при использовании контрацепции (ВМС, КОК, спермициды);
- гормональнозависимые кольпиты, сенильные и др., как самостоятельное средство или на фоне специфической гормональной терапии.

Вагиллак - источник пробиотических лактобактерий *Lactobacillus rhamnosus* GR-1™ и *Lactobacillus reuteri* RC-14™ для девочек старше 10 лет и женщин.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:

Для нормализации микрофлоры - внутрь по 1 капсуле в день во время еды, запивая водой.

При комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний половых органов, а также во время и после лечения антибиотиками рекомендуется принимать по 1 капсуле 2 раза в день.

Продолжительность приема - 2-6 недель.

При необходимости прием можно повторить.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Индивидуальная непереносимость компонентов продукта.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕКИ:

Без рецепта.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:

АО "ЯДРАН", Хорватия.

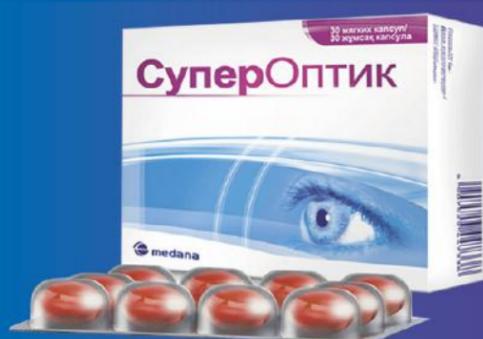
Эксклюзивный дистрибьютор в КР
ОсОО Asian Med Trade,
г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1.,
Тел.: +996 (312) 35-75-42, www.amt.kg



БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНАЯ ДОБАВКА. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

МОЖНО ТАК,

**А МОЖНО
СУПЕРОПТИК**



РУ - KZ.16.01.78.003.E.005048.0915 от 18.09.2015г

СуперОптик

- комплексная защита глаз от вредного излучения
- улучшение остроты зрения
- профилактика катаракты и глаукомы

СуперОптик – все необходимое для здоровья глаз в одной капсуле!

SANTO
Member of Polpharma Group

Сибирские ученые разработали инновационное средство от насморка и боли в горле.

Протаргол – известное средство для лечения насморка. С момента его изобретения прошло более ста лет. В советское время протаргол изготавливали почти в каждой аптеке, как недорогое и эффективное средство при остром и хроническом назофарингите (насморке), синусите, рините, хроническом фарингите, а также для лечения аденоидитов и гнойных воспалительных процессов среднего уха.

Однако, принципиальным недостатком классических препаратов коллоидного серебра (колларгола, протаргола) является нестабильность их водных растворов, срок годности которых составляет максимум 1 – 3 месяца. При этом, есть попытки увеличить срок годности протаргола за счет того, что препарат изготавливается в виде таблетки, а непосредственно перед применением разводится в домашних условиях. Но проблема остаётся. После разведения коммерческий протаргол хранится 30 дней, только стоимость увы выросла в разы. Но и это еще не все. Многие вынуждены отказываться от протаргола потому, что при всей его эффективности он обладает ярко выраженным прижигающим и раздражающим действием на кожу и слизистые. Например, при закапывании в нос, отмечается жжение.

Прогресс не стоит на месте. Благодаря современным научным разработкам, Сибирские научные специалисты, совместно с производителями, сделали инновационные продукт – **СОВРЕМЕННЫЙ ПРОТАРГОЛ «Витаргол-Форте»**.

Препарат Витаргол™ Форте это разновидность кластерного коллоидного серебра, усовершенствованный протеинат серебра, или модернизированный современный протаргол. Изготавливается путем разбавления концентрированной субстанции кластерного серебра, зарегистрированной под торговой маркой Арговит™ Био. Технология получения инновационной субстанции защищена патентом. Токсикология Арговита подробно изучена, по степени воздействия на организм Арговит относится к малоопасным веществам (4 класс опасности по ГОСТ 12.1.007-76). Соответственно препараты, приготовленные с использованием разбавленных растворов

Арговита (Витаргол Форте) также относятся к малоопасным веществам. Субстанция Арговит и препараты на ее основе проявляют широкий спектр антибактериальной и противовирусной активности, оказывают выраженное противовоспалительное действие. Все это обуславливает перспективность таких препаратов для профилактики и дополнения к лечению ОРЗ и ОРВИ.

ОРЗ и ОРВИ передаются преимущественно воздушно-капельным и контактным путем. Первичными «воротами инфекции» для этих заболеваний являются носоглотка, зев, верхние дыхательные пути. Соответственно наиболее простой и удобной формой препаратов для профилактики ОРЗ и ОРВИ являются назальные капли и спрей, а также спрей для обработки полости рта, зева.

Ранее Витаргол был зарегистрирован и разрешён для приёма внутрь (как БАД к пище) – это ещё раз подтверждает безопасность препарата. Кроме того, согласно Методическим рекомендациям МР 2.3.1.1915-04 «Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ», разработанные ГУ НИИ Питания РАМН, серебро является необходимым микроэлементом наравне с йодом, железом, цинком, селеном и пр.

Для наглядности на рисунках 1-3 приведены электронно-микроскопические снимки препаратов серебра, распространённые сегодня на Российском рынке.

Как видно из представленных данных, наиболее мелкодисперсным и монодисперсным, является препарат Витаргол Форте (производство НПЦ «Элюсан») – средний размер частиц серебра в нем примерно в два раза меньше (средний размер частиц 8,45 nm), чем в Коммерческом протарголе (средний размер частиц 16,52 nm) и обычном протарголе (средний размер частиц 18,30 nm).

За счёт более мелких частиц, Витаргол Форте обладает повышенной эффективностью, большей стабильностью (срок годности разведённого продукта – 2 года) и меньшей токсичностью.

Современный протаргол не надо разводить, его можно брать с собой в путешествие или на работу.

www.vitargol.ru

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



Рисунок 1. Классический (аптечный) протаргол.

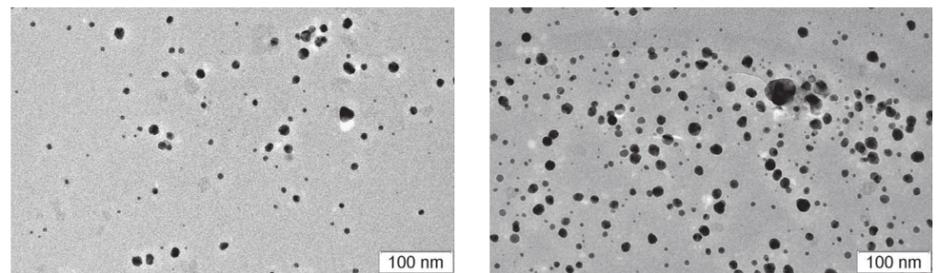


Рисунок 2. Коммерческий протаргол (таблетка, которую необходимо разбавлять в домашних условиях)

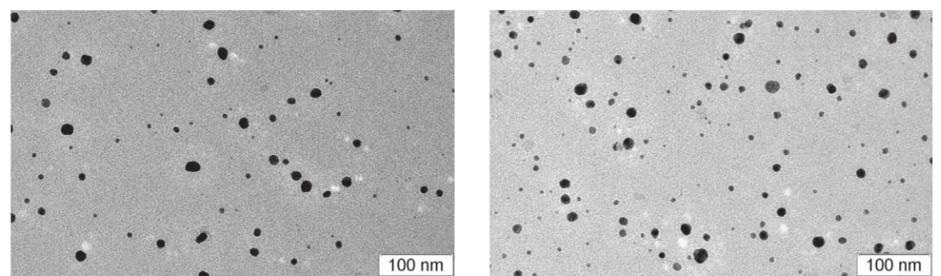
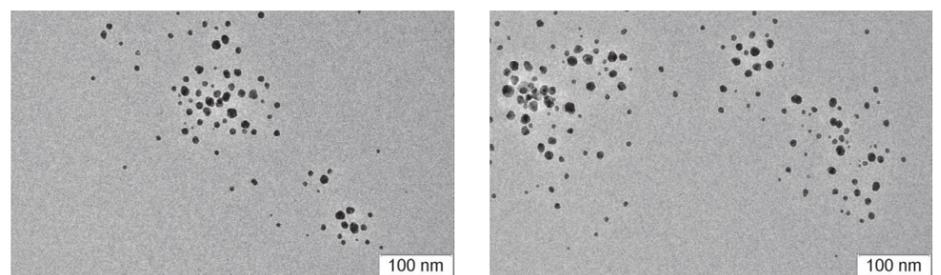


Рисунок 3. Витаргол Форте (производство НПЦ «Элюсан»)



Витаргол Форте – это безопасно, удобно и эффективно!

Если Вам или Вашему ребёнку врач посоветовал использовать Протаргол – попробуйте Современную форму протеината серебра – Витаргол Форте.

Способ применения: капли 2-3 капли в каждый носовой ход, спрей 1-2 орошения (в нос или горло), 3 раза в день в течении 3 - 7 дней.

Хватит жить в прошлом веке! Используйте инновации 21 века!

**НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМА
КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.**

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.

ОсОО 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;

ОсОО 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



Гиножен

Секрет женского здоровья

Комбинированный интравагинальный препарат тройного действия:

- * Противогрибковое
- * Противопротозойное
- * Антибактериальное

Клинически доказан при вагинальном кандидозе и трихомониазе

Купирует симптомы вульвовагинального кандидоза

Удобен в применении



метронидазола – 100 мг
миконазола нитрата – 100 мг

метронидазола – 500 мг
миконазола нитрата – 100 мг

10 дней по 1 капсуле в день интравагинально

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

Гиножен/Гиножен Форте

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

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

Показания и способы применения

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

Побочные действия

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

Противопоказания

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

Особые указания

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

Условия отпуска из аптек

По рецепту
Производитель УП «Минскинтеркапс», Республика Беларусь

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



Энтерик Эколь

капсулы

Противодиарейное средство Для детей и взрослых

Состав:

- 1 капсула содержит:
- Saccharomyces boulardii
 - Lactobacillus acidophilus
 - Lactobacillus casei
 - Bifidobacterium bifidum
 - Prebiotic



ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Энтерик Эколь



Состав

- 1 капсула содержит:
- Saccharomyces boulardii 0,250 г.
 - Lactobacillus acidophilus 0,050 г.
 - Lactobacillus casei 0,050 г.
 - Bifidobacterium bifidum 0,025 г.
 - Prebiotic 0,025 г.

Фармакотерапевтическая группа
Противодиарейное средство.

Фармакологические свойства

Saccharomyces boulardii оказывает антимикробное действие, обусловленное антагонистическим эффектом в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов: Clostridium difficile, Candida albicans, Candida krusei, Candida pseudotropicalis, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Salmonella typhimurium, Yersinia enterocolitica, Escherichia coli, Shigella dysenteriae, Staphylococcus aureus и других, а так же Entamoeba histolytica и Lambliae. Обладает антитоксинным действием в отношении бактериальных цито- и энтеротоксинов, повышает ферментативную функцию кишечника. Saccharomyces boulardii обладает естественной устойчивостью к антибиотикам. Молочнокислые бактерии (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus casei, Bifidobacterium bifidum, Prebiotic) заселяют желудочно-кишечный тракт. Восстанавливают нормальную микрофлору кишечника и предотвращают развитие в нем патогенных бактерий.

Показания к применению

Диарея любой этиологии.

Способ применения

Детям до 6 лет – 1 капсула в день в течение 5 дней. Детям от 6 лет и старше – 1-2 капсулы в день в течение 7-10 дней. Энтерик Эколь рекомендуется принимать до или после еды, запивая небольшим количеством жидкости. Не следует запивать горячими и алкогольными напитками. Для маленьких детей, а также в случаях затрудненного глотания, капсулу можно раскрыть и давать ее содержимое с холодной или чуть теплой жидкостью. Прием препарата для лечения острой диареи в обязательном порядке должен сопровождаться регидратацией.

Противопоказания

Препарат противопоказан пациентам с дефицитом лактазы.

Беременность и лактация

Применение препарата в период беременности и лактации оправдано в том случае, если ожидаемая польза превышает потенциальный риск.

Побочные эффекты

Отмечаются очень редко. Возможны реакции гиперчувствительности.

Условия отпуска

Без рецепта врача.

Производитель

Kendy OOD, Болгария.

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



БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНАЯ ДОБАВКА. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Туберкулез сегодня.

Ежегодно по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 24 марта проводится Всемирный день борьбы с туберкулезом.

Туберкулез – это инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза и чаще поражает легкие. Возбудитель туберкулеза был описан более 130 лет назад немецким врачом Робертом Кохом, поэтому часто его называют палочкой Коха.

Туберкулез распространен повсеместно, как в развитых странах, так и в развивающихся. Социальный портрет больного туберкулезом в настоящее время неоднороден и разнообразен. Туберкулезом могут заболеть люди с разным социальным статусом и материальным положением. Существует ряд факторов, которые могут способствовать развитию туберкулеза: курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, недостаточное или неполноценное питание, частые переутомления и переохлаждения, хронические заболевания (сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и т.д.), ВИЧ-инфекция, проживание в плохих санитарно-бытовых условиях и другие.

Туберкулез передается от больного туберкулеза легких, который при разговоре, чихании и кашле выделяет в воздух микобактерии туберкулеза.

По данным ВОЗ, туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире.

В 2016 году в мире 10,4 миллиона



человек заболели туберкулезом, и 1,7 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни. При этом, более 95% случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

64% общего числа случаев приходится на семь стран, среди которых первое место занимает Индия, а за ней следуют Индонезия, Китай, Нигерия, Пакистан, Филиппины и Южная Африка.

По оценкам, в 2016 году 1 миллион детей заболели туберкулезом, и 250 000 детей умерли от него (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом).

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)

по-прежнему представляет кризис в области общественного здравоохранения. По оценкам ВОЗ, произошло 600 000 новых случаев туберкулеза с устойчивостью к рифампицину - самому эффективному препарату первой линии, - из которых в 490 000 случаях был МЛУ-ТБ.

В глобальных масштабах заболеваемость туберкулезом снижается примерно на 2% в год. По оценкам, за период с 2000 по 2016 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 53 миллионов человеческих жизней.

В нашей республике в течение последних 10 лет наблюдается снижение заболеваемости туберкулезом примерно на 10% (с 101,6 на 100 тысяч

населения в 2008 г. до 90,5 – в 2017 г.).

Также в 2017 году в республике эпидемиологическая ситуация по туберкулезу была стабильной. Наблюдалось снижение заболеваемости населения республики туберкулезом на 4,8% по сравнению с прошлым годом, так в 2017 году было зарегистрировано 5610 случаев туберкулеза или 90,5 на 100 тысяч населения против 5779 случаев или 95,1 на 100 тысяч населения в 2016 году.

Согласно статистике, в среднем, до 10% от всех случаев туберкулеза приходится на долю трудовых мигрантов.

Основными симптомами туберкулеза являются кашель, продолжающийся 2 недели и более, а также, недомогание, потливость, в особенности по ночам, снижение аппетита. При появлении некоторых из этих симптомов необходимо обратиться к семейному врачу для исключения туберкулеза.

При своевременном обращении к медицинскому работнику и раннем выявлении туберкулеза больше шансов на благоприятное излечение и возвращение к привычному образу жизни.

Меры профилактики:

Профилактика туберкулеза, прежде всего основана на ранней диагностике туберкулеза, поэтому рекомендуется проходить флюорографию органов грудной клетки не реже 1 раза в год.

Также не стоит забывать о здоровом образе жизни и поддержании иммунитета.

Специалисты
Управления профилактики
инфекционных, паразитарных
заболеваний и эпиднадзора
ДПЗиГСЭН МЗ КР



Всемирный день борьбы с туберкулезом 2018: в поиске лидеров

Каждый год 24 марта мы отмечаем Всемирный день борьбы с туберкулезом в целях повышения осведомленности общественности о разрушительных медико-санитарных, социальных и экономических последствиях туберкулеза и активизации действий по прекращению глобальной эпидемии туберкулеза. Эта дата знаменует день, когда д-р Роберт Кох в 1882 г. объявил об обнаружении бактерии – возбудителя туберкулеза, что открыло дорогу к разработке средств диагностики и лечения этого заболевания. Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия, туберкулез по-прежнему остается самой смертоносной инфекционной болезнью в мире, унося каждый день более 4 500 жизней. Появление туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) представляет собой одну из серьезнейших угроз для безопасности в области здравоохранения и может поставить под сомнение успехи, достигнутые в борьбе с туберкулезом.

**Внимание, розыск!
Ищем лидеров, чтобы освободить мир от туберкулеза**

Тема Всемирного дня борьбы с туберкулезом 2018 г. – «Внимание, розыск! Ищем лидеров, чтобы освободить мир от туберкулеза». Программа

нацелена на формирование приверженности делу ликвидации туберкулеза, причем не только на политическом уровне среди глав государств и министров здравоохранения, а на всех уровнях – от градоначальников, губернаторов, парламентариев и лидеров местных сообществ до людей, больных туберкулезом, гражданских активистов, работников здравоохранения, врачей или медсестер, НПО и других партнеров. Каждый может возглавить работу по ликвидации туберкулеза на своем уровне и на своем месте.

Это важнейший вопрос, учитывая политическое значение предстоящего в этом году совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по туберкулезу в Нью-Йорке, на котором соберутся главы государств. Выбор темы был сделан по итогам весьма успешной министерской конференции по борьбе с туберкулезом, которая прошла в Москве 16-17 ноября 2017 г. и завершилась принятием обязательств высокого уровня министрами и другими лидерами из 120 стран по ускорению хода борьбы с туберкулезом.

Всемирный день борьбы с туберкулезом дает возможность привлечь внимание к этой болезни и мобилизовать политическую и общественную приверженность делу ускорения хода борьбы с туберкулезом.

ЛикоМаст



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

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

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарственным средством.

НА СЛУЖБЕ ЖЕНСКОЙ КРАСОТЫ

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

1 капсула ЛикоМаст содержит:

Л ликопин - 5 мг - оптимальная рекомендованная суточная доза

Микроэлементы:

Zn цинка сульфата моногидрат 27,45 мг (экв. Zn 9,9 мг)

Se селена диоксида моногидрат 70 мкг (экв. Se 42,8 мкг)

Витамины:

A ретинол (витамин A) 2500 ME

E α-токоферол (витамин E) 10 ME

C аскорбиновая кислота (витамин C) 50 мг

Применение:

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



30 капсул



Курсовой прием:

- Создает депо ликопина
- Устанавливает равновесие в системе антиоксидантной защиты.



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



СГР № BY.70.06.01.003.E.002861.05.14 от 21.05.2014.

Децефин-АМТ

Цефтриаксон 1 г



Время побеждать!

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



Состав: Цефтриаксона (в виде цефтриаксона натриевой соли 1,193 г.) 1г. 1 ампула содержит: 10мл воды для инъекций.

Показания к применению

Лечение инфекций, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, в том числе: -инфекции дыхательных путей (особенно пневмония); инфекции ЛОР-органов;

-инфекции почек и мочевыводящих путей; инфекции половых органов (включая гонорею); -инфекции кожи и мягких тканей; инфекции органов брюшной полости (перитонит, инфекции желчевыводящих путей и пищеварительного тракта); инфекции костей, суставов, а также раневые инфекции; инфекции у больных с ослабленной иммунной защитой; -сепсис; менингит.

Способ применения и дозы:

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

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

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

Применение в период беременности или кормления грудью

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

Побочные действия

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

Нарушения крови и лимфатической системы. Редкие: Нейтропения, эозинофилия, лейкопения, гранулоцитопения, анемия, включая гемолитическую анемию, тромбоцитопению, небольшое продление протромбинового времени. Очень редкие: Расстройства коагуляции. Нарушение иммунной систем. Редкие: Анафилактические (например бронхоспазм) и анафилактоид-ные реакции.

Нарушения нервной системы. Редкие: Головная боль и головокружение.

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

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

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

Общие реакции

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

Внутримышечная инъекция без раствора лидокаина является болезненной

Противопоказания:

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

Условия отпуска:

По рецепту

Производитель:

ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция

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



WALMARK®

Актуальные и современные БАДы от европейского производителя «Walmart» (Чехия) теперь и в Кыргызстане!

Walmart - один из самых современных фармацевтических заводов в Чешской Республике, соответствующий стандартам (GMP, HACCP) и требованиям законодательства, действующего в рамках Евросоюза.

Компания Walmart выпускает современные БАДы, витаминно-минеральные комплексы, а также безрецептурные лекарственные средства.

Бизнес-деятельность компании охватывает более чем 30 стран Европы, Ближнего Востока и Азии.

АртроСтоп® Для здоровья суставов

АртроСтоп® Рапид+

Глюкозамин сульфат и **хондроитин сульфат** являются элементарными строительными компонентами суставного хряща и других соединительных тканей – костей, связок и сухожилий.

Boswellin® – патентованный травяной экстракт *Boswellia serrata*, который является дополнительным средством для поддержания здоровья и упругости суставов.

ExPur комплекс представляет собой особую комбинацию неденатурированного коллагена типа II и витамина С. Неденатурированный коллаген II типа является базовым структурным компонентом суставного хряща, и в процессе производства обеспечивается, что этот коллаген остается в своей наиболее естественной форме тройной спирали. Витамин С вносит свой вклад в правильное формирование коллагена для того, чтобы кости и хрящи функционировали нормально.

- обеспечивает нормальное функционирование опорно-двигательной системы
- быстро облегчает болезненные симптомы при воспалении суставов
- сохраняет подвижность и гибкость суставов защищает, питает и восстанавливает суставной хрящ
- эффективен при повышенной физической нагрузке ожирении и после травм опорно-двигательного аппарата

АртроСтоп® крем

Глюкозамин сульфат – основной структурный компонент суставного хряща, который прямо проникает в его строение. Защищает и питает суставы, стимулирует их регенерацию и способствует улучшению подвижности суставов.

МСМ (метилсульфонилметан) играет большую роль в синтезе коллагена, стимулирует образование и функцию суставной хрящевины и костной ткани. МСМ оказывает сильное анальгетическое воздействие на больные суставы, мышцы и сухожилия, удаляет продукты отмирания суставной ткани, позитивно действует при воспалениях и снижает отечность.

Boswellin® - защищенный патентом экстракт коры дерева *Boswellia serrata* с сильным противовоспалительным эффектом, снижающим болезненность суставов. Экстракт *Boswellia serrata* оказывает антиоксидантное действие, защищая этим суставы от повреждения.

- Уменьшает боли в суставах и мышцах
- Уменьшает скованность и улучшает подвижность суставов, мышц и сухожилий
- Поддерживает нормальное функционирование суставов.

Крем Arthrostop® оказывает активное действие во всех суставах – тазобедренных, коленных, суставах рук и позвоночника.

В одной капсуле содержится:

Глюкозамин сульфат 533,0 мг;
Хондроитин сульфат 200,0 мг;
Boswellin® 50,0 мг;

ExPur комплекс

Коллаген II типа 6,7 мкг,
Витамин С 4,0 мг

WALMARK®
www.walmart.eu



СР №КЗ.16.01.78.003.E.003462.01.15



Состав: Глюкозамин сульфат, *Boswellia serrata* экстракт, метилсульфонилметан, ментол, камфара, эвкалиптовое масло, масло можжевельника обыкновенного



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Простенал® ФОРТЕ

Активная забота о мужском здоровье



СР №КЗ.16.01.78.003.E.002970.11.14.



WALMARK®
www.walmart.eu

Простенал Форте - это комбинация цинка и PERFECT COMPLEX, который содержит экстракты пальмы сереноа и крапивы двудомной. Экстракты этих трав оказывают благоприятное воздействие на проблемы простаты. Экстракт пальмы сереноа рекомендуется как источник жирных кислот, механизм действия которого заключается в положительном влиянии на метаболизм мужских половых гормонов и в подавлении выработки медиаторов воспаления. Экстракт крапивы двудомной улучшает выделительную функцию почек и способствует нормальному функционированию мочеполовой системы. Цинк – это минерал, который очень важен для мужского здоровья. Он поддерживает нормальный уровень тестостерона в крови, и поэтому оказывает благоприятный эффект репродуктивную функцию мужчины.

Способ применения и дозировка:

1 таблетка ежедневно после еды, запивать водой.

Состав: Основные вещества: экстракт пальмы сереноа (*Saw Palmetto*), экстракт крапивы двудомной (*Urtica dioica*), цинка оксид. Вспомогательные вещества: рибофлавин (E101), антикомкователи: микрокристаллическая целлюлоза (E460), диоксид кремния (E551); наполнитель: дикальция фосфат (E341); стабилизаторы: карбоксиметилцеллюлоза (E466), гидроксипропилметилцеллюлоза (E464), магния стеарат (E470b); концентрированное сафлоровое масло, антипенное вещество: полиэтиленгликоль (E1521), красители: титана диоксид (E171), индигокармин (E132), бриллиантовый синий (E133); увлажняющее вещество: глицерин (E422).

Действие:

- улучшает состояние и функции предстательной железы
- обеспечивает нормальное функционирование мочеполовой системы
- поддерживает нормальный уровень тестостерона в крови
- улучшает репродуктивную функцию мужчины

Рекомендованный срок применения: Принимать в течение длительного срока.

Побочные эффекты: При употреблении рекомендуемой суточной нормы побочных эффектов не отмечается.

Меры предосторожности: Отсутствуют

Противопоказания: Индивидуальная непереносимость компонентов продукта. Не применять детям до 14 лет и лицам с аллергией на продукты пчеловодства.

Особые указания: Не превышать рекомендуемую суточную норму. Биологически активная добавка не может использоваться в качестве заменителя пищи при различных диетах. Хранить в сухом темном месте при температуре до 25 °С вдали от солнечных лучей. Хранить в недоступном для детей месте, в оригинальной упаковке.

Срок годности: 3 года. Дата окончания срока годности указана на упаковке (EXP).

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарственным средством.

Производитель: Walmart a.s., Oldrichovice 44, 739 61 Trinec, Чешская Республика.

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

Спрашивайте по телефону: 0 (312) 68-91-41; 0 (550) 54-44-60

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Уринал®

Забота о здоровье мочевыводящих путей

Уринал содержит уникальную комбинацию двух активных ингредиентов – NutriCran®, высушенный концентрат сока клюквы и CystiCran®, высококонцентрированный экстракт клюквы. Клюква улучшает состояние мочевыводящих путей и способствует выведению из них патогенных бактерий.

Максимальная ежедневная доза (3 капсулы) соответствует 57 300 мг ягоды клюквы.

Клюква является богатым источником биофлавоноидов, фенольных соединений и других природных соединений с положительным влиянием на здоровье человека. Содержит естественные антиоксиданты, которые защищают клетки и ткани от свободных радикалов. Прием Уринала можно сочетать с лечением антибиотиками, а его ежедневное употребление обеспечивает защиту от возникновения рецидивных инфекций мочевыводящих путей.

Состав

Основные вещества: сухой концентрат клюквенного сока, экстракт клюквенного сока.

Вспомогательные вещества: желатин, соевое масло, увлажняющее вещество: глицерин (E422), антиоксидант: соевый лецитин (E322); глазирователь: пчелиный воск (E901); краситель: оксид железа (E172).

Действие:

- поддерживает здоровое состояние мочеполовой системы
- помогает выведению из мочевыводящего тракта патогенных бактерий
- стимулирует рост здоровой микрофлоры
- укрепляет иммунную систему

Способ применения и дозировка: 1-3 капсулы ежедневно.

Побочные эффекты: При употреблении рекомендуемой суточной нормы побочных эффектов не отмечается.

Меры предосторожности: Отсутствуют

Противопоказания: Индивидуальная непереносимость компонентов продукта. Не применять детям до 14 лет и лицам с аллергией на продукты пчеловодства.

Особые указания: Не превышать рекомендуемую суточную норму. Биологически активная добавка не может использоваться в качестве заменителя пищи при различных диетах. Хранить в сухом темном месте при температуре до 25 °С вдали от солнечных лучей. Хранить в недоступном для детей месте, в оригинальной упаковке.

Срок годности: 3 года. Дата окончания срока годности указана на упаковке (EXP).

Биологически активная добавка к пище. Не является лекарственным средством.

Производитель: Walmark, a.s., Oldřichovice 44, 739 61 Trinec, Чешская Республика.

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

Спрашивайте по телефону:
0 (312) 68-91-41; 0 (550) 54-44-60



WALMARK®
www.walmark.eu

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Уринал Акут®

С заботой о здоровье

Таблетки Уринал Акут® содержат три компонента: сухой экстракт крупноплодной клюквы (Vaccinium macrocarpon) «CystiCran®», экстракт золотарника обыкновенного (Solidago virgaurea), витамин D3. Суточная доза Уринал Акут содержит проантоцианидины в количестве 36 мг. Рекомендуется в качестве дополнительного источника проантоцианидинов и витамина D для поддержания функций мочевыводящих путей.

Состав: агент антислеживающий: целлюлоза микрокристаллическая (E460), разрыхлитель кальция фосфат (E341), «CystiCran» (экстракт клюквы крупноплодной), экстракт золотарника обыкновенного, стабилизатор карбоксиметилцеллюлоза (E466), стабилизатор гидроксипропилцеллюлоза (E463), стабилизатор гидроксипропилметилцеллюлоза (E464), агент антислеживающий диоксид кремния аморфный (E551), агент антислеживающий магния стеарат (E470) тальк, хлопковое масло, краситель: оксид титановый, концентраты (лимон, черная смородина, редиска), холекальциферол.

Рекомендации по применению: взрослым и детям старше 14 лет по одной таблетке в день, запивая водой.

Меры предосторожности

- Не превышать рекомендованную суточную дозу
- Не рекомендуется детям в возрасте до 14 лет

Условия хранения

- Хранить в недоступном для детей месте!
- Хранить в защищенном от света и влаги месте, при температуре не выше 25 °С в оригинальной неповрежденной упаковке.

Биологически активная добавка к пище, не является лекарственным средством. Реализуется через аптечную сеть.

Серия: СГР № ВУ.70.06.01.003.E0011674.05.16

Дата изготовления: указан на упаковке.

Годен до: указан на упаковке.

Производитель: АО Валмарк, ул. Олдржиховице 44, 739 61 Тржинец, Чешская Республика. Walmark, a.s., Oldřichovice 44, 739 61, Trinec, Чешская Республика

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

Противопоказания: индивидуальная непереносимость компонентов.

Спрашивайте по телефону:
0 (312) 68-91-41; 0 (550) 54-44-60



WALMARK®
www.walmark.eu

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



Марсианчики

Иммуноактив сироп



Комплекс витаминов и минералов для детей 3+



Для поддержания иммунитета

Марсианчики Иммуноактив сироп – комплекс витаминов и минералов для детей старше 3 лет в виде сиропа **со вкусом апельсина**. Дополнительный источник витаминов, минералов и других биологически активных веществ для поддержания иммунной системы, роста и развития ребенка.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- Для поддержания роста и развития ребенка.
- Для поддержания иммунной системы ребенка.

Дозировка:

- 1 ложка (5 мл) – детям от 3 до 7 лет
- 1,5 ложки (7,5 мл) – детям от 7 до 11 лет и мальчикам от 11 до 14 лет.
- 2 ложки (10 мл) – девочкам /девушкам от 11 до 18 лет и юношам от 14 до 18 лет.

Перед употреблением встряхивать!

Меры предосторожности

Не превышать рекомендованную суточную дозу. Пищевая добавка не может заменить полноценный дневной рацион.

Условия хранения

Хранить в недоступном для детей месте! После вскрытия сироп необходимо использовать в течение 2 месяцев.

Объем: 150 мл

Не является лекарственным средством.

Производитель: АО «Валмарк», Чешская Республика

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

СГР №ВУ.70.06.01.003.E.000776.03.17

WALMARK® Произведено в Чехии
www.walmark.eu

Не содержит: искусственные красители, сахар, лютен и лактозу, консерванты!

Комплекс Иммунаktiv:

Бета глюкан.....	10,0 мг
Биофлавоноиды.....	30,0 мг
Витамин С.....	25,0 мг
Цинк.....	4,0 мг
Витамин А.....	120,0 мкг
Витамин В1.....	0,5 мг
Витамин В2.....	0,8 мг
Витамин В3.....	9,0 мг
Витамин В5.....	3,0 мг
Витамин В6.....	0,7 мг
Витамин В12.....	0,7 мкг
Витамин D3.....	1,5 мкг
Витамин Е.....	5,0 мг
Биотин.....	20,0 мкг
Фолиевая кислота.....	50,0 мкг
Йод.....	70,0 мкг
РАВА.....	50,0 мкг
Экстракт шиповника.....	5,0 мг
Лизин.....	10,0 мг

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Энтеросорбция и энтеросорбенты: позиции в лечении острых кишечных инфекций у детей

Л. Н. Мазанкова, доктор медицинских наук, профессор, Л. А. Павлова, доктор медицинских наук, доцент, Н. О. Ильина, П. А. Каротам, М. А. Куликова, Кафедра детских инфекционных болезней РМАПО, Москва

Острые кишечные инфекции в структуре инфекционной заболеваемости у детей занимают второе место после острых респираторно-вирусных заболеваний и характеризуются сезонностью, а также возрастными особенностями этиологической структуры заболеваемости, преобладанием вирусных диарей, развитием нестойкого, кратковременного видоспецифического иммунитета.

Вопросы этиопатогенетической терапии острых кишечных инфекций (ОКИ) сохраняют актуальность в связи с их повсеместным распространением, утяжелением клинического течения отдельных нозологических форм, развитием резистентности возбудителей к традиционно применяемым этиотропным препаратам. Широкое и нередко бесконтрольное использование антибактериальных средств часто оказывается не только малоэффективным, но и сопровождается нежелательными побочными эффектами и может иметь неблагоприятные последствия для организма больного.

Создание новых и совершенствование существующих методов лечения инфекционных больных тесно связано с новыми сведениями, полученными в ходе научных исследований в области патогенеза инфекционных заболеваний. Эти исследования создают предпосылки для разработки новых лекарственных форм препаратов и их клинической апробации. Доказаны целесообразность отказа в ряде случаев от традиционно применяемых в лечении инфекционных больных антибактериальных средств и необходимость усиления патогенетической терапии.

Известно, что в патогенезе ряда инфекционных заболеваний большое значение имеют степень специфической и неспецифической интоксикации, состояние систем иммунитета и естественной детоксикации организма, а при кишечных инфекциях, кроме того, нарушения структуры и функции желудочно-кишечного тракта, под действием различных бактериальных и вирусных возбудителей.

Разработка новых методов лечения больных острыми кишечными инфек-

ционными заболеваниями тесно связана с внедрением в клиническую практику энтеросорбции.

Энтеросорбция при инфекционных заболеваниях является этиологическим и патогенетическим способом терапии. Сорбенты способны поглощать из многокомпонентных растворов эндо- и экзотоксины, а вещества с макро- и мезопорами, кроме того, могут фиксировать на своей поверхности возбудителей бактериальной и вирусной природы, выключая их таким образом из патологического процесса. Энтеросорбенты практически не изменяют состав нормальной кишечной аутофлоры, но адсорбируют токсические продукты, образующиеся в норме в кишечнике (фенолы, ароматические аминокислоты и др.). Наиболее существенным представляется детоксикационный эффект энтеросорбции, связанный с поглощением токсических продуктов, не только образующихся в кишечнике, но и секретлируемых с пищеварительными соками.

Энтеросорбция также может оказывать опосредованное иммунокорректирующее действие, так как связывание эндотоксинов и других токсических субстанций снижает иммуносупрессивный эффект последних, а это, в свою очередь, создает условия для купирования инфекционного процесса.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, энтеросорбция целесообразна при острых кишечных инфекциях и хронической диарее.

В последние годы несомненный интерес представляют препараты на основе лигнина (природного полимера растительного происхождения, продукта переработки древесины хвойных и лиственных пород), отвечающие всем медицинским требованиям, предъявляемым к современным энтеросорбентам.

Учитывая высокую значимость гидролизного лигнина для медицины и отрицательные моменты, связанные с его применением в виде влажного порошка, российские ученые разработали таблетированную форму энтеросорбента под торговым названием «Фильтрум».

Изучение эффективности и переносимости энтеросорбента «Фильтрум»,

применяемого в качестве средства, альтернативного антибиотикам, при острых кишечных инфекциях у детей, а также уточнение оптимальной схемы использования препарата при данной патологии проводилось на базе кафедры детских инфекционных болезней РМАПО МЗ РФ Тушинской ДГБ №7. Под наблюдением находилось 50 больных ОКИ в возрасте от 6 мес до 14 лет, из них девочек — 18, мальчиков — 32. Дети до трех лет составили 60%. Отягощенный преморбидный фон отмечался у 40 детей: в том числе ЧБД — 20 детей, органическое поражение ЦНС — двое, гипотрофия — трое; у 15 больных были указания на алергодерматоз, респираторный алергоз и токсико-аллергические реакции.

Этиология ОКИ расшифрована у 70% детей, в том числе ротавирусная инфекция — у 50%, сальмонеллез — у 10%, шигеллез — у 5%, эшерихиоз — у 5%. Преобладал осмотический тип диареи с синдромом гастроэнтерита (86%), реже диагностировались гастроэнтероколит и энтероколит. С учетом выраженности интоксикации и лихорадки, степени эксикоза, частоты рвоты и стула, у 86% больных была установлена среднетяжелая форма заболеваний, у 14% — легкая.

С момента поступления ребенка в стационар всем больным назначали «Фильтрум» на фоне пероральной регидратации и диетотерапии.

В зависимости от возраста «Фильтрум» применяли три раза в день в разовой дозировке от 1/3 до одной таблетки детям до трех лет, по одной таблетке детям старше трех лет и две таблетки детям старше 12 лет. Суточная дозировка составляла 0,07 г/кг. Препарат назначался за 1-1,5 ч до еды и разводился кипяченой водой или регидроном, у части больных приходилось предварительно измельчать таблетку.

Длительность приема «Фильтрум» определялась динамикой основных симптомов ОКИ, сроками нормализации стула и составляла, в среднем, у детей до трех лет — 4,7 дня, старше трех лет — четыре дня.

Клиническая эффективность «Фильтрум» оценивалась по срокам купирования лихорадки, интоксикации,

эксикоза, прекращения рвоты, на основании динамики ликвидации диареи и нормализации стула. Переносимость определялась по наличию диспепсических и аллергических реакций.

У всех больных на фоне приема «Фильтрум» уже с первых дней лечения отмечалось его положительное влияние на общетоксический и местный синдром ОКИ в виде снижения лихорадки, зафиксированы более редкие случаи либо полное прекращение рвоты, улучшение аппетита, ликвидация болей в животе и метеоризма, уменьшение кратности дефекаций и улучшение характера стула. Температура тела нормализовалась в первый-второй день лечения у 70% больных. Длительность лихорадки свыше трех дней отмечена лишь у 24% детей. У 76% больных в первый-второй день исчезали вздутие и боли в животе. Эпизоды рвоты становились реже уже с первого дня лечения у половины больных с этим симптомом и сохранялись в среднем 1,57 дня. Диарея купировалась у 70% больных с первого-второго дня лечения. Патологический характер стула сохранялся в среднем 4,16 дней у детей до трех лет и 3,28 дней в старшей возрастной группе. Продолжительность острого периода ОКИ не превышала пяти дней. Переносимость «Фильтрум» была хорошей. Лишь у двоих (4%) детей отмечалась рвота, что послужило причиной отказа от продолжения терапии у одной больной.

Таким образом, метод энтеросорбции при ОКИ у детей с применением энтеросорбента «Фильтрум» является высокоэффективным и этиопатогенетически обоснованным. Детоксикационный и антидиарейный эффект препарата при ОКИ разной этиологии, протекающих с явлениями гастроэнтерита как в легкой, так и в среднетяжелой форме, способствует быстрой нормализации стула и выздоровлению детей к пятому дню лечения, что позволяет рекомендовать «Фильтрум» для практического применения в клинике инфекционных болезней. Лечебное воздействие «Фильтрум» с сокращением длительности основных проявлений ОКИ обеспечивает существенный экономический эффект от терапии.



KG.3.3.209.031156-2015
4507003 660277
10 таблеток АВВА

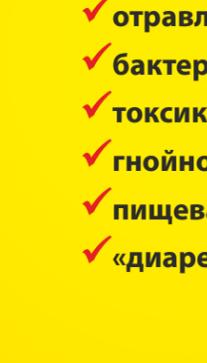
Фильтрум®

энтеросорбент

СКОРАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ И ИНТОКСИКАЦИЯХ!

БЕЗ РЕЦЕПТА





- ✓ отравления различной этиологии
- ✓ бактериальные кишечные инфекции (в комплексной терапии)
- ✓ токсикоинфекции (в комплексной терапии)
- ✓ гнойно-воспалительные заболевания с выраженной интоксикацией
- ✓ пищевая и лекарственная аллергия
- ✓ «диарея путешественника»

ТОО «AVVA Kazakhstan» фармацевтическая компания
 Завод-производитель: АО «АВВА РУС», Россия, г. Киров, ул. Луганская, д. 53а
 Дистрибьютор на территории КР: ОсОО «Неман-Фарм», 720021, Кыргызстан, г. Бишкек, ул. Киевская, 38
avva.com.ru filtrum.ru

Без рецепта

ЛАКТОФИЛЬТРУМ®

ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОБИОТИКА И ЭНТЕРОСОРБЕНТА



КРАСОТА ИЗНУТРИ



KG.3.209.03155-2015

- Стимулирует развитие собственной полезной микрофлоры (бифидо и лактобактерий)
- Обеспечивает сорбцию 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

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ!

Гепат-Мерц®

L-орнитин-L-аспартат

Сделано в Германии

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



ГРАНУЛЫ

ИНФУЗИОННЫЙ КОНЦЕНТРАТ

KG.1.3.893.04592-2016
KG.1.3.893.04591-2016

Умный препарат для печени!

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

- ✓ **дезинтоксикационное**
- ✓ **гепатопротекторное**

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

Гепат-Мерц® инфузионный концентрат, гранулы

Состав:

1 ампула (10 мл) содержит 5 г L-орнитина-L-аспартата, воды для инъекций до 10 мл.
 5 г гранул (1 пакетик) содержит:

Действующее вещество: L-орнитин-L-аспартат 3,00 г.

Вспомогательные вещества: кислота лимонная безводная, ароматизатор лимонный, ароматизатор апельсиновый, сахарин натрия, цикламаты натрия, оранжевый желтый (Е110), поливинилпирролидон, фруктоза.

Фармакологические свойства:

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

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

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

Противопоказания:

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

Побочное действие:

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

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

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

Условия отпуска из аптек:

Гепат-Мерц в ампулах: По рецепту врача.
 Гепат-Мерц в гранулах: Без рецепта.

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

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

Контроль гликемии больных сахарным диабетом 2 типа с использованием гликлазида

Султаналиева Р.Б., Джошбаева К.Б., Долонова Р.А., Иванова Е.Ю. Эндокринологический центр МЗ КР, КГМИПпК

Сахарный диабет — одно из самых распространенных заболеваний в мире. По данным эпидемиологических исследований, число больных СД удваивается каждые 15 лет, к 2045 году, по прогнозу Международной диабетической федерации (IDF), оно вырастет до 629 млн, при этом 90–95 % составят пациенты с СД 2-го типа^[1].

Проблема СД актуальна и для Кыргызстана, где в настоящее время насчитывается более 55 тыс. человек, страдающих СД, и с каждым годом их число прогрессивно возрастает. На основе эпидемиологических исследований выявлено, что истинная распространенность данной патологии в Кыргызстане в 6 раз больше данных по обращаемости^[2].

Патофизиология развития СД 2-го типа характеризуется инсулинорезистентностью и прогрессирующим нарушением секреции инсулина вследствие дисфункции панкреатических β -клеток^[3]. Так по данным известного исследования UKPDS, секреторная функция β -клеток у впервые выявленных больных СД 2-го типа была снижена на 50%^[4]. Установлено, что в момент постановки диагноза СД 2 типа масса β -клеток уже снижена примерно на 50% преимущественно за счет повышения активности апоптоза, преобладающего над процессами неогенеза и репликации. Следовательно, значительное снижение секреции инсулина на момент диагностики СД 2 типа у больных обусловлено как нарушением функции, так и снижением массы панкреатических β -клеток.

Согласно современным алгоритмам, первым этапом лечения является больных СД 2 типа является модификация образа жизни с одновременным назначением метформина — препарата, влияющего прежде всего на механизмы центральной (повышенная продукция глюкозы печенью) и периферической (сниженная утилизация глюкозы мышцами и жировой тканью) инсулинорезистентности. Вместе с тем, метформин не оказывает влияние на другой важнейший патогенетический дефект у больных СД 2 типа — нарушение секреции инсулина, в связи с чем в большинстве случаев монотерапия метформином не обеспечивает достижение целей гликемического контроля. При неэффективности к ней добавляются другие сахароснижающие препараты (ССП) или препараты инсулина.

На современном этапе разработаны SSP с различными механизмами действия, такими как увеличение функции панкреатических β -клеток относительно секреции инсулина, ингибирование почечной реабсорбции глюкозы или повышение глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1), иДПП4 и др. Однако уже сегодня известно, что некоторые из них обладают рядом принципиальных недостатков, которые заставляют относиться к ним очень осторожно и что препятствует их широкому применению в клинической практике^[5]. Прежде всего следует учитывать, что препараты нового ряда обладают недостаточно

высоким сахароснижающим эффектом (в среднем снижение HbA1c на 0,5-1,0% при монотерапии), с другой стороны, эти новые препараты обладают недостаточно изученной безопасностью как в ближайшем периоде, так и в отдаленном. Прежде всего интересует их влияние через 10 лет на развитие сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также вероятность повышения риска смерти. Уже имеются официальные предостережения Управления по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA, США) относительно применения эксенатида, антагонистов ДПП-4 и аналогов ГПП-1 в связи с риском развития случаев острого панкреатита и других нежелательных эффектов.

Производные сульфанилмочевины (ПСМ), согласно многим международным рекомендациям, несмотря на развитие новых направлений в фармакотерапии, по-прежнему остаются проверенными и надежными лекарствами для лечения СД 2 типа. Согласно последним рекомендациям IDF, EASD/ADA (2016), ПСМ рекомендованы в качестве альтернативных препаратов при непереносимости или неэффективности монотерапии метформином и на сегодняшний день наряду с метформином являются лидирующим классом сахароснижающих препаратов. Данный класс препаратов весьма неоднороден. В нашем клиническом руководстве и протоколах, а также Руководстве по лечению СД 2 типа Международной Диабетической Федерации (2017) содержатся схожие принципы: базовыми препаратами для лечения СД 2-го типа остаются метформин, ПСМ и инсулин человека^[6,7,8].

Данные таблетированные препараты являются наиболее часто назначаемыми, имеют доказанное терапевтическое действие, вместе с тем они имеют различные механизмы действия, а именно: ПСМ уменьшают гипергликемию, повышая секрецию инсулина, а метформин — путем улучшения чувствительности к инсулину и подавления продукции. Насколько оправдывают себя стратегии применения диеты, инсулина, СМ или метформина в длительной монотерапии, было оценено в знаменитом исследовании UKPDS^[9].

В основе сахароснижающего действия этих препаратов лежит стимуляция выработки инсулина β -клетками поджелудочной железы. К преимуществам ПСМ относят высокую сахароснижающую активность (снижение уровня HbA1 в среднем составляет 1-2% при монотерапии), хорошую доказательную базу, подтверждающую их эффективность и безопасность, а также низкую стоимость, определяющую доступность препарата. К основным недостаткам ПСМ относят их способность вызывать резкое снижение уровня сахара в крови и прибавку массы тела, но среди препаратов данного класса выделяется гликлазид (диаглизид MR), который практически лишен этих действий, оказывает хорошее гипогликемическое

Диаглизид MR

Gliclazide



действие, и имеет другие полезные эффекты, имеющими прямое отношение к профилактике сердечно-сосудистых осложнений диабета.

Все ПСМ являются секретогогами, которые стимулируют секрецию инсулина посредством закрытия АТФ-зависимых K^+ -каналов (КАТФ) на плазматической мембране β -клеток поджелудочной железы. КАТФ-каналы также находятся и во многих других тканях, включая миокард и гладкомышечные клетки сосудов, учитывая их кардиопротекторный механизм в развитии ишемического прекодиционирования и вазодилатации. Это может иметь значение в различных фармакологических и побочных действиях между препаратами ПСМ, что связано с разным взаимодействием с их различными типами КАТФ-каналов, в которых содержатся разные подтипы субъединицы SUR, характер взаимодействия которых с различными сульфаниламидными препаратами варьирует. В частности, неселективные ПСМ связываются с SUR2-рецепторами кардиомиоцитов, препятствуя ишемическому прекодиционированию, что потенциально может нивелировать благоприятный эффект сахароснижающего действия ПСМ у пациентов с ишемической болезнью сердца. Существуют доказательства, что старые ПСМ (такие как глибенкламид, глипизид и толбутамид) угнетают ишемическое прекодиционирование — процесс, при котором происходит «тренировка» миокарда в условиях ишемии в связи с повторяющимися эпизодами умеренной транзиторной ишемии^[10,11]. Это угнетение может приводить к увеличению риска развития ИМ и более плохому прогнозу после перенесенного ИМ при терапии этими препаратами. В рецепторах SUR калиевых каналов содержатся гетерооктамерные комплексы с двумя зонами связывания: для сульфанильного фрагмента и для бензамидной группировки. При этом наибольшее

сродство бензамидная группа имеет к рецепторам SUR2A в клетках сердечной мышцы. Глибенкламид и глимепирид обладают примерно одинаковой аффинностью к рецепторам SUR1 и SUR2. Отношение селективности SUR1/SUR2A для глибенкламида составляет 6,4, для глимепирида — 1,8.

Наиболее избирателен по отношению к β -клеткам гликлазид. Его сродство к рецепторам SUR1 превышает таковое к рецепторам SUR2 в 16 000 раз^[12,13]. По всей видимости, такая высокая селективность действия гликлазида обусловлена отличиями химической структуры препарата от других сахароснижающих сульфаниламидов. Молекула гликлазида имеет более короткую углеродную цепочку и меньшее количество гидрофобных групп по сравнению с другими ПСМ. Кроме того, связывание гликлазида с рецепторами обоих типов носит временный характер, обратимость действия гликлазида предупреждает чрезмерную стимуляцию островковых клеток, чем, судя по всему, и обусловлено действие препарата при долгосрочном применении^[14]. Высокая аффинность к рецепторам сульфанилмочевины на мембране β -клетки, с одной стороны, обеспечивает длительный гипогликемизирующий эффект, а с другой — позволяет избежать длительной гиперстимуляции и истощения β -клетки. Отсутствие длительной гиперинсулинемии на фоне приема гликлазида снижает риск гипогликемии и набора веса. Следует отметить, что гликлазид является единственным ПСМ, который не связывается с белком Ерас2, дополнительным фактором стимуляции экзцитоза инсулина. Еще одной важной характеристикой гликлазида является его способность восстанавливать первый пик инсулинового ответа, выпадение которого относится к наиболее ранним

→(Продолжение на стр. 13)

нарушениям секреции инсулина у пациентов с СД2^[15]. Риск сердечно-сосудистой смертности был также ниже при лечении гликлазидом – 0,60 (95% ДИ 0,45–0,84) по сравнению с лечением глибенкламидом^[16].

Известно, что помимо сахароснижающего действия гликлазид обладает экстрапанкреатическим и антиоксидантным эффектом^[17]. Наличие в молекулярной структуре гликлазида азабицикло-октилового кольца может помочь объяснить эти эффекты. В частности, гликлазид может нейтрализовать свободные радикалы, активировать экспрессию антиоксидантных ферментов, повышать NO-опосредованную вазодилатацию, уменьшать глюкозиндуцированный апоптоз и повреждение митохондрий, ингибирует некоторые биологические процессы, связанные с дифференциацией моноцитов, адгезией эндотелия и образованием атеросклеротических бляшек.

Несмотря на то, что в Кыргызстане ПСМ применяются в течение многих лет, в стране не изучался и не проводился анализ терапевтического действия гликлазида как в монотерапии, так и при недостаточной эффективности метформина.

Цель нашей работы: изучить влияния Диаглизида MR на показатели углеводного обмена у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа как в монотерапии, так и при комбинированном лечении с метформином при его неэффективности.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Бишкекского эндокринологического диспансера. В обследование были включены 30 больных СД 2 типа. Средний возраст больных составил

61,5± 1,9 лет, из них мужчин – 11 (36,62%), женщин – 19 (66,4%). У 11 человек СД 2 типа выявлен впервые, у 4 больных длительность диабета 3 года, у 6 человек-4 года, у 4 - 8 лет, у 4 –более 10 лет. Критериями включения в исследование являлись: больные СД 2 типа в фазе декомпенсации, у 29 пациентов были исходно повышенные показатели HbA1c от 8,1 до 13, 6%, часть из них (19 человек), до назначения диаглизида, получали метформин в дозе от 500 до 2800 мг/сутки. 11 больным с впервые выявленным СД 2 типа и показателями HbA1c более 9% стартовая терапия начата с Диаглизида MR. У всех больных получено информированное согласие на участие в исследовании.

По дизайну исследования были предусмотрены: контроль показателей исходной гликемии- гликемии натощак (ГН), посткраниальной гликемии (ППГ) и HbA1c до лечения, далее ежемесячные визиты для коррекции гипергликемии на фоне терапии Диаглизидом и итоговый визит через 3 месяца, для оценки лечения (проверка показателей гликемии натощак, через 2 часа после еды и HbA1c). Больным, включенным в исследование, доза Диаглизида MR подбиралась в зависимости от степени декомпенсации диабета от 15 до 60 мг/сутки. Гликемию определяли в плазме венозной крови в начале и в конце исследования натощак и через 120 минут. Уровень HbA1c определяли методом жидкостной хроматографии на приборе (норма 4,0-5,7%). Методы обследования также включали измерение антропометрических показателей.

В таблице 1 представлены данные показателей гликемии и HbA1c до и через 3 месяца после лечения.

Как видно из представленных данных, включение Диаглизида MR в лечение больных СД 2 типа, через

Таблица 1. Показатели углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа до и через 3 месяца после лечения диаглизидом MR

Показатели углеводного обмена	До лечения n=30	Через 3 месяца после лечения n=30	P-показатель достоверности n=30
Глюкоза крови натощак (ммоль/л)	10,9± 0,57	6,7± 0,27	<0,001
Глюкоза крови через 2 часа после еды (ммоль/л)	13,7± 0,72	8,6± 0,38	<0,001
HbA1c %	10,4± 0,34	7,4± 0,24	<0,001

Таблица 2. Сравнительные данные лечения гликлазида в монотерапии, в комбинации с метформином до и через 3 месяца терапии.

Показатели углеводного обмена	Лечение только диаглизидом MR n=11	p	Лечение Метформин+ диаглизид n=19	p
HbA1c % до лечения	10,4±0,6*	<0,001*	10,4±0,4**	<0,001**
HbA1c %с после лечения	7,5±0,4*		7,3±0,2**	
ГН до лечения	11,6±0,1*	<0,001*	10,6±0,1**	<0,001**
ГН после лечения	6,6±0,5*		6,8±0,2**	
ППГ до лечения <0,001**	13,1±0,3*	<0,001*	14,0±1,3**	<0,001**
ППГ после лечения	8,3±0,3*		8,9±0,8**	

3 месяца привело к статистически значимому снижению ГН, ППГ, HbA1c, исходно повышенных до лечения.

В таблице 2 представлены сравнительные данные двух вариантов лечения диаглизидом MR: 11 больных с СД 2 типа получали диаглизид MR на стартовом этапе терапии, 19 больным препарат был назначен в комбинации метформином (т.е. на этапе интенсификации лечения).

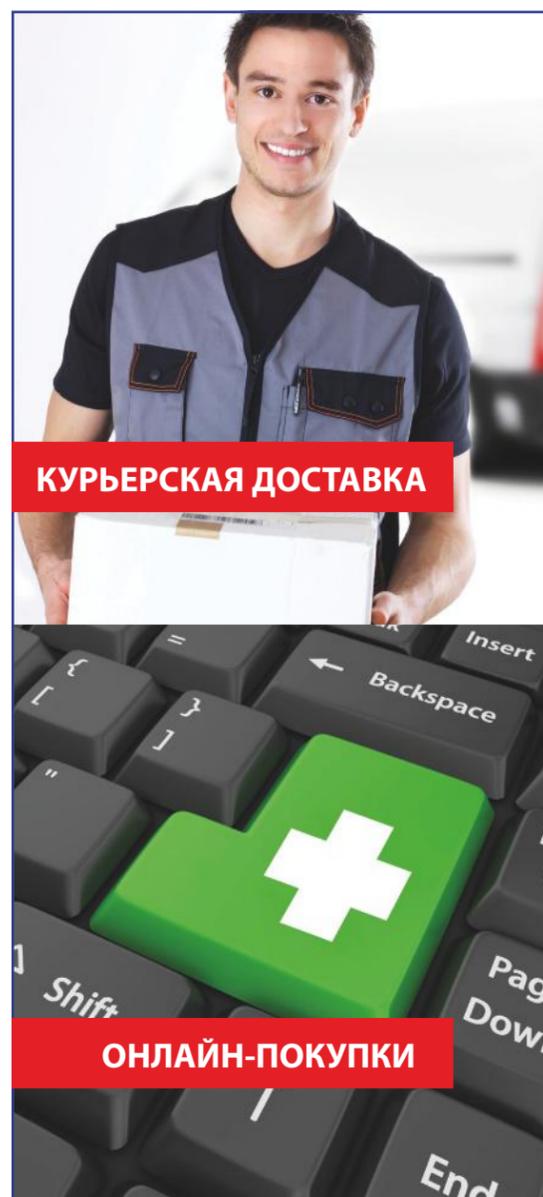
Как видно из представленных данных, Диаглизид MR достоверно снижал уровень глюкозы, как в монотерапии, так и при комбинации метформином. Через 3 месяца выявлено достоверное снижение ГН, ППГ и гликированного гемоглобина в обеих группах больных. При сравнении групп между собой различия в снижении получено не было.

Хороший сахарониажающий эффект бы получен у большинства больных в суточной дозировке диаглизида 30 мг/с, у 6 больных в дозе 60 мг/с, у 1-го -90 мг/с, у 2-х- 15 мг\с и у 1-45 мг/с. Необходимо отметить, что наряду с улучшением гликемического контроля, ни у одного больного не отмечено прибавки в массу тела.

Выводы:

У пациентов с СД 2 терапия диаглизидом MR как в монотерапии, так и в сочетании с метформином, способствовала достоверному улучшению показателей гликемического контроля: снижала до целевых показателей уровень гликемии натощак, постпрандиальной гликемии и гликированного гемоглобина.

Список литературы в редакции.



ОсОО «Неман-Фарм»

ИНТЕРНЕТ-АПТЕКА

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

Преимущества интернет аптеки

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

Удобная оплата

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

Контактные телефоны:

0(312) 68-91-41, 0(701) 68-91-41, 0(778) 68-91-41, 0(555) 68-91-41.

Сайт: www.neman.kg

Электронный адрес: sprav@neman.kg

График работы: Круглосуточно

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики,
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Национальный госпиталь КР, Республиканский центр развития здравоохранения
и информационных технологий

Ведение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

Клиническое руководство на догоспитальном этапе



Клиническое руководство «Ведение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе» пересмотрено на основе предыдущего руководства (Приказ МЗ КР № 114 от 28.03.2011), принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 927 от 23.12.2016 г.

Список сокращений

АД – Артериальное давление
ГИ – Геморрагический инсульт
ИИ – Ишемический инсульт
ОНМК – Острое нарушение мозгового кровообращения
ОГЭ – Острая гипертоническая энцефалопатия
ПНМК – Преходящее нарушение мозгового кровообращения
САК – Субарахноидальное кровоизлияние
ТИА – Транзиторная ишемическая атака
ТЛТ – Тромболитическая терапия
ЧД – Частота дыхания
ЧМТ – Черепно-мозговая травма
ЧСС – Частота сердечных сокращений

1. Введение

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. До недавнего времени во взглядах на проблему неотложной помощи больным с инсультом доминировал терапевтический нигилизм. Однако улучшение понимания патофизиологических процессов и новые лечебные технологии изменили ведение больных с инсультом. Растет понимание инсульта как неотложного медицинского состояния. Доказана эффективность лечения острого ишемического инсульта в специализированных палатах (инсультных блоках). Тромболитическая терапия обеспечивает дополнительные терапевтические возможности, хотя пока и не является широко доступным методом лечения.

Кроме того, ОНМК являются важнейшей медико-социальной проблемой, обусловленное не только высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, но и значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. Особенности неотложных состояний при остром нарушении мозгового кровообращения в отличие от неотложных состояний при остро развивающихся

заболеваниях других органов и систем являются быстро наступающие изменения сознания, жизненно важных функций, нарушение гуморального гомеостаза, а также грубые нарушения черепной иннервации, моторики, чувствительности и координации.

Частота встречаемости различных видов ОНМК широко варьирует. Среди них инфаркты головного мозга составляют 65–75%, кровоизлияния (включая субарахноидальные) — 15–20%, на долю преходящих нарушений мозгового кровообращения приходится 10–15% всех случаев острых нарушений мозгового кровообращения.

По материалам Европейской базы данных «Здоровье для всех», Европейского бюро ВОЗ (январь 2007г.) стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от цереброваскулярных заболеваний в Кыргызской Республике выше, чем в странах Центральной Азии и СНГ. По данным РМИЦ мозгового инсульта, заболеваемость инсультом в г. Бишкек составляет 2,9 – 3,2 случая на 1000 населения в год, смертность – 1,2 случая на 1000 населения в год, причем в 27% случаях ишемический инсульт имеет прогрессирующее течение. Летальность в остром периоде инсульта в Республике достигает 43%, увеличиваясь на 14-20% к концу первого года после перенесенного инсульта. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидизации и составляет 3,7 на 10 000 населения. К труду возвращается около 20% лиц, перенесших инсульт, при том что одна треть заболевающих инсультом - люди трудоспособного возраста.

Многим требуется постоянная помощь в повседневной жизни. Нетрудоспособность после инсульта приводит к значительным финансовым трудностям. Например, подсчитанные ежегодные прямые и не прямые расходы США, связанные с нарушением мозгового кровообращения, варьируют от 40 до 100 млрд. долларов США.

Это включает прямые расходы, связанные с экстренной госпитализацией, методами диагностики, медикаментами, амортизацией оборудования, реабилитацией, а также не прямые убытки, такие как потеря заработка. На протяжении следующих десятилетий данные расходы, несомненно, будут увеличиваться. Возрастающее количество людей старше 70 лет и изменение социально-демографического профиля населения окажут существенное влияние на количество инсультов в год, рост заболеваемости, смертности и экономических убытков.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов. Разработка и внедрение единых принципов ведения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе, экстренная госпитализация больных должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания, способствуя преемственности ведения больного в рамках мультидисциплинарного подхода.

Основными задачами мероприятий на догоспитальном этапе является диагностика инсульта, проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий и осуществление экстренной госпитализации больного.

Цель создания клинического руководства

Необходимо создание единой комплексной системы по ведению больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на этапе первичного звена здравоохранения, базирующейся на принципах доказательной медицины и отражающей последние достижения мировой медицинской науки и практики.

Эффективность своевременной помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения во многом зависит от точности и своевременности их распознавания и адекватных лечебно-диагностических вмешательств.

Ожидаемые результаты:

Внедрение данного клинического руководства и строгое следование в практике принципам догоспитальной помощи при ОНМК позволит:

1. сократить путь больного в стационар
2. снизить количество ранних осложнений и инвалидизацию при инсультах
3. уменьшить число повторных вызовов скорой помощи больным с ОНМК
4. прекратить необоснованные вмешательства на догоспитальном этапе
5. значительно уменьшить количество лекарственных препаратов
6. уменьшить затраты пациента и службы скорой помощи
7. улучшить диагностику и дифференцированное лечение

2. Состав рабочей группы по созданию руководства

Руководитель группы по пересмотру: Токтомушев Ч.Т. Главный невролог МЗ КР, заведующий отделением неврологии №1 Национального госпиталя, к.м.н., доцент

Ответственные исполнители: Тургумбаев Д.Д. Заведующий отделением неврологии №3 Национального госпиталя МЗ КР, главный внештатный невролог ДЗ г. Бишкек, доцент кафедры неврологии, психиатрии и нейрохирургии КГМИПиПК, к.м.н. Калиев О.Ч. Врач-невролог отделение неврологии №3 НГ МЗ КР. Алымкулов С.Э. ассистент кафедры неврологии, психиатрии и нейрохирургии КГМИ ПиПК.

Медицинские консультанты внутренние: Кадырова З.А И.о. заведующий кафедрой неврологии с курсом медицинской генетики КГМА им И.Ахунбаева. к.м.н., доцент. Дюшеев Б.Д. Профессор кафедры нейрохирургии КГМА им И.Ахунбаева, д.м.н. Суглобова А.В. Заместитель главного врача городской станции скорой медицинской помощи по лечебной части, г. Бишкек Оморов Н.К.ы Заведующий отделением неврологии №2 Национального госпиталя МЗ, КР, к.м.н.

Рецензенты: Бартон Смит Специалист по семейной медицине, заместитель директора проекта по качественному здравоохранению ЮСАИД Камбаралиева Б. Клинический фармаколог, координатор ПМСП МЗ КР

Методологическая экспертная поддержка: Барыктабасова Б.К. Консультант по доказательной медицине МЗ КР, методолог по разработке и оценке качества клинических руководств и протоколов, к.м.н.

В группу по разработке клинических руководств вошли представители медицинских специальностей часто соприкасающихся в своей практической деятельности с проблемами диагностики и лечения ОНМК, которые были приглашены из ведущих медицинских учреждений Кыргызской Республики. Приглашение медицинских консультантов в состав разработчиков позволило обсудить достоверность отдельных рекомендаций, для которых не было найдено доказательств, а также вопросы применимости руководства в лечебно-профилактических организациях всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики.

Процесс апробации и экспертизы

Клиническое руководство было апробировано в отделениях неврологии

№2, 3 Национального госпиталя МЗ КР и в отделении ангионеврологии ГКБ №1, на станции скорой медицинской помощи (СМП) г. Бишкек. Рассмотрено представителями Медицинской аккредитационной комиссии, Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР, Ассоциацией групп семейных врачей, Ассоциацией больниц.

В процессе апробации и рецензирования клинического руководства были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке.

После апробирования и получения комментариев, рецензий данное клиническое руководство было утверждено Экспертным советом по оценке качества Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Декларация конфликта интересов

Данное руководство было разработано без внешнего финансирования. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики ОНМК.

3. Основные термины и определения

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) включает в себя как инсульт, так и преходящие нарушения мозгового кровообращения (по отечественной классификации 1985 г.) или транзиторные ишемические атаки (по большинству зарубежных классификаций и классификации ВОЗ 1978 г.), а также малый инсульт (обратимый неврологический дефицит). В соответствии с критериями ВОЗ, ишемический инсульт определяют как «острое очаговое неврологическое нарушение с клиническими проявлениями, сохраняющимися в течение более 24 ч, вероятной причиной которого служит ишемия головного мозга»^[14,19].

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) или транзиторная ишемическая атака (ТИА) характеризуются внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сосудистым заболеванием (артериальная гипертензия, атеросклероз, ревматизм и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более суток и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций.

Гипертонический церебральный криз (ГЦК) - внезапное появление общемозговых (головная боль, тошнота, рвота), реже – очаговых (парезы, параличи) неврологических симптомов, связанное с острым, обычно значительным подъемом артериального давления. Следует иметь в виду, что тяжесть проявлений криза не всегда соответствует показателям АД. Поэтому для диагностики ГЦК и определения тактики лечения больного решающее значение имеет правильная интерпретация жалоб и симптомов, а не абсолютный уровень АД. При одном и том же уровне АД возможна как развернутая клиническая картина криза, так и относительно удовлетворительное состояние пациента.

Острая гипертоническая энцефалопатия (ОГЭ) - тяжелая форма гипертонического церебрального криза, которая характеризуется возникновением общемозговых симптомов в результате развития вазогенного

отека головного мозга на фоне срыва регуляции мозгового кровообращения при значительном повышении артериального давления.

Малый инсульт (обратимый неврологический дефицит) - клинический неврологический синдром, развивающийся вследствие острого нарушения церебральной циркуляции, при котором нарушенные функции восстанавливаются в течение первых трех недель заболевания (подобное течение отмечается у 10–15 % больных с инсультом).

Инсульт ОНМК, характеризуется внезапным (в течение минут, реже — часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), подтвержденных методами нейровизуализации, которые сохраняются свыше 24 ч. или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причин цереброваскулярного происхождения.

Различают геморрагический (кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние) (ГИ) и ишемический инсульт (ИИ) (инфаркт мозга). Ишемический инсульт отмечается в 4-5 раз чаще, чем геморрагический.

4. Факторы риска ОНМК

Факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения можно разделить на три группы:

4.1 Немодифицируемые (неизменяемые) факторы риска:

- возраст (с увеличением которого риск инсульта, особенно ишемического, значительно увеличивается)
- мужской пол (мужчины более подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы, соотношение к женщинам 3:1)
- генетическая предрасположенность к некоторым заболеваниям (например, повышенному артериальному давлению, сахарному диабету, ожирению).

4.2 Модифицируемые (поддающиеся коррекции) факторы риска:

- артериальная гипертензия
- атеросклероз сосудов головного мозга
- ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда в анамнезе)
- поражение сердечных клапанов/ревматическое поражение митрального клапана
- кардиомиопатии
- сахарный диабет
- курение
- инсульт или транзиторные ишемические атаки в анамнезе
- гиперхолестеринемия (повышенное содержание холестерина)
- злоупотребление алкоголем

4.3 Потенциально модифицируемые факторы риска

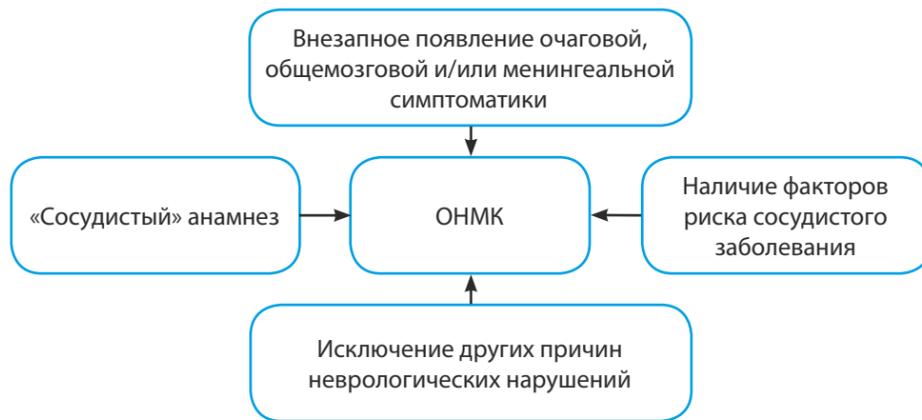
- диета
- ожирение
- малоподвижный образ жизни
- эмоциональный стресс
- алкоголь
- злоупотребление наркотиками
- коагулопатия
- прием эстрогенсодержащих препаратов
- активный воспалительный процесс
- бессимптомный стеноз сонных и позвоночных артерий

При сочетании двух и более факторов риск развития инсульта значительно увеличивается^[3,15,42].

5. Классификация ОНМК

I 63 Инфаркт мозга.

Схема 1. Алгоритм диагностики ОНМК на догоспитальном этапе



- I 66 Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
- I 60 Субарахноидальное кровоизлияние
- I 61 Внутримозговое кровоизлияние
- I 62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (подробно в Приложении 1)

6. Диагностика ОНМК

Диагностика ОНМК прежде всего клиническая; не существует лабораторных и инструментальных экспресс-методик (кроме КТ или МРТ) для диагностики ОНМК на догоспитальном этапе (схема 1).

Для постановки правильного диагноза огромное значение имеет анамнез. При сборе анамнеза необходимо уточнение «скорости» и последовательности появления клинических симптомов заболевания, наличия факторов риска. При повторных инсультах необходим детальный расспрос о степени выраженности функциональных нарушений (парезы, параличи, нарушения речи или зрения и т.д.) непосредственно перед настоящим сосудистым эпизодом (для выяснения «новых» очаговых неврологических знаков), а также исключение других (несвязанных с ОНМК) причин появления неврологических нарушений.

Врачу важно узнать:

- Степень инвалидности больного до развития настоящего заболевания;
- Какие изменения являются резидуальными (при повторных ОНМК), а изменения какие появились при развитии настоящего заболевания;
- Какие меры по уходу осуществлялись ранее;
- Расспросить о симптоматике повышения внутричерепного давления (например, вследствие кровоизлияния или отека мозга);
- Расспросить о других потенциальных причинах неврологических нарушений;
- Скорость и последовательность появления клинических симптомов заболевания;
- Наличие факторов риска инсульта;
- Применяемые медикаменты;
- Лекарственная аллергия;
- Другие потенциальные причины неврологических нарушений.

Основные разделы клинической оценки

1. Оценить общую неврологическую симптоматику;
2. Провести краткий, сфокусированный неврологический осмотр с целью выявления очаговой симптоматики («FAST»—см. ниже);
3. Исключить черепно-мозговую травму.

При осмотре пациентов необходимо провести общий неврологический осмотр на предмет выявления очаговой симптоматики: оценить уровень нарушения сознания, определить менингеальные знаки, внимательно осмотреть

и пальпировать мягкие ткани головы при подозрении на черепно-мозговую травму, осмотреть наружные слуховые проходы (для выявления ликворо- и гематорей).

Пальпирование мягких тканей головы и осмотр наружного слухового прохода важны для тех пациентов, у которых: 1) наблюдалась временная потеря сознания, 2) сниженный уровень сознания на момент осмотра, 3) есть подозрение на травму, но у пациента афазия или дизартрия, из-за чего он не может отвечать на вопросы.

ОНМК диагностируется при внезапном (минуты, реже часы) появлении очаговой и/или общемозговой и менингеальной неврологической симптоматики у больного с факторами риска сосудистого заболевания и при отсутствии других причин ее возникновения.

Недостаточная осведомленность населения относительно опасности развития ОНМК и необходимости немедленно обращаться за медицинской помощью негативно сказывается на состоянии больных и часто ухудшает прогноз (Уровень В)^[14,19,34].

Очаговая симптоматика (оценивается по шкале FAST) (Уровень С)^[15,34]

Использование данной шкалы с достоверностью в 72% случаях указывает на инсульт.

Односторонние (справа или слева) двигательные нарушения в конечностях в виде парезов (снижения мышечной силы) или параличей (полное отсутствие движений в конечности) — самые частые симптомы инсульта.

Попросите больного поддержать вытянутые вперед руки в течение 10 секунд (рисунок 1 А), быстрее опустится пораженная рука (1 Б). В случае полной парализации больной вообще не сможет удерживать руку перед собой.

Тест №1

Речевые нарушения (дизартрия, афазия)

- афазия характеризуется как нарушением понимания обращенной речи (сенсорная), так и собственной речи (моторная);
- дизартрия проявляется нечеткостью, «смазанностью» речи, возникает ощущение «каши во рту», восприятие больным обращенной речи не страдает.

Тест №2

Попросите больного назвать свое имя или произнести какую-либо простую фразу.

Асимметрия лица (сглаженность носогубной складки, рисунок 2).

Тест №3

Попросите больного улыбнуться или показать зубы или десны

Общемозговые симптомы

К общемозговым симптомам отно-

сятся - изменения уровня сознания, головная боль, тошнота, рвота, головокружение, генерализованные судороги, возникающие при повышении внутричерепного давления при субарахноидальном или внутримозговом кровоизлиянии, обширном инфаркте мозга.

Критерии ясного сознания: больной бодрствует, правильно оценивает окружающую обстановку, ориентирован во времени, месте и собственной личности.

Выделяют количественные и качественные формы изменения уровня сознания. (рекомендуется использование шкалы Глазго 1974 г. (уровень А) [15,21] (Приложение №2)

Судорожные припадки

Тонические, тонико-клонические, клонико-тонические, генерализованные или локальные припадки также могут быть в дебюте инсульта, чаще всего геморрагического.

Менингеальный синдром

Менингеальный синдром включает 2 группы симптомов:

1-группа, болевой симптом - проявляется сильной головной болью в сочетании с повторной рвотой и реактивными болевыми симптомами. Проявляются мимической или двигательной реакцией в ответ на пальпацию глазных яблок, точек выхода тройничных и затылочных нервов, на давление в области слухового прохода или в ответ на перкуссию дуги скуловой кости.

2-группа, мышечные тонические симптомы

- ригидность затылочных мышц
- рефлекторное напряжение при пассивном сгибании головы (положение больного - на спине)*
- симптом Левинсона - рефлекторное открывание рта при пассивном сгибании головы.

Исследуется одновременно с выявлением ригидности затылочных мышц

- симптом Кернига - при согнутом под прямым углом к туловищу бедре голень не удаётся разогнуть до прямой линии с бедром
- симптомы Брудзинского

— верхний - при сгибании головы происходит сгибание в коленных суставах — лобковый - при надавливании на лонное сочленение происходит сгибание в коленных суставах — нижний - при пассивном сгибании одной ноги в коленном и тазобедренном суставах происходит аналогичное сгибание.

Примечание* при наличии явных признаков поражения шейного отдела позвоночника данное исследование не проводится.

Дифференциальная диагностика ОНМК

Гипогликемия

Симптомы могут быть сходны с ОНМК и почти всегда возникают у больных сахарным диабетом, принимающих гипогликемические препараты. Развитие гипогликемии может сопровождаться генерализованным тонико-клоническим припадком. Единственный способ правильно поставить диагноз — определить концентрацию глюкозы в крови.

Эпилептический припадок

Внезапное начало и прекращение приступа: после приступа обычно наступает сонливость или спутанность сознания; очаговая неврологическая симптоматика встречается гораздо реже в постприступном периоде, чем при ТИА или инсульте. В анамнезе могут быть сходные приступы в прошлом, поэтому, если нет четкой информации



Рисунок 1. Для выявления парезов конечностей больной должен удерживать вытянутые вперед руки (А), быстрее опустится паретичная (пораженная) рука (Б)

о судорожных припадках, пациентов с очаговой симптоматикой на догоспитальном этапе следует вести как инсультных.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ)

Обязательным является факт травматического повреждения головы. Амнезия, алкогольное или наркотическое опьянение, при отсутствии очевидцев, всегда затрудняет постановку правильного диагноза. На первый план в таких ситуациях выходит осмотр и пальпация головы, однако, следует учитывать, что ЧМТ иногда не сопровождается повреждением мягких тканей головы и костей черепа. Очаговые симптомы могут развиваться через некоторое время (светлый промежуток) от момента получения травмы, но, как правило, всегда сочетаются с нарушением уровня сознания и менингеальным синдромом. Зачастую, в постановке диагноза ЧМТ, помогает диссоциация между выраженностью угнетения сознания и умеренными очаговыми симптомами.

Менингит

Остро развившийся менингеальный синдром всегда требует дифференциального диагноза между менингитом и САК. В первом случае в клинической картине будут присутствовать и общеинфекционные симптомы, тогда как во втором - первым и обязательным симптомом будет интенсивная головная боль.

Энцефалит

Клиническая картина энцефалита в большей степени напоминает развитие внутримозгового кровоизлияния, однако без такого острого начала как при инсульте. При этом помимо выраженных очаговых, общемозговых и менингеальных симптомов в дебюте энцефалита присутствуют общеинфекционные симптомы.

Сложненный приступ мигрени

По началу и наличию очаговой неврологической симптоматики напоминает инсульт: до и после приступа наблюдается сильная головная боль; часто выражены нарушения чувствительности и зрения; нарушения чувствительности нередко носят распространенный характер. Состояние следует подозревать у молодых пациентов, чаще женщин с сильными головными болями в анамнезе; инсульт может сопровождать мигрень. Дифференциальной диагностике приступа мигрени и САК помогает отсутствие признаков нарушения сознания в первом случае и обязательное наличие менингеальных симптомов во втором.

Опухоль мозга

Очаговые симптомы развиваются в течение нескольких дней. Нередко

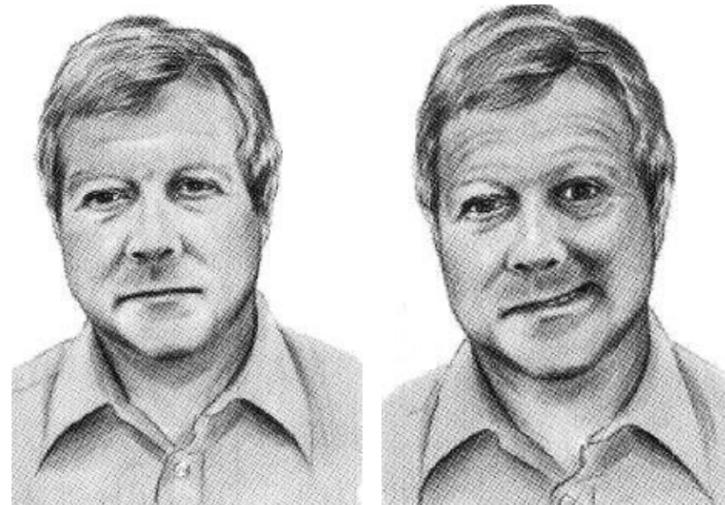


Рисунок 2. При попытке улыбнуться (А) видна сглаженность правой носогубной складки (Б)

в анамнезе у таких больных имеются указания на наличие злокачественных опухолей (рак легкого, молочных желез и др.).

Истерия

Демонстрируемые очаговые симптомы не сопровождаются разницей мышечного тонуса и рефлексов, патологическими рефлексами (рефлекс Бабинского). Нарушения чувствительности у таких больных всегда распределяются строго по средней линии или по анатомическим границам (уровень плечевого сустава, паховой складки).

7. Порядок госпитализации

Основная цель медицинской помощи на догоспитальном этапе

Все пациенты с ОНМК должны быть госпитализированы в стационар так быстро, как это только возможно. Сроки госпитализации в первые 1-3 часа после начала заболевания — оптимальны, хотя обоснованное лечение эффективно и в более поздний период [15,34].

Все пациенты с установленным диагнозом ОНМК должны быть госпитализированы (Уровень А) [15].

Четко доказана прямая зависимость прогноза инсульта от времени начала его лечения

Рекомендуется первоочередная транспортировка с предварительным информированием принимающего стационара (Уровень В) [2,60].

В домашних условиях лечение больных ОНМК бесперспективно и, как правило, сопряжено с высокой летальностью (Уровень В) [18,34,43].

Сроки госпитализации

Золотым стандартом времени госпитализации является 1-3 часа от начала развития ОНМК* (Уровень А) [1,6,15]

Условия транспортировки:

— на носилках с приподнятым до 30° головным концом, независимо от тяжести состояния больного.

Противопоказания для госпитализации:

Абсолютные:

— Агональное состояние

Относительные:

— Терминальная стадия онкологических и декомпенсация других хронических соматических заболеваний;

— Хронические инвалидизирующие психические расстройства (тяжелая деменция), имевшие место до развития ОНМК.

Во всех остальных случаях показана немедленная госпитализация!

Ключевыми факторами при оказании медицинской помощи больным с ОНМК является фактор времени и профильность госпитализации больного. Отсутствие возможности осуществления немедленного

нейрохирургического вмешательства существенно влияет на исход заболевания.

Для оказания качественной помощи при ОНМК существует минимальный перечень требований к стационару, куда должен быть госпитализирован больной, а именно:

- многопрофильность;
- наличие круглосуточной службы нейровизуализации (КТ, МРТ);
- наличие круглосуточной лабораторной службы с возможностью определения реологических и свертывающих свойств крови, газового и электролитного состава, а также наличие полноценной «ангионеврологической службы», включающей:

— отделение для больных с нарушениями мозгового кровообращения с выделенными палатами (блоком) интенсивной терапии (ОРИТ), оборудованными аппаратурой мониторинга витальных функций и нейромониторинга, и/или — отделение нейрореанимации или отделение реанимации со специально выделенными койками и подготовленным персоналом для ведения больных с ОНМК.

Максимальный эффект лечения ОНМК достигается при полномасштабной помощи в специализированных стационарах, отделениях реанимации и интенсивной терапии (нейрохирург, кардиолог, невролог, эрготерапевт, реабилитологи т.д.), (Уровень А) [15,34].

В случае отсутствия специализированного стационара в регионах республики больные госпитализируются в обще-неврологические или терапевтические (смешанные) стационары областного и районного значения.

Принципиально новой и весьма перспективной формой оказания помощи больным с ОНМК, проживающим в регионах, не располагающим необходимыми специалистами, является внедрение телемедицины [38,40].

Весьма перспективна организация визуальной связи («телеконсультаций») между врачами маломощных больниц в регионах и высококвалифицированными специалистами специализированных центров. Такая форма помощи способствует оперативной дифференциации ОНМК от других форм неотложных состояний, более точной диагностике ОНМК и проведения необходимых лечебных мероприятий (Уровень С) [15,38,40].

8. Лечение на догоспитальном этапе

Синдромы инсульта в зависимости от поражения сосудистого бассейна		
Сосудистые бассейны	Синдромы характеризуется	Патофизиология
Передняя мозговая артерия	*спастическим параличем конечностей противоположной стороны - проксимального отдела руки и дистального отдела ноги *нередко наблюдается задержка или недержание мочи *характерно наличие хватательного рефлекса и симптомов орального автоматизма *при двусторонних очагах часто отмечается нарушение психики (аспонтанность, снижение критики, ослаблении памяти и др.) *нередко имеет место апраксия левой руки (при левосторонних очагах) как следствие поражения мозолистого тела *иногда наблюдаются нерезко выраженные расстройства чувствительности на парализованной ноге.	Эмболия > атеротромбоз
Средняя мозговая артерия	При тотальном инфаркте: *контралатеральной гемиплегии; *гемианестезии; *гемианопсии. При левополушарных инфарктах вместе с тем возникает: *афазия смешанного типа или тотальная. При правополушарных: *анозогнозия.	Эмболия > атеротромбоз
Задняя мозговая артерия	*гомимная гемианопсия (или); *верхнеквадратная гемианопсия; *реже возникают морфоопсия и зрительная агнозия. При левополушарных инфарктах могут наблюдаться: *алексия; *нерезко выраженная сенсорная афазия; *иногда им предшествуют транзиторные амнезии. Двусторонние инфаркты в области затылочной коры могут сопровождаться: *«трубчатый» зрением, обусловленным двусторонней гемианопсией с сохранностью макулярного зрения.	Эмболия > атеротромбоз
Основная артерия (пенетрирующие артерии)	*головокружения; *дизартрия; *преходящие парезы и параличи конечностей; *поражение черепных нервов и другие симптомы.	Малые артерии (лакунарный инфаркт)
Позвоночная артерия	*вестибулярные нарушения (головокружение, нистагм); *расстройства статики и координации движений; *зрительные и глазодвигательные нарушения; *дизартрия; *реже определяются выраженные двигательные и чувствительные нарушения. При двустороннем тромбозе позвоночной артерии возникает тяжелое расстройство: *глотаия; *фонация; *дыхания и *сердечной деятельности (бульбарный паралич).	Эмболия > атеротромбоз
Внутренняя сонная артерия	*у больных возникает кратковременное онемение *слабость в конечностях, *иногда афатические расстройства, *у некоторых - снижение зрения на один глаз или другие симптомы. Степень выраженности очаговых изменений в мозге и клинические проявления при окклюзирующих процессах в сонных артериях зависят главным образом от состояния коллатерального кровообращения	Эмболия > атеротромбоз

осторожно не более чем на 15% от исходного значения в течение 24 часов (при систолическом АД ≥ 210 мм.рт.ст. и/или диастолическом АД ≥ 120 мм.рт.ст. при повторных измерениях) (Уровень А)^[3,15,33,35].

Следует избегать приема нифедипина из-за риска резкого снижения АД (Уровень А)^[43].

Коррекция нарушения обмена глюкозы

ОНМК часто развивается у лиц, страдающих сахарным диабетом, и в этой ситуации почти всегда происходит декомпенсация данного заболевания. Это необходимо постоянно иметь в виду для своевременной коррекции углеводного обмена, так как установлено неблагоприятное воздействие на мозг как гипер-, так и гипогликемии.

Уровень глюкозы в крови при ОНМК поддерживать в пределах 2,8 (50 мг/дл) – 10 ммоль/л (180 мг/дл)^[2,13,15,58].

На догоспитальном этапе рекомендуется иметь в наличии средства определения уровня глюкозы в крови^[2,15,34,58].

При уровне гликемии >180 мг/дл (>10 ммоль/л) рекомендуется снижение уровня глюкозы сыворотки крови при помощи инсулина^[2,13,15,58].

В условиях Кыргызстана по возможности:

Определение глюкозы в крови проводится с помощью стандартного экспресс-теста или глюкометром. Коррекция при высоких значениях глюкозы осуществляется простым инсулином, при низком содержании – с помощью в/в вводимого 40% раствора глюкозы.

Гипогликемия (<50 мг/дл [$<2,8$ ммоль/л]) может «имитировать» ОНМК, купировать ее необходимо внутривенным болюсным введением раствора декстрозы или инфузией 10 – 20% раствора глюкозы^[59].

При гипогликемии (<50 мг/дл [$<2,8$ ммоль/л]) рекомендуется внутривенное введение декстрозы или инфузия 10 – 20% раствора глюкозы^[2,13,15,58]

При отсутствии возможности провести определение глюкозы в крови, но подозрении на нарушение углеводного обмена следует руководствоваться правилом: гипогликемия более опасна для жизни, чем гипергликемия. Исходя из этого, при сложности дифференциальной диагностики, рекомендуется в/в введение 40-60 мл 40% раствора глюкозы^[2,19].

Купирование эпилептического синдрома

При корково-подкорковых очагах и прорыве крови в желудочковую систему часто наблюдаются приступы судорог. Купирование их обязательно, так как судорожные разряды тяжело истощают нейроны мозга, способствуя углублению имеющихся нарушений.

При эпилептическом синдроме лечение начинается с его купирования (Уровень В)^[8,10].

С этой целью используются бензодиазепины короткого действия (диазепам). По 0,2-0,4 мг/кг в/в струйно, при неэффективности повторить спустя 10-15 мин^[8,10].

В случаях быстрого нарастания признаков вклинения ствола головного мозга (снижение уровня бодрствования, появление деперебрационной ригидности, двустороннего рефлекса Бабинского и др.) рекомендуется быстрое внутривенное введение на физиологическом растворе от 0,5 до 1,5 г/кг массы тела осмодиуретиков (маннитол и др.) в течение 20-25 минут^[4].

Все лечебные мероприятия на догоспитальном этапе должны решать две основные задачи:

— скорейшая доставка больного в специализированный стационар с «наименьшими потерями».

— стабилизация и поддержание нарушенных жизненно-важных функций организма с созданием прочной основы проведения дифференцированной терапии в стационаре.

Основные принципы лечения на догоспитальном этапе:

— Коррекция дыхательных нарушений

— Коррекция гемодинамических нарушений

— Коррекция обмена глюкозы

— Купирование судорожного синдрома.

Без экстренной коррекции нарушений дыхания и гемодинамики лечение ОНМК не эффективно (Уровень А)^[15].

Коррекция дыхательных нарушений

— вентиляция помещения, обеспечить свободный доступ кислорода (воздуха)

— устранение одежды, стесняющей грудную клетку (расстегивать верхние пуговицы, снимать галстуки, верхнюю одежду и т.д.)

— восстановление проходимости дыхательных путей (постоянная санация трахеобронхиального дерева)

— необходимо выполнение тройного приема на дыхательных путях (запрокидывание головы, выдвигание

нижней челюсти вперед, открывание рта) или его элементов параллельно с подачей кислорода

— альтернативой этому приему может служить введение носо- или ротоглоточного воздуховода.

При этом следует помнить о том, что введение воздуховода не предупреждает аспирации.

По возможности постоянное определение сатурации кислорода (SaO2)

— начать кислородотерапию - при снижении SaO2 до 92% или в случае отсутствия пульсоксиметра при нарастающем цианозе кожи, видимых слизистых оболочек, ногтевых пластинок, при тахипноэ свыше 30 дыханий в минуту

— наиболее простым способом увеличения оксигенации крови является подача больному через носовые ходы кислорода со скоростью 2-4 л/мин

— при неэффективности масочного способа подачи кислорода оксигенация осуществляется путем интубации и переводом больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ)^[1,12,18,21].

Коррекция артериального давления

У большинства больных в первые часы ОНМК имеется повышенное АД^[15,43]. От экстренного введения антигипертензивных препаратов следует воздержаться, если систолическое АД не превышает 180-210 ммрт.ст., а диастолическое – 120 мм рт.ст., поскольку медикаментозное снижение

АД провоцирует усугубление гипоксии мозга, уменьшая церебральное перфузионное давление^[3,33,35,43].

Не рекомендуется рутинное снижение артериального давления у пациентов с подозрением на ишемический ОНМК или подтвержденным диагнозом ишемического ОНМК (Уровень А)^[1,2,35].

Снижать АД следует не более чем на 15%^[15] от исходных в тех случаях, когда оно превышает указанные величины.

Например, при АД 220/110 мм рт.ст. рекомендуется его снижение примерно до 180/100 мм рт.ст., при этом ориентироваться надо, прежде всего, на уровень систолического давления.

Предпочтительно использовать препараты, не влияющие на ауторегуляцию церебральных сосудов: β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) (Уровень А)^[3,15,17].

Наиболее часто применяют на догоспитальном этапе каптоприл 6,25-12,5 мг или эналаприл 5-10 мг. Продолжительность времени, необходимая для наступления видимого гипотензивного эффекта отведенного лекарственного средства зависит от того, какой именно препарат был введен. Эффект от введения каптоприла наступает гораздо быстрее, чем от эналаприла. Для медленного, мягкого понижения артериального давления эналаприл может быть более удачным выбором на догоспитальном уровне.

Артериальное давление снижают

9. Небезопасные, устаревшие, а также нерекомендуемые к применению, лекарственные средства при ведении ОНМК на догоспитальном этапе

Убедительные доказательства эффективности указанных препаратов отсутствуют:

- 40% раствор глюкозы
- аминокaproновая кислота
- аминафиллин
- аскорбиновая кислота
- аспирин в больших дозировках
- витамин К
- гексобендин + этамиван + этофиллин
- дибазол
- дипиридамол
- диуретики (фуросемид),
- дроперидол
- дротаверин
- кортикостероиды
- нейропротекторы
- прямые антикоагулянты (может привести к развитию повторного кровоизлияния в мозг или кровоизлияния в уже ишемизированную ткань мозга, особенно у пациентов с высокими цифрами АД).
- средства, влияющие на ЦНС (магния сульфат) для лечения отека мозга
- тиклопидин
- фентанил
- хлористый кальций
- хлорпромазин
- циннаризин (запрещено производство)

10. Специальные методы лечения ОНМК проводятся на госпитальном этапе

Дифференцированная терапия ОНМК проводится целенаправленно с учетом этиологии и патогенеза. Система лечебных мероприятий по коррекции дыхания, АД, сердечной деятельности, гомеостаза, отека мозга, купирования вазоспазма, судорог непременно должна предшествовать специальной терапии различных видов ОНМК, а в оптимальном варианте — проводиться одновременно. Причем, чем тяжелее состояние больного, тем большее значение приобретают эти мероприятия.

Без достижения контроля над жизненно важными функциями организма лечение ОНМК неэффективно (Уровень А)^[2,15,34].

Приложение 1.

Классификация острых нарушений мозгового кровообращения Шифр. (МКБ 10). ВОЗ, 1992

I60-I69 Цереброваскулярные болезни
I 63 Инфаркт мозга
I 63.0 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий.
I 63.1 Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий.
I 63.2 Инфаркт мозга, вызванный неуточнённой закупоркой или стенозом прецеребральных артерий.
I 63.3 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий.
I 63.4 Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий.
I 63.5 Инфаркт мозга, вызванный неуточнённой закупоркой или стенозом мозговых артерий.
I 63.6 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный.
I 63.8 Другой инфаркт мозга.
I 63.9 Инфаркт мозга неуточнённый.
I 64 Инсульт неуточнённый как кровоизлияние или как инфаркт
I 65 Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
I 65.0 Закупорка и стеноз позвоночной

артерии
I 65.1 Закупорка и стеноз базилярной артерии
I 65.2 Закупорка и стеноз сонной артерии
I 65.3 Закупорка и стеноз множественных и двусторонних прецеребральных артерий
I 65.8 Закупорка и стеноз других прецеребральных артерий
I 65.9 Закупорка и стеноз неуточнённой прецеребральной артерии
I 66 Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
I 66.0 Закупорка и стеноз средней мозговой артерии
I 66.1 Закупорка и стеноз передней мозговой артерии
I 66.2 Закупорка и стеноз задней мозговой артерии
I 66.3 Закупорка и стеноз мозжечковых артерий
I 66.4 Закупорка и стеноз множественных и двусторонних артерий мозга
I 66.8 Закупорка и стеноз другой артерии мозга
I 66.9 Закупорка и стеноз неуточнённой артерии мозга
I60 Субарахноидальное кровоизлияние
I60.0 Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации внутренней сонной артерии
I60.1 Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии
I60.2 Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии
I60.3 Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии
I60.4 Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии
I60.5 Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии
I60.6 Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий
I60.7 Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточнённой
I60.8 Другое субарахноидальное кровоизлияние
I60.9 Субарахноидальное кровоизлияние неуточнённое
I61 Внутримозговое кровоизлияние
I61.0 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное
I61.1 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное
I61.2 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие неуточнённое
I61.3 Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга
I61.4 Внутримозговое кровоизлияние в мозжечок
I61.5 Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое
I61.6 Внутримозговое кровоизлияние множественной локализации
I61.8 Другое внутримозговое кровоизлияние
I61.9 Внутримозговое кровоизлияние неуточнённое
I62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние
I62.0 Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое)
I62.1 Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние
I62.2 Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточнённое

Приложение 4

Методология разработки клинического руководства

1. Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

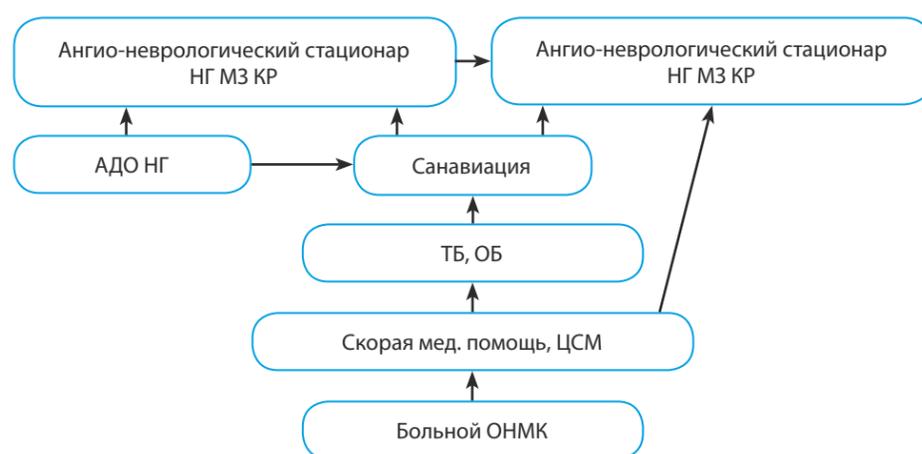
→(Продолжение на стр. 19)

Приложение 2. Шкала комы Глазго

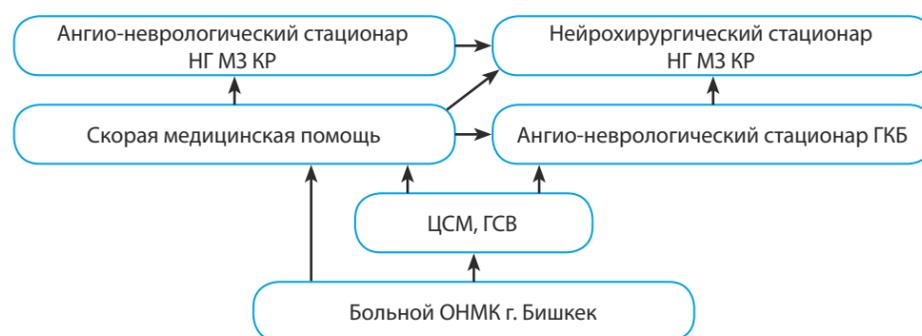
Функциональное исследование	Оценка, баллы
Открытие глаз:	
• спонтанное	4
• на речевую команду	3
• на боль	2
Двигательный ответ:	
• на речевую команду	6
• на болевое раздражение с локализацией боли	5
• отдергивание конечности со сгибанием	4
• патологическое сгибание конечности	3
• разгибание (по типу децеребрационной ригидности)	2
• отсутствие ответа	1
Речевые реакции:	
• ориентированность и разговор	5
• дезориентированность и разговор	4
• бессвязные слова	3
• непонятные звуки	2
• отсутствие ответа	1

15 баллов — сознание ясное; 13-14 баллов — оглушение; 9-12 баллов — сонор; 3-8 баллов — кома

Приложение 3. Путь госпитализации больного с инсультом по Кыргызской Республике



Путь госпитализации больного с инсультом по г. Бишкек



1.3 Уровни убедительности обосновывающих данных

Классы рекомендаций	Определения
Уровень убедительности А	Данные получены из множественных (нескольких) рандомизированных клинических испытаний или из мета-анализов.
Уровень убедительности В	Данные получены из единственного рандомизированного клинического испытания или крупных нерандомизированных исследований
Уровень убедительности С	Согласие (консенсус) мнений экспертов и/или мелкие исследования, ретроспективные исследования, регистры
GCP	

1.2 Классификация рекомендаций:

Классы рекомендаций	Определения
Класс I	Существуют фактические данные и/или общее согласие, что данное лечение (или процедура) благотворно, полезно, эффективно
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений о полезности/эффективности данного лечения или процедуры
Класс IIa	Перевешивают данные/мнения за полезность/эффективность
Класс IIb	Полезность/эффективность в меньшей степени поддерживаются данными/мнениями
Класс III	Фактические данные или общее согласие, что данное лечение (или процедура) не полезно/не эффективно, а в некоторых случаях может быть вредным

Клиническое руководство по диагностике и лечению острого нарушения мозгового кровообращения основано на результатах систематизированного поиска и оценки информации в специальной литературе. Методологическая оценка проводилась по каждому исследованию, с указанием уровня доказательности, по стандартной шкале с использованием определенных критериев.

2. Стратегия поиска

В связи с высокой распространенностью и актуальностью острых нарушений мозгового кровообращения продолжается поиск новых методов диагностики, лечения и профилактики, активно изучается эффективность новых медицинских вмешательств, что подтверждается существованием достаточного количества руководств, содержащих рекомендации и имеющие строгую научную базу.

Поиск руководств по диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения осуществлялся в специализированных, национальных и международных реестрах клинических руководств с использованием электронных баз данных в сети Интернет.

3. Критерии включения/исключения публикаций

В анализ включались полнотекстовые версии статей, посвященных диагностике, стратификации риска, лечению, выбору метода вмешательства.

При поиске в Medline были использованы следующие ограничения:

1. по типу исследования: систематические обзоры, РКИ, мета-анализы, когортные исследования;
2. по языку: английский, русский;
3. по глубине поиска: 01.01.2000 – 01.09.2016. Мы ограничили глубину поиска 2000 годом поскольку в найденных нами руководствах, был проведен поиск и подробно описаны результаты анализа всех предыдущих исследований.

4. Оценка найденных клинических рекомендаций и доказательств

Поиск и анализ найденных источников проводился членами рабочей группы. Статьи, не соответствовавшие поисковым задачам, а также некачественные с методологической точки зрения, исключались. Каждая из полученных статей была проанализирована двумя членами рабочей группы. Целью независимого анализа публикаций была оценка качества проведенных исследований и их соответствие избранным ключевым разделам проблемы и критериям включения и исключения. Статьи, соответствующие поисковым задачам, а также некачественные с методологической точки зрения, исключались. Спорные вопросы были обсуждены между собой с привлечением независимых сторон.

Список литературы в редакции.

Название ресурса	Интернет-адрес
Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke 2005 Guidelines Update A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Heart Association/American Stroke Association	http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full
Stroke and Transient Ischemic Attack Management and Prevention	www.BCGuidelines.ca
Clinical Guidelines for Acute Stroke Management National Stroke Foundation 2007	www.strokefoundation.com.au
National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.	www.nice.org.uk
National Clinical Guideline for Stroke	scross@nhs.net
Рекомендации по лечению инсульта Европейская инициативная группа по инсульту (2003)	www.eusi.org
Stroke Association (2008) Suspect a stroke? Act FAST. Stroke Association.	www.stroke.org.uk
NICE (2008b) Stroke: diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA) (NICE guideline). National Institute for Health and Clinical Excellence	www.nice.org.uk
DH (2007) National stroke strategy. Department of Health.	www.dh.gov.uk
Intercollegiate Stroke Working Party (2008) National clinical guideline for stroke: third edition. Royal College of Physicians.	www.rcplondon.ac.uk
National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008) Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischemic attack (TIA). National Institute for Health and Clinical Excellence.	www.rcplondon.ac.uk
National Institutes of Health (2003) NIH stroke scale. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (U.S.).	www.ninds.nih.gov

DasMed
Marketing & Consulting

DASMED - для Вашего успешного ведения бизнеса!

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

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

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

Маркетинг:

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

Консалтинг:

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

Контакты:

Компания DasMed

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

Наши партнеры

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

Поиски внутреннего спокойствия

Весна – время сложной и болезненной перестройки организма, подготовки его к новому теплому сезону. Мы пробуждаемся, подобно комнатным растениям, которые вышли из зимнего состояния анабиоза, и теперь тянутся к солнцу, пускают ростки, набираются сил для цветения. Это очень непростое время для нашей психики – неслучайно, большинство обострений психических заболеваний происходит чаще всего весной и осенью – в моменты, когда невидимые силы подталкивают природу к мощным изменениям. И именно сейчас для нас будет нелишней медикаментозная поддержка в виде хорошего успокаивающего средства.

Весна – традиционное время упадка сил, приступов раздражительности и усталости. Это можно связывать с чем угодно: с авитаминозом, накопившейся усталостью после зимы, сниженным настроением по причине недостатка солнечного света, с депрессией, с некими энергетическими потрясениями, которые происходят в природе во время таяния снега. Факт остается фактом – внутренняя гармония и ощущение спокойствия тают весной вместе со снегом, и с этим надо что-то делать, ибо раздражаться по пустякам неконструктивно.

Борьбу со стрессом каждый видит по-своему: кто-то записывается в спортзал и дает хорошую нагрузку

на мышцы – чтобы «выпустить пар», кто-то обретает приятное забвение после порции алкоголя, а кто-то с головой погружается в другую реальность – шоппинг, чтение книг, просмотр фильмов. Любые средства хороши для поднятия жизненного тонуса, если при этом они не подрывают здоровье и не отрывают наши ноги от почвы реальности – наша успешность и адаптированность в этом мире зависит от нашей способности видеть вещи такими, какие они есть, не искажая и не приукрашивая.

Достижения фармацевтической индустрии тоже не остаются в стороне – каждый из нас знает, наверное, не менее пяти успокаивающих средств:

от спиртовых настоек до серьезных средств. Лекарства, представленные на полках аптек, отличаются не только оформлением упаковки и содержимым, но и выраженностью действия. Эффект от одних препаратов кажется незаметным, от других незамедлительно клонит в сон, третьи вообще лишают нас эмоционально-чувственного восприятия, превращая в «бодрых роботов» (а иногда и не в бодрых). Инструкции ко многим препаратам сопровождаются предупреждением – не рекомендуется управлять транспортным средством после приема средства.

Цель оправдывает средства. Перед выбором успокаивающего средства вы должны понять, какого эффекта ожидаете от лекарства. Большинство людей хочет немного успокоить нервы, снизить порог раздражительности, и при этом не утратить чувственность и эмоциональность, которые вносят в нашу жизнь ощущение яркости переживаемых моментов. Кроме того, большая часть жителей мегаполиса стремится сохранять активность в течение всего дня – на работе требуются деловые и творческие качества.

Именно для тех, кто ищет способ

успокоиться и снять напряжение, не утратив при этом активность и работоспособность, российские ученые разработали препарат Тенотен. Он обладает стресс-протекторным действием геопатического характера, помогая легче переносить сложные моменты жизни. Тенотен уникален по своему составу и принципу воздействия – в его основе лежит способность сверхмалых доз антител к белку S-100 нормализовать процессы активации и торможения в головном мозге. Препарат безопасен, он не вызывает побочных эффектов и привыкания.

Возможно, причина раздражительности не в нас и нашей реакции на весеннюю перестройку, а в каком-нибудь факторе из окружающей среды. Иногда это не просто осознать – у всех нас разная чувствительность и интуиция. Прислушайтесь к себе, к своим ощущениям, обратите внимание, какие моменты нервируют вас больше всего – возможно в этом и кроется ключ к решению проблемы по устранению раздражительности. И тогда не нужно будет искать способы успокоиться, потому что лучший способ успокоиться – не раздражаться.



РУ: П -2013 - 379 КР -№ 10440

ТЕНОТЕН

ТЕНОТЕН СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ ТРИ ДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯТ ВАМ ОСТАВАТЬСЯ СПОКОЙНЫМИ И РАБОТОСПОСОБНЫМИ ОДНОВРЕМЕННО.

Улучшает концентрацию внимания и память, повышает уровень работоспособности.

Снимает проявления вегетосудистой дистонии (слабость, головные боли, скачки артериального давления).

Стабилизирует психоэмоциональный фон, уменьшает негативные реакции организма на стресс, повышает уровень стрессоустойчивости.



НЕ ВЫЗЫВАЕТ ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ



НЕ СОДЕРЖИТ СПИРТА



ОТСУТСТВУЮТ ПРИВЫКАНИЕ И ЗАВИСИМОСТЬ

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Тенотен действует избирательно, не угнетая нервную систему. Он не оказывает прямого влияния на мозговые структуры, а регулирует процессы «возбуждения-торможения». Этот эффект реализуется посредством стабилизации физиологических механизмов функционирования мозга, оптимизации обменных процессов и передачи нервных импульсов. Поэтому эффект от применения Тенотена сохраняется в течение 1 месяца после окончания терапии.

ДОКАЗАНО

Тенотен постепенно снимает все признаки тревожности и стресса, возвращает собранность, улучшает работоспособность, существенно улучшая качество жизни. Вы не тратите время на негативные эмоции и переживания, а направляете его в нужное вам русло: общение с семьей и друзьями, разнообразные увлечения и интересы.*

* Применение препарата Тенотен при лечении эмоциональных расстройств у пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. М. Л. Амосов, Р. А. Салеев, Е. В. Зарубина, Т. В. Макарова. Российский психиатрический журнал № 3, 2008.

КАК ПРИМЕНЯТЬ

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ



или

УТРОМ

+



или

ДНЕМ

= 1 - 3 МЕСЯЦА

Выпускается в форме таблеток для рассасывания и не требует запивания водой

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ



или

УТРОМ

+



или

ДНЕМ

= ЗА 1-2 ДНЯ ДО ВОЛНИТЕЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

Противопоказано при повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата и детям до 18 лет. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.



materia  medica

www.materiamedica.ru

РЕНГАЛИН

**РЕНГАЛИН - ЭТО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
КАШЛЯ С ПЕРВОГО ДНЯ
ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С 3 ЛЕТ**

Основные фармакологические эффекты РЕНГАЛИНА:



**ПОЛНОЕ КУПИРОВАНИЕ
КАШЛЯ У 3 ИЗ 4 ПАЦИЕНТОВ
К ОКОНЧАНИЮ ЛЕЧЕНИЯ¹**



**ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ВИДАХ КАШЛЯ
СУХОЙ КАШЕЛЬ
ВЛАЖНЫЙ КАШЕЛЬ
ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ КАШЕЛЬ³**



**СНИЖАЕТ
ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ
БРОНХОВ²**



**УМЕНЬШАЕТ ВЫРАЖЕННОСТЬ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ²**



KG 18.290.04867-2017

РЕНГАЛИН | СХЕМА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА



ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ



**ПО 1-2 ТАБЛЕТКИ
(держат в рту до полного растворения)**



**3 РАЗА В ДЕНЬ
(вне приема пищи)**

**В зависимости от тяжести состояния в первые три дня частота приема
может быть увеличена до 4-6 раз в сутки.**

Торговое название препарата: Ренгалин

Лекарственная форма: таблетки для рассасывания

Состав: 1 таблетка содержит: активные вещества: антитела к брадикинину афинно очищенные - 0,006 г*, антитела к гистамину афинно очищенные - 0,006 г*, антитела к морфину афинно очищенные - 0,006 г*; вспомогательные вещества: изомальт 0,506 г целлюлоза микрокристаллическая 0,0275 г магния стеарат 0,0055 г, лимонная кислота безводная 0,005225 г, кремния диоксид коллоидный 0,00275 г, цикламет натрия 0,00275 г, сахарин натрия 0,000275 г.

*наносится на изомальт в виде смеси трех активных водно-спиртовых разведений субстанции, разведенной соответственно в 100¹², 100³⁰, 100⁹⁰ раз.

Фармакотерапевтическая группа: другие противокашлевые препараты

Фармакологические свойства:

Фармакодинамика

Экспериментально показано, что компоненты препарата модифицируют активность лиганд-рецепторного взаимодействия эндогенных регуляторов с соответствующими рецепторами: антитела к морфину - с опиатными рецепторами; антитела к гистамину - с H1 гистаминовыми рецепторами; антитела к брадикинину - с V1 рецепторами брадикинина; при этом совместное применение компонентов приводит к усилению противокашлевого эффекта. Кроме противокашлевого действия, комплексный препарат за счет входящих в него компонентов оказывает противовоспалительное, противоотечное, антиаллергическое, спазмолитическое (антитела к гистамину, антитела к брадикинину) и анальгезирующее действие (антитела к морфину). Комплексный препарат Ренгалин за счет модификации гистамин-зависимой активации H1-рецепторов и брадикинин-зависимой активации V2-рецепторов избирательно снижает возбудимость кашлевого центра продолговатого мозга, тормозит центральные звенья кашлевого рефлекса. Угнетая центры болевой чувствительности в таламусе, блокирует передачу болевых импульсов к коре головного мозга. Ингибирует поток болевой импульсации с периферии вследствие уменьшения высвобождения тканевых и плазменных альгогенов (гистамина, брадикинина, простагландинов и др.). В отличие от наркотических анальгетиков не вызывает угнетения дыхания, лекарственной зависимости, не обладает наркотическим и снотворным действием. Облегчает проявления острого фарингита, ларингита и бронхита, уменьшая бронхоспазм. Купирует системные и местные симптомы аллергических реакций за счет влияния на синтез и высвобождение гистамина и брадикинина из тучных клеток.

Показания к применению: острые и хронические заболевания дыхательных путей, сопровождающиеся кашлем и бронхоспазмом. Продуктивный и непродуктивный кашель при гриппе и ОРВИ, остром фарингите, ларинготрахеите, остром обструктивном ларингите, хроническом бронхите и других инфекционно-воспалительных и аллергических заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей.

Побочные действия: возможны реакции повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата.

Противопоказания: повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата. Ренгалин не рекомендуется для применения у детей в возрасте до 3-х лет в связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности.

Лекарственные взаимодействия: случаев несовместимости с другими лекарственными средствами до настоящего времени не зарегистрировано.

Условия отпуска из аптек: без рецепта.

Особые указания: Ренгалин не оказывает влияния на способность управления транспортными средствами и другими потенциально опасными механизмами.

ООО НПФ "Материя Медика Холдинг"
Представительство в Кыргызской Республике,
г. Бишкек 720001, ул. Тимирязева, 80, офис №3
Тел: +996(312)882492, моб.: +996(772)332151
www.materiamedica.ru



1.Акопов А.Л. и соавт. Ренгалин — новый эффективный и безопасный препарат в лечении кашля // Антибиотики и химиотерапия. 2015, 60 (1-2): По данным доклинических исследований in vivo.
2. Myslivets M., Tarasov S., Khaitov M., Epstein O. Management of allergen-induced bronchial asthma and virus-induced asthma exacerbation using release-active rabbit polyclonal antibodies // 17th World Congress of Basic and Clinical Pharmacology. - Cape Town, South Africa. - July 13-18, 2014. - Vol.155, Suppl.1. - P.345-3. Вершинина М.В., Хомята А.А., Нечаева Г.И. Сравнительная эффективность терапии инфекционного и постинфекционного кашля при острых респираторных инфекциях у взрослых // РМЖ - 2016. - №16. - С.1073-1081



АКВА МАРИС®

НОРМ

**Сила моря
против
насморка!**



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

для детей и взрослых

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ? РВОТА? ТОШНОТА? ПОНОС?

ПЕПИДОЛ

СРЕДСТВО ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ



Схема приема «ПЕПИДОЛ»

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

Узнайте больше на www.pepidol.ru

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

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:

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 рН 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 каждом кормлении;
- 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

КГ.З.З.209.03154-2015
КГ.З.З.209.03153-2015

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ!

Фильтрум®

энтеросорбент

ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ И ИНТОКСИКАЦИЯХ
ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ!

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

яды

эндогенные
токсины

газы

соли тяжелых
металлов



алкоголь

аллергены

патогенные
бактерии
и их токсины

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.

Перед назначением и применением внимательно прочитайте инструкцию по медицинскому применению!

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

НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 10-12 апреля 2018 ВЫСТАВКИ



МЕДИЦИНА



СТОМАТОЛОГИЯ



ФАРМАЦЕВТИКА



ЭСТЕТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА



МЕДИЦИНСКИЙ
ТУРИЗМ



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ
ЖИЗНИ

ПРИГЛАШАЕМ ПОСЕТИТЬ

Пройди online-регистрацию
и получи билет на выставку
БЕСПЛАТНО

www.biexpo.kg

ЭЛЕКТРОННЫЙ БИЛЕТ



+996 775 000 005
www.biexpo.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: ОсОО «Asian Medicals», Кыргызская Республика

Per.No.: 13.370.02261-2014

А ДЛЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ...



ЛАКТАМЕД САШЕ ПАКЕТИКИ kids



**ПРОБИОТИК ДЛЯ
НОВОРОЖДЕННЫХ
И МАЛЫШЕЙ**

Per. No.: 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 – ОсОО Asian Med Trade,**
г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1,
Тел.: +996 (312) 35-75-42, www.amt.kg

ФАРМ-СЕРВИС®

Новый путь к здоровью!

ФАРМ-СЕРВИС® – это современная сеть фарммаркетов и аптек нового поколения, отвечающая всем требованиям и высокому уровню сервиса.



СЕТЬ фарммаркетов и аптек ФАРМ-СЕРВИС®

Предлагает:

- Широкий ассортимент лекарственных препаратов и БАДов
- Изделия медицинского назначения
- Доступные цены
- Товары для мам и малышей
- Лечебную косметику и средства гигиены

К вашим услугам:

- Квалифицированная консультация специалистов
- Скидки пенсионерам и постоянным клиентам **7%** (при наличии дисконтной карты)
- Обслуживание по ФОМС и ПГГ
- Бесплатное измерение артериального давления
- Бесплатная доставка товаров на дом, в прилегающих районах – при минимальной сумме заказа 1000 сом
- Оплата через платежные карты VISA
- Бесплатная сеть Wi-Fi



ФАРМ-СЕРВИС® является розничной сетью фармацевтической компании «Asian Med Trade», которая является эксклюзивным дистрибьютером ведущих зарубежных компаний.



Мы стремимся быть лучшими, уделяя внимание каждому посетителю и оказывая комплекс современных фармацевтических услуг!

Добро пожаловать в сеть фарммаркетов и аптек ФАРМ - СЕРВИС®!

ул. Ахунбаева, 131
Тел.: 54-54-13
Джал-29 ул. Тыналиева, 3/3
Тел.: 88-00-35

ул. Токомбаева, 53/2
Тел.: 29-84-70
ул. Юнусалиева 52/1,
Тел.: 88-46-30

Джал-23 ул. Ахунбаева, 202
Тел.: 88-13-68
ул. Логвиненко, 30, ЦСМ №3
Тел.: 88-11-50

5 мкр, д.10, кв 8, ЦСМ №19
Тел.: 51-64-45
ул. Горького, 1/2, ГМ Фрунзе
Тел.: 88-10-36

ул. Тимирязева, 56
Тел.: 34-33-25
мкр. Аламедин-1, ул. Загорская, 4
Тел. 88-69-43