

Вести

Фармации и Медицины

№2(83)
Декабрь, 2019

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ



Сделано в Германии

Made in Germany



ИММУН АКТИВ

Биологически активная добавка к пище. Дополнительный источник витамина С, цинка и селена для поддержания нормального функционирования иммунной системы. Не является лекарственным средством.

Рекомендации по приему:

Взрослым мужчинам и женщинам: принимать внутрь по 1 саше 1 раз в день. Высypать содержимое одного саше в полость рта и дать полностью раствориться. Не превышать рекомендуемую дозу. При пропущенном приеме принять следующую дозу, не принимать двойную дозу. Не принимать продукт в случае аллергии на любой из входящих в состав компонентов. При чрезмерном потреблении может оказать послабляющее действие. Прием биологически активных добавок к пище не отменяет необходимости в полноценном питании и ведении здорового образа жизни. **Внимание: содержит лактозу в составе ароматизатора.**

ИНГРЕДИЕНТЫ:

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

Биологически активная добавка к пище с витамином С, цинком и селеном для поддержания нормального функционирования иммунной системы

- Комбинация витамина С, селена и L-гистидина для поддержания нормального функционирования иммунитета.
- Легкий способ приема – не требует запивания водой.
- Малиновый вкус.



	1 саше	% РУСП*
Витамин С	300 мг	500 %
Цинк	10 мг	67 %
Селен	50 мкг	71 %

* % от РУСП для взрослых согласно Техническому регламенту Таможенного союза номер 022/2011

Производитель: С. Hedenkamp GmbH & Co. KG, Schierbusch 1, 33161 Hövelhof, Германия для Denk Pharma GmbH & Co. KG, Prinzregentenstrasse 79, 81675 München, Германия

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

Одно саше содержит: подсластитель сорбит (E420), L-аскорбиновая кислота (активный компонент) 286 мг (эквивалентно 260 мг витамина С), порошок Ацеролы* (активный компонент) 235290 мг (эквивалентно 40 мг витамина С), оксид цинка (активный компонент) 55,556 мг (эквивалентно 10 мг цинка), L-гистидин, ароматизатор «малина», антислеживающий агент магниево-соли жирных кислот (E470), антислеживающий агент трикальция фосфат (E341 iii), подсластитель сукралоза (E955), подсластитель неогесперидин (E 959), подсластитель натрия селенат (активный компонент) 0,122 мг (эквивалентно 50 мкг селена). Пищевая ценность в 1 саше: энергетическая ценность - 5,25 ккал (22,08 кДж), жиров - <0,1 г, углеводов -1,5 г, белков - <0,1 г. * - продукт растения мальпигия голая (лат. Malpighia glabra)

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

Читайте в номере:



Обзор эффективности препаратов интерферона альфа-2b при интраназальном применении

стр. 3



Достижима ли полная элиминация гепатитов в Кыргызстане

стр. 8



Клинико-эпидемиологические особенности инфекционного мононуклеоза у детей

стр. 12



Хронический пиелонефрит. Клинический протокол для первичного и вторичного уровня

стр. 18



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

стр. 22

Генферон® лайт 125 000 МЕ

интерферон альфа-2b + таурин



Для детей с рождения

0+

**ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ
С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМ
ДЕЙСТВИЕМ**

ПРИ ОРВИ И ГРИППЕ



ТОВАР СЕРТИФИЦИРОВАН. КГ. 3.3.535.06592-2019

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

МИКРАЗИМ[®] 10 000 ЕД

С УДОВОЛЬСТВИЕМ ЕДИМ!

АКТИВНЫХ ФЕРМЕНТОВ

Современный микрогранулированный
панкреатин



• Ускоряет и облегчает
пищеварение

• Для детей и взрослых

KG.3.3.209.03153-2015 ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ТОВАР СЕРТИФИЦИРОВАН.

Марсианчики

Детский витаминный
комплекс

Для поддержания

- ✓ роста;
- ✓ развития;
- ✓ иммунной системы
ребенка



WALMARK[®]

КОЛДОНООРДУН АЛДЫНДА НУСКАМАСЫ МЕНЕН ТААНЫШЫҢЫЗ. ТЕРС ТААСИР БОЛУШУ МҮМКҮН.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

БАК. Дары каражаты
болуп саналбайт.

БАД. Не является
лекарственным
средством.

СГР №ВУ.70.06.01.003.Е.000776.03.17



Обзор эффективности препаратов интерферона альфа-2b при интраназальном применении

В настоящее время наблюдается высокая распространенность вирусных болезней, борьба с которыми затруднена из-за постоянной изменчивости возбудителей, быстрого развития резистентности к этиотропным препаратам, а также из-за всеобщей тенденции к снижению иммунитета. Лидирующие позиции в структуре инфекционной заболеваемости традиционно занимают острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), удельный вес которых составляет 80–90%. В РФ ежегодно регистрируется около 45 млн. случаев гриппа и ОРВИ, из них 18 млн. — у детей [1–3]. Сезонные эпидемии гриппа, каждый год вызываемые каким-либо новым субтипом вируса, характеризуются все большей вариабельностью проявлений и значительным количеством осложненных форм. При этом даже хорошо изученные и знакомые человечеству антигенные разновидности вируса зачастую обуславливают атипичное и непредсказуемое течение заболевания. Примером этого является эпидемия гриппа H1N1 в 2009 г., при которой регистрировались случаи поражения нижних отделов дыхательных путей с риском развития бронхиальной обструкции [4].

За без малого 100 лет, прошедшие со времен пандемии «испанки» в 1918–1920 гг., произошел существенный прогресс в борьбе с гриппом и ОРВИ, но о победе над ними не идет и речи. Разработка и внедрение в клиническую практику методов иммунопрофилактики влечет за собой изменение антигенной структуры вирусов, что в свою очередь диктует необходимость поиска новых противовирусных средств. Постоянная потребность общества в эффективных препаратах для лечения и предупреждения ОРВИ напоминает об известном эволюционном принципе Черной Королевы: «Приходится бежать со всех ног лишь для того, чтобы остаться на том же месте» [5].

В первую очередь от ОРВИ страдают дети младшей возрастной группы (0–7 лет). Статистика показывает, что на долю заболеваний респираторного тракта приходится 90% всей инфекционной патологии у детей [3,6].

Этому способствуют незрелость иммунной системы, анатомические особенности строения респираторного тракта, расширение социальных контактов в связи с посещением организованных детских коллективов, общая тенденция к снижению иммунитета [3,7,8].

На всех этапах формирования иммунной системы первым барьером, противостоящим развитию инфекционного процесса, является местная защита слизистых оболочек респираторного тракта. Многочисленные вирусы, попадающие в верхние дыхательные пути вместе с вдыхаемым воздухом, встречаются с такими факторами местного иммунитета, как вязкий секрет, движение ресничек мукоцилиарного эпителия, антисептические свойства лизоцима и лактоферрина, конкурирующий эффект естественной микрофлоры, ферментативная активность секретов, специфическое действие IgA [7,9,10].

В норме механизмы локальной защиты обладают достаточным потенциалом для предотвращения инфекционного процесса на ранних стадиях. Но множество ослабляющих воздействий, включающих в себя агрессивные условия внешней среды, наличие хронических очагов инфекции, нарушение микробиоценоза сапрофитной флоры, во многом ограничивают колонизационную резистентность слизистых [9,10]. В том случае, если инфекционный агент способен преодолеть локальные барьеры за счет высокой вирулентности, массивного обсеменения слизистых, недостаточной активности защитных механизмов *in situ*, включаются реакции системного иммунитета.

Особенности местных и общих иммунопатологических реакций, вызываемых проникновением в организм возбудителя, важны для выбора ключевых звеньев терапевтического воздействия. ОРВИ — заболевания, требующие в первую очередь патогенетического лечения: это обусловлено стремительностью их развития, опасностью осложнений, трудностями лабораторной верификации диагноза [3]. Целью терапии является предотвращение воспалительного процесса на ранних

стадиях. Зная основные закономерности механизмов иммунитета, можно сделать предположение о том, что воздействие на интерфероновое звено является одним из наиболее перспективных для лечения и профилактики ОРВИ и представляет собой своеобразный пусковой механизм, способный активизировать как локальные защитные барьеры слизистой, так и системные гуморальные и клеточные реакции.

Интерфероны (ИФН) — эндогенные белковые молекулы, синтезирующиеся иммунокомпетентными клетками в ответ на проникновение чужеродного агента. Известны несколько разновидностей интерферонов, биологически сходных, но имеющих молекулярные различия и некоторые особенности иммуотропного действия. Наиболее важными в противовирусной защите являются ИФН 1 типа (α , β). Механизм их действия заключается в экспрессии генов, нарушающих проникновение вируса в клетку и трансляцию вирусных белков, а также запускающих апоптоз инфицированных клеток [11]. Кроме того, ИФН участвуют в каскаде цитокиновых реакций, индуцируя выработку ФНО- α , ИЛ-1, 6, 18 и других противовоспалительных факторов. Установлено, что под влиянием ИФН в организме усиливаются активность естественных киллеров, цитотоксических Т-лимфоцитов, Т-хелперов, фагоцитарная активность, экспрессия антигенов HLA-системы 1–го и 2–го типов [7,11–15].

ИФН применяются в клинической практике более 30 лет [11,12]. Важным достоинством препаратов ИФН является их естественность для организма, обуславливающая минимальную токсичность и возможность назначения детям [7]. Введение экзогенного ИФН позволяет мобилизовать противовирусную защиту быстрее, чем в процессе выработки собственного ИФН, сократить сроки течения и снизить интенсивность вирусного воспаления.

In vitro способность ИФН подавлять репликацию большинства вирусов была открыта при изучении явления вирусной интерференции (Линденманн, Айзекс, 1957 г.) и в последующем подтверждена в многочисленных исследованиях.



KG.3.3.166.06846-2019

Но использование данного эффекта в лечебных целях ограничено системными побочными эффектами ИФН при парентеральном введении (внутримышечном или подкожном). Одна из основных проблем интерферонотерапии заключается в том, чтобы «доставить» действующую дозу ИФН непосредственно в очаг воспаления, таким образом минимизируя как дозу, так и возможность развития нежелательных явлений. Парентеральное назначение ИФН в высоких дозах (например, при вирусных гепатитах) влечет за собой различные побочные действия, обусловленные «цитокинным шоком»: лихорадку, озноб, артралгии, головную боль. Эти симптомы не критичны для организма, т. к. обусловлены колебаниями собственных гуморальных факторов, но в процессе лечения вызывают неизбежный дискомфорт для пациента.

При лечении ОРВИ, не требующих столь высоких доз, назначение суппозиторных форм с пониженным содержанием рекомбинантного человеческого ИФН- α позволило практически свести к минимуму побочные явления интерферонотерапии, при этом была продемонстрирована клиническая, вирусологическая и иммунологическая эффективность. Ректальное назначение рекомбинантного человеческого ИФН в

→ (Продолжение на стр. 4)

первые дни заболевания ОРВИ снижало длительность лихорадки, выраженность катаральных симптомов, способствовало элиминации вируса, увеличивало количество Т-лимфоцитов (в частности CD4+) [17,18]. Но наряду с общими иммуномодулирующими эффектами целесообразно использовать в борьбе с ОРВИ способность препаратов влиять на местную резистентность слизистых оболочек респираторного тракта. Результаты множества исследований показывают, что коррекция иммунных процессов в очаге воспаления дает больший эффект, чем воздействие на иммунокомпетентные клетки кровеносного русла (при системном использовании препаратов). Такие процессы, как фагоцитоз, презентация антигенов, цитотоксичность лимфоцитов могут быть потенцированы непосредственно при местном введении иммунокорректоров [22,25]. Поэтому логичным подходом к терапии вирусных инфекций, поражающих респираторный эпителий, стало интраназальное применение препаратов ИФН, обеспечивающих максимальный эффект в месте развития инфекционного процесса и благодаря этому предотвращающих ОРВИ на самых ранних стадиях.

Многочисленные исследования показали высокую эффективность интраназального назначения ИФН-α при ОРВИ [15,19–30]. В доклинических исследованиях применение экзогенного ИФН достоверно повышало уровень секреторного IgA, приводило к существенному снижению репликации, уменьшению клинических и гистологических проявлений гриппа А, блокировало его трансмиссию, предупреждало развитие осложнений ОРВИ [19–25]. ИФН 1 типа также усиливали таксис имму-

нокомпетентных клеток (в частности, CD8+ и CD4+ – лимфоцитов) в очаг инфекции [22].

В клинических исследованиях изучались эффекты ИФН-α при интраназальном применении как в целях лечения, так и для профилактики ОРВИ. В рандомизированном клиническом исследовании эффективности и безопасности использования ИФН для профилактики ОРВИ пациентам, контактировавшим с больным, при первых признаках простуды назначали интраназально ИФН или плацебо 2 р./сут. в течение 2 дней. В итоге внутри группы, получавшей плацебо, число лиц с клинической манифестацией ОРВИ составило 55%, тогда как в группе, получавшей ИФН, — менее 13% [27]. В исследовании, сравнивающим 4–недельное применение ИФН с плацебо в период сезонной эпидемии ОРВИ, в группе ИФН было отмечено снижение заболеваемости более чем на 75%, в то время как в группе сравнения эффекта выявлено не было [28]. Известно также, что помимо выраженного немедленного противовирусного действия ИФН обеспечивают и системную иммуномодуляцию, таким образом повышая защитный потенциал организма в период реконвалесценции и снижая количество повторных эпизодов ОРВИ [18,26]. В настоящее время активно ведутся исследования местных форм ИФН (в частности пастилок для рассасывания, содержащих 150 000 МЕ рекомбинантного человеческого ИФН-α) для профилактики и в составе комплексной терапии сезонных ОРВИ [31].

В качестве средства предупреждения ОРВИ ИФН относятся к мерам экстренной профилактики. Они могут быть использованы сразу же после контакта с больным, при первых

симптомах заболевания и в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ. Интраназальное назначение ИФН в первые часы после появления признаков респираторной вирусной инфекции позволяет избежать ее дальнейшего развития более чем в 80% случаев [29]. Выявлено, что использование ИФН совместно с противовирусной вакциной более эффективно для профилактики ОРВИ, чем изолированное применение вакцины [20], при этом у детей профилактика интраназальными препаратами ИФН по сравнению с вакцинацией оказалась более действенной и лучше переносимой [30]. Рекомендуемые дозы ИФН для профилактики ОРВИ у взрослых составляют 50 000 МЕ 3 р./сут. продолжительностью до 5 дней.

Существует несколько видов лекарственных форм ИФН для местного назначения: капли, мазь, гель, спрей. Наиболее целесообразным для использования при ОРВИ является назальный спрей, позволяющий обеспечить точность дозирования, равномерное нанесение, проникновение в глубокие отделы носовых ходов, а также удобство применения.

Препарат Генферон® лайт в форме назального спрея представляет собой эффективное и безопасное средство для предотвращения ОРВИ на ранних стадиях и патогенетического воздействия на инфекционный процесс в случае развития заболевания. Помимо рекомбинантного человеческого ИФН-α-2b в состав Генферона® лайт входит аминокислота таурин, обладающая цитопротекторным, антиоксидантным, противовоспалительным эффектами и усиливающая местные защитные и репаративные процессы в

очаге воспаления.

Генферон® лайт, содержащий низкую дозу ИФН (50 000 МЕ), практически исключает возможность развития побочных эффектов при рекомендуемом режиме дозирования, но за счет непосредственного действия на слизистых оболочках респираторного тракта обладает не меньшей эффективностью, чем формы ИФН для системного применения.

Эффективность и безопасность препарата Генферон® лайт спрей назальный были доказаны в двойном слепом плацебо-контролируемом клиническом исследовании, в котором приняли участие 100 больных с первыми признаками ОРВИ. Пациенты в основной группе (50 человек) получали Генферон® лайт в дозе 50 000 МЕ 3 р./сут. вместе с симптоматической терапией, а в группе сравнения (50 человек) — плацебо. В основной группе были выявлены такие эффекты ИФН-терапии, как снижение длительности головной боли и лихорадки, уменьшение выраженности катаральных симптомов, ускорение элиминации вирусов по результатам ПЦР. В связи с этим в группе, получавшей Генферон® лайт, была отмечена значительно меньшая потребность в симптоматической терапии [31].

С учетом изложенных выше фактов об особенностях локальных факторов защиты и результатов интраназального назначения ИФН можно предположить, что Генферон® лайт назальный спрей является одним из препаратов выбора как в составе комплексного лечения, так и для профилактики ОРВИ у взрослых и детей.

Опубликовано – «РМЖ» №17, 2012 г.
Список литературы в редакции.

ПРИБРЕТАЙТЕ МЕДИЦИНСКИЕ
КАБИНЕТЫ ОТ 18 КВМ

MedCITY
МЕДИЦИНСКИЙ КОМПЛЕКС

Каждый врач комплекса “MedCity” получает кабинет с базовым ремонтом в соответствии с санитарными нормами и требованиями под конкретный профиль, а также все кабинеты оснащены раковинами.



НАШИ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ▶ Управлением комплекса будет заниматься управляющая компания.
- ▶ Наличие ресепшн, лобби, зала ожидания для удобства ваших пациентов.
- ▶ Запасной генератор и достаточная электрическая мощность для бесперебойной работы медоборудования.
- ▶ Предусмотрена обязательная приточно-вытяжная вентиляция.
- ▶ Наличие сан.узлов для медиков и пациентов на каждом этаже.

Приобретайте кабинет в медицинском комплексе “MedCity”.

КОНТАКТЫ

☎ 0507 55 00 55 Дастан
0775 10 40 44 Гульзат
0704 55 02 33 Дамир
www.medcity.kg

Расположение медицинских комплексов “MedCity”:
ул. Калык Акиева/ Рыскулова
ул. Саратовская/ Веселая
ул. Шевченко/ Боконбаева

ЛАКТАМЕД®
Lactamed capsules



У ТЕБЯ ДИСБАКТЕРИОЗ?
- ЛАКТАМЕД РЕШИТ ВОПРОС!

ВИТАМИНОСОДЕРЖАЩИЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ
ПРЕПАРАТ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА

СОСТАВ:
Споры бактерий Lactobacillus sporogenes не менее 180 миллионов бак. (2500 МЕ), фолиевая кислота 0,15 мг, цианкобаламин (В12) 0,015. Вспомогательные вещества: крахмал, магния стеарат, лактоза.

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

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, за 1 час до еды. Дети до 2 лет: по 1 капсуле 2 раза в день. Грудным детям можно давать препарат непосредственно перед кормлением. Дети от 2 до 12 лет: по 1 капсуле 3 раза в день. Взрослые: по 2 капсулы 3 раза в день. Лечение проводят на протяжении 3-4 недель.

ПРОТИВПОКАЗАНИЯ: Гиперчувствительность к компонентам препарата; тромбоз, эритремия, эритроцитоз.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ: Возможны аллергические реакции.

ОТПУСК ИЗ АПТЕК: Без рецепта.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: OOO “Asian Medicals”, Кыргызстан, г. Бишкек, ул. Садыгалиева, 1 совместно с Protech Biopharma Pvt Ltd, Индия.

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ

Эргоферон в лечении ОРВИ у детей



Стабильно высокие показатели заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ) связаны с их полиэтиологичностью, антигенной изменчивостью вирусов, высокой контагиозностью, узким спектром существующих средств специфической профилактики и лечения.

Некоторые проблемы противовирусных препаратов для терапии ОРВИ

В настоящее время педиатры ограничены в выборе противовирусных препаратов для терапии ОРВИ и гриппа у детей. Спектр противовирусных препаратов с доказанным эффектом составляют в основном противогриппозные препараты (блокаторы М2-каналов и ингибиторы нейраминидазы), а также рибавирин, используемый в терапии тяжелых форм респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции у детей. Однако в связи с развитием у циркулирующих штаммов возбудителя резистентности, используемые для лечения гриппа А препараты адамантанового ряда (амантадин, ремантадин) существенно утратили свои позиции в его терапии – доля резистентных к ним штаммов вируса гриппа А в некоторых странах достигает 90%. Используемые для лечения гриппа А и В ингибиторы нейраминидазы (осельтамивир, занамивир) эффективны в отношении большинства вирусов гриппа, включая пандемический, но в последние годы отмечается существенный рост числа резистентных к осельтамивиру штаммов вируса гриппа А/Н1N1. Рибавирин не нашел широкого применения в лечении РСВ-инфекции у детей в связи с токсичностью и дороговизной препарата.

Проблемы эффективной противовирусной терапии во многом также связаны со сложностью дифференциального диагноза и верификации возбудителя на ранних сроках заболевания.

Сложившаяся ситуация актуализирует поиск новых препаратов, обладающих широким спектром противовирусной активности, а также другими значимыми для лечения ОРВИ терапевтическими эффектами. По результатам анализа существующих отечественных и зарубежных публикаций по данному вопросу перспективным представляется применение инновационных лекарственных препаратов, созданных на основе релиз-активных антител (РААТ) к эндогенным регуляторам. Благодаря особой технологии производства такие препараты обладают специфической

фармакологической активностью, названной релиз-активностью. Именно это свойство обеспечивает им широкий терапевтический коридор и является основой высокой безопасности.

Комбинированный противовирусный препарат Эргоферон

В 2011 г. отечественной фармацевтической научно-производственной компанией ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг» был выпущен таблетированный комбинированный противовирусный препарат Эргоферон, содержащий аффинно-очищенные РААТ к интерферону (ИФН) у человека, гистамину (РААТ к гистамину) и CD4 (РААТ к CD4) и обладающий комплексным действием (усиленным противовирусным, противовоспалительным и антигистаминным).

Усиленное противовирусное действие Эргоферона реализуется за счет влияния РААТ к ИФН-γ и РААТ к CD4 на систему ИФН в сочетании с активацией процессов распознавания вирусов системой CD4. Сочетание РААТ к ИФН-γ и РААТ к CD4 влияет на универсальные механизмы противовирусной защиты, играющие ключевую роль в развитии иммунного ответа независимо от типа вируса (рис. 1).

В серии экспериментальных исследований показана высокая противовирусная активность Эргоферона и его компонентов. Так, например, показан сопоставимый с осельтамивиром противовирусный эффект РААТ к ИФН-γ в отношении вируса пандемического гриппа А (H1N1) 2009. Также *in vitro* на модели РСВ-инфекции продемонстрировано, что Эргоферон ингибирует репликацию респираторно-синцитиального вируса (РСВ), статистически значимо снижая вирусную нагрузку на клетки линии HeLa, и не обладает токсичностью. Полученные результаты свидетельствуют о противовирусной активности Эргоферона в отношении РСВ и возможности его применения в составе комплексной терапии и профилактики данного заболевания.

Неспецифическая противовирусная активность Эргоферона дополняется эффектами РААТ к гистамину, оказывающими противовоспалительное и антигистаминное действие. Как следствие этих эффектов снижается тонус гладкой мускулатуры бронхов и выраженность сопутствующих инфекционному процессу аллергических реакций (рис. 2).

Кроме того, противовоспалительная активность Эргоферона обеспечивается влиянием РААТ к ИФН-γ и РААТ к CD4 на цитокиновую сеть и регуляцией баланса продукции про- и противовоспалительных цитокинов.

Таким образом, трехкомпонентный состав Эргоферона позволяет воздействовать на разные механизмы инфекционно-воспалительного процесса и формировать адекватный противовирусный ответ широкого спектра без риска развития резистентности.

Рис. 1. Противовирусная активность



Рис. 2. Противовоспалительная и антигистаминная активность



Исследование эффективности и безопасности Эргоферона у детей

Эффективность и безопасность профилактического применения Эргоферона оценена в открытом проспективном сравнительном рандомизированном исследовании у детей 3–7 лет с бронхиальной астмой (БА) в эпидемиологический сезон ОРВИ. Установлено, что профилактический прием Эргоферона в течение 1 мес. позволяет значительно ($p < 0,05$) снизить частоту эпизодов ОРВИ и обострений БА у детей дошкольного возраста. Сочетанное применение Эргоферона и препаратов для базисной терапии БА безопасно^[1].

Следует заметить, что при проведении клинических и экспериментальных исследований придавалось особое значение изучению безопасности Эргоферона, что чрезвычайно важно при выборе препарата для педиатрической практики^[1–13]. Во всех клинических исследованиях Эргоферона как у взрослых, так и у детей подтвержден высокий профиль его безопасности.

Безопасность и клиническая эффективность Эргоферона в лечении ОРВИ у детей оценена в ходе регистрационного многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования его жидкой лекарственной формы – РКИ №18 (16.01.2013)^[13, 14]. Исследование проводилось в 13 исследовательских центрах России с участием 162 амбулаторных пациентов в возрасте от 3 до 17 лет с клиническими проявлениями ОРВИ. В течение 5 дней пациенты 1-й группы (n=82) принимали Эргоферон, пациенты 2-й группы (n=80) – плацебо по схеме приема Эргоферона. Полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют о том, что

Рис. 3. Схема приема Эргоферона для лечения ОРВИ и гриппа



включение в терапию ОРВИ у детей Эргоферона (по сравнению с плацебо) приводит к укорочению лихорадочного периода, способствует более легкому течению вирусной инфекции респираторного тракта у детей и более быстрому их выздоровлению.

Результаты исследования доказали и безопасность Эргоферона в лечении ОРВИ у детей, его хорошую переносимость, но и высокую приверженность терапии пациентов детского возраста, что продемонстрировано в ходе оценки комплаентности на последнем визите.

Таким образом, доказанная высокая эффективность Эргоферона, отсутствие нежелательных явлений в период терапии в сочетании с хорошей переносимостью делают его препаратом выбора этиотропной, патогенетической терапии ОРВИ и гриппа у детей разных возрастных групп.

И.В. Николаева, ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России.

1. Сабитов А.Х., Ершова А.В. Новые аспекты в профилактике острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой. Уральский мед. журн. 2013; 5 (110): 91–93.
2. Орлова Н.В. Острые респираторно-вирусные инфекции в практике врача-терапевта. Трудный пациент. 2013; 4: 22–27.
3. Костин М.П. Новый препарат для лечения гриппа и ОРВИ. Инф. болезни. 2011; 9 (4): 29–34.
4. Верещинский В.К., Борзунов В.М., Шемкина Е.К. Оптимизация этиопатогенетической терапии гриппа и ОРВИ у взрослых при применении эргоферона. Антибиотики и химиотерапия. 2011; 56 (9–10): 23–26.
5. Сидорова Л.Д., Бабанова С.А. Клиническая фармакология современного противовирусного

препарата Эргоферон и его место в лечении острых респираторно-вирусных инфекций и гриппа. Справ. поликлин. врача. 2013; 12: 38–41.
6. Аверьянов А.В. и др. Эргоферон и Осельтамивир в лечении гриппа – результаты многоцентрового сравнительного рандомизированного клинического исследования. Антибиотики и химиотерапия. 2012; 57 (7–8): 23–30.
7. Степанничева Л.А. и др. Эргоферон в лечении острых респираторных вирусных инфекций у взрослых. Результаты рандомизированного клинического исследования. Доктор.ру. (Специальный выпуск). 2012; 31–8.
8. Гаврюченко Д.В. Новый противовирусный препарат Эргоферон в лечении респираторных инфекций. Поликлиника. 2011; 5 (1): 78–81.

9. Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Андреева Н.В., Тихонова Ю.С. Эффективность применения Эргоферона для лечения острых респираторных вирусных инфекций. Практик. медицина. 2014; 1 (7): 179–84.
10. Княжеская Н.П., Баранова И.А., Фабрика М.П., Белевский А.С. Новые возможности лечения и профилактики ОРВИ у пациентов с хроническими obstructивными заболеваниями легких. Алтосфера. Пульмонология и аллергология. 2012; 3 (46): 37–40.
11. Шестакова Н.В., Загокина Н.В., Самойленко Е.В. и др. Эффективность и безопасность применения Эргоферона в комплексной терапии внебольничных пневмоний. Доктор.ру. 2012; 8 (76): 44–7.
12. Бундинова Т.М., Лебедева С.А., Бугаева Л.И. и др. Влияние комплексного препарата

сверхмалых доз антител на общее состояние крыс при 6-ти месячном введении. XIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». М., 2012; с. 359–60.
13. Гелле Н.А. Жидкая лекарственная форма эргоферона эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей. Промежуточные итоги многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования. Антибиотики и химиотерапия. 2014; 59: 8–16.
14. Реестр выданных разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов (РКИ). <http://grls.rosminzdrav.ru/>



Эпидемиологическая ситуация по гриппу ОРВИ в республике стабильная

Эпидемиологическая ситуация по гриппу и ОРВИ в республике на 05 января 2020г. стабильная. По оперативным данным за 1-ую неделю 2020года с 30.12.2019 по 5.01.2020 года отмечается снижение заболеваемости на 27,4% по острым респираторным вирусным инфекциям по сравнению с 52 неделями, (зарегистрировано 5236 случаев, на 52 неделе было зарегистрировано 7208сл.).

Заболевание в основном регистрируется среди детей до 14 летнего возраста, составляя 67% из всех заболевших. Проводятся лабораторное исследование анализов от больных с гриппом, из отобранных 370 анализов в 40,2% случаях выделены вирусы гриппа, из них 56,4% случаев выделены вирус Гриппа В и 43,6% вирус гриппа А Н3N2.

Профилактика:

ОРВИ – вирусные заболевания, поражающие слизистую оболочку верхних дыхательных путей.

Больным рекомендуется постельный режим, молочно-растительная диета и обильное питье.

- в случае заболевания следует носить маску, не посещать общественные места;
- тем, кто не успел защитить себя от гриппа с помощью вакцинации, следует поддерживать защитные силы организма: употребление в пищу больше овощей, фруктов, витаминных настоев из шиповника, черной смородины и другие;
- необходимо соблюдать личную гигиену;
- после каждой прогулки необходимо мыть руки с мылом;
- прикрывайте рот и нос платком/салфеткой при кашле или чихании;
- необходимо проводить влажную уборку с применением дезинфицирующих средств.

Для информации:

По данным Евро ВОЗ от 5 января 2020 года с конца декабря 2019 года в

Китае в городе Ухань, провинция Хубей, зарегистрирована вспышка пневмонии неизвестной этиологии. 3 января 2020 года национальные власти Китая сообщили в ВОЗ о 44 пациентах с пневмонией неизвестной этиологии. Из 44 зарегистрированных случаев 11 тяжело болеют, а остальные 33 пациента находятся в стабильном состоянии. Клиническими признаками и симптомами являются: лихорадка, у нескольких пациентов затрудненное дыхание, на рентгенограммах грудной клетки показаны инвазивные поражения обоих легких.

По данным эпидрасследования некоторые пациенты были действующими дилерами или продавцами на рынке морепродуктов Хуанань. Указанная ссылка на оптовый рынок рыбы и живых животных может указывать на связь с животными.

По предварительным данным нет информации о передаче вируса от человека к человеку. С целью уточнения этиологии лабораторные исследования продолжаются.

Департамент профилактики заболеваний и госсанэпидем надзора республики просит в случае появления симптомов, указывающих на респираторное заболевание во время или после поездки в Китай, рекомендует обращаться за медицинской помощью и необходимо рассказать врачу о поездке и местах посещения в Китае.

На начало января 2020 года активность гриппа в Европейском регионе все еще растет, однако в большинстве стран показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ пока не превышают фоновых цифр или находятся на низком или среднем уровне.

На территории Европейского региона в целом преобладают вирусы типа А, однако из ряда стран поступили сообщения о доминировании вирусов гриппа типа В, а в некоторых странах регистрируется вирусы обоих типов как А так и В.

Пресс-центр Минздрава КР



В аэропорту «Манас» установили тепловизоры для проверки на наличие коронавируса

В Кыргызстане на всех пропускных пунктах на границе с Китаем и в аэропорту «Манас» установлены тепловизоры для проверки на наличие коронавируса. Об этом 22 января сообщил директор департамента профилактики заболеваний и экспертизы Минздрава Толо Исаков.

По его словам, тепловизоры определяют на расстоянии людей с температурой и подозрением на инфекционные заболевания.

«Всемирная организация здравоохранения пока не вводит ограничительные меры ни в одной стране. Также еще точного заявления не было, отчего вирус передается. Сообщалось, что вирус передается от человека к человеку. Однако ВОЗ официального заявления не делала», - сказал он.

Также Исаков отметил, что на сегодняшний день в Кыргызстане не зарегистрировано заражение новым типом коронавируса. «Вопрос находится под контролем. Также для врачей проводят обучающие семинары и объясняют, что такое грипп, ОРЗ, ОРВИ, коронавирус», - пояснил он.

В конце декабря китайские власти сообщили о вспышке пневмонии неизвестного происхождения в городе Ухань. Эксперты предварительно установили, что возбудителем заболевания стал новый тип коронавируса.

Пресс-центр Минздрава КР

Сабырбек Жумабеков назначен советником по медицинскому развитию г. Фанченган (Китай)

Академик Национальной академии наук Кыргызской Республики (КР), академик академии наук Российской Федерации (РФ) Сабырбек Джумабеков с 4 по 12 января с рабочим визитом посетил Китайскую Народную Республику (КНР).

Академика С.Жумабекова вместе с академиком Академии наук Российской Федерации, директора центрального института травматологии и ортопедии Николай Загородним в рабочей поездке прочитали восемь открытых лекций по инновационным технологиям в травматологии и ортопедии для специалистов ведущих клиник Китая. Кроме того, в городах Шанхай, Нанин, Фанченган и Пекин были посещены ведущие университетские клиники страны, где проконсультированы много пациентов с патологией опорно-двигательной системы. В университетской клинике г. Фанченган академик С. Джумабеков провел мастер класс по патологиям коленного сустава. По заданию председателя КНР Си Цзиньпина в г. Фанченган строится новый медицинский инновационный центр на 2000 коек с применением передовых технологий.

Мэр г. Фанченган назначил



академика С. Джумабекова советником по медицинскому развитию, а Народное правительство города главным специалистом по травматологии и ортопедии в Первой городской больнице.

Академики С. Джумабеков и Н. Загородний были в Китае по приглашению Пекинского центра культурного обмена и путешествия во имя Мира, Международного фонда-премии "Шелковый путь", Китайского комитета ШОС по гуманитарному сотрудничеству, Народного Правительства города Фанченган и Министерства здравоохранения Китайской Народной Республики.

Пресс-центр Минздрава КР

Минздрав КР подписал меморандум с двумя международными организациями

24 января этого года в Министерстве здравоохранения КР прошла встреча министра Космосбека Чолпонбаева с президентом международного благотворительного фонда «АССАНАБИЛ» Абделкарим Али Мохамед Али и президентом Общественного объединения «Всемирная Ассамблея Молодежи» Мади Мохамед Абделлатиф Ахмед.

В ходе встречи стороны договорились сотрудничать в области здравоохранения, а также подписали Меморандум о взаимопонимании. Целью настоящего Меморандума о взаимопонимании является развитие дружественных отношений и укрепление сотрудничества в области здравоохранения и медицинской науки.

Согласно подписанного меморандума Министерство здравоохранения КР, МБФ «АССАНАБИЛ» и ОО «Всемирная Ассамблея Молодежи» будут содействовать развитию и расширению сотрудничества в следующих областях здравоохранения и медицинской науки:

- строительство объектов для организации медицинской помощи на территории Кыргызской Республики;
- оснащение медицинскими приборами организациями здравоохранения;
- проведение мероприятий по повышению квалификации специалистов в области здравоохранения;



Кроме того, стороны договорились сотрудничать и по другим направлениям, представляющим взаимный интерес.

«Совместные усилия в решении вопросов здравоохранения и медицинской науки имеют большое значение для улучшения качества оказания медицинской помощи населению страны», - отметил в конце встречи Космосбек Чолпонбаев, министр здравоохранения КР.

Пресс-центр Минздрава КР

Мазь Гипофур



Для лечения язв кожи, ран, ожогов 1, 2, 3а степени, трещин, пролежней, фурункулов, и других гнойно-воспалительных заболеваний кожи.

Состав:

В 100 г мази содержится
Активные вещества: нитрофурал - 0,02г; масла облепихового - 20,0 г
Вспомогательные вещества: вазелин медицинский, ланолин, воск пчелиный, вода очищенная.

Показания к применению:

Лечение язв кожи, ран, ожогов 1, 2, 3а степени, трещин, пролежней, фурункулов, других гнойно-воспалительных заболеваний кожи

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к фурацилину и к другим компонентам мази (облепиховое масло, воск пчелиный).

Способ применения и дозы:

Наружно, мазь наносят тонким слоем 1-3 раза в день в течение 2-3 дней.

Побочное действие:

Возможно: местные аллергические реакции, дерматиты.

Особые указания:

При назначении беременным женщинам, женщинам в период лактации и детям рекомендуется учитывать возможные соотношения риска и пользы от применения данного лекарственного препарата.

Форма выпуска :

Мазь в стеклянных банках темного стекла по 25г и 50 г, в тубах по 25г и 50г.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

При нанесении на кожу оказывает:

- Антибактериальное действие
- Способствует быстрому заживлению ран
- Способствует эпителизации эрозий



KG.1.3.826.06026-2018

НИТРОФУРАЛ

Это противомикробное средство, обладает отличным от других химиотерапевтических ЛС механизмом действия: микробные флавопротеины, восстанавливая 5-нитрогруппу, образуют высокорезистентные аминопроизводные, способные вызывать конформационные изменения белков, макромолекул, приводя к гибели клеток.

Существенным положительным качеством нитрофураля является его способность сохранять антибактериальную эффективность в присутствии гноя и других продуктов тканевого распада. Стимулирует заживление ран, не оказывает раздражающего действия.

При местном использовании нитрофурал почти не попадает в системный кровоток, следовательно, риск развития побочных эффектов минимален.

ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО

Представляет собой концентрат каротиноидов, токоферолов, фосфолипидов, стероидов, фитохинонов и жирных кислот. Одним из основных биологически активных компонентов является β -каротин, который способствует быстрой грануляции и эпителизации раневых, ожоговых поверхностей, ускоряет заживление язв слизистых оболочек, проявляет А-витаминную активность.

ВОСК ПЧЕЛИНЫЙ

Является одним из вспомогательных веществ, при этом обладает терапевтическим эффектом.

Воск – биологически активное вещество, обладает высоким бактерицидным, противовоспалительным, ранозаживляющим и смягчающим свойством. Совместное использование нитрофураля и облепихового масла в одной лекарственной форме потенцирует их фармакологическое действие (антимикробное и репаративное).



ОсОО «Галенфарм»

Кыргызская Республика, Сокулукский р-н, с. Военно-Антоновка, ул. Токтогула 19, тел.: 0 312 88 32 82, сайт: galenpharm.kg

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ



15-й Юбилейный
международный конгрессно-
выставочный форум

**Неделя здравоохранения
в Кыргызской
Республике**

**Приглашаем
принять участие**

1-3 апреля 2020

Кыргызская Республика,
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 97
Манеж КГАФКиС



+996 775 000 005
www.biexpo.kg

Промокод:
VF001ME

Достижима ли полная элиминация гепатитов в Кыргызстане

«Мир, на свою беду, давно оставляет проблему гепатита без внимания. Пришло время мобилизовать силы для глобальных ответных действий по борьбе с гепатитом в том же масштабе, в котором это было сделано в отношении других инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД и туберкулез».

Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен.

Вирусные гепатиты относятся к одной из актуальнейших проблем **ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ** в нашей республике и за рубежом, что связано, прежде всего, с неуклонным ростом заболеваемости среди взрослых лиц, высокой смертностью, частым переходом в хроническую форму, цирроз и рак печени, и, огромным ущербом, наносимым экономике всех стран мира. От осложнений только гепатита В, ежегодно умирает около 686 000 пациентов [ВОЗ, 2016].

Кыргызстан относится к странам с высокой заболеваемостью как острыми, так и хроническими вирусными гепатитами В, С, D. Несмотря на значительное снижение заболеваемости острым гепатитом В с 30,0 до 5,2 на 100 тыс. населения в 2018 г., благодаря введению обязательной вакцинации против гепатита В детям с рождения (2000 г.), в нашей стране ежегодно продолжает регистрироваться 300-350 случаев острого гепатита В и 150-160 случаев гепатита С среди взрослых. Это люди родившиеся в до вакцинальный период.

Только в лабораториях РЦ СПИД за 11 лет (2008-2018) проведённый скрининг у около 1 миллиона граждан КР выявил 73 743 случая гепатитов В и С (4,6% и 3%).

По данным Департамента госсанэпиднадзора (ДГСЭН) число больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в Кыргызстане достигла более 50000 (вместе с ранее называемыми «носителями» вирусов гепатитов В и С). И, это, только видимая часть айсберга, поскольку учёт и регистрация ХВГ начата только в 2010 году, далека от совершенства. Тысячи людей не знают, что давно заражены этими вирусами. За медицинской помощью обращаются, когда уже развился цирроз или рак печени. Госпитализируются в терапевтические или хирургические отделения, где не получают специализированную медицинскую помощь. Теряют драгоценное время и жизнь. Выписывают их перед смертью и больные умирают дома, поэтому точной статистики умерших от цирроза в исходе хронических гемоконтактных гепатитов также у нас нет.

Когда спрашиваем больных гепатитом В или С, где он мог заразиться. Многие указывают на медицинские организации, в первую очередь, на стоматологические клиники. И это не безосновательно, так как более 30 000 медработников ни разу не были вакцинированы против гепатита В и могут быть источником заражения пациентов! Они даже на бесплатную вакцинацию идут неохотно. Если при плановом обследовании у врача или медсестры обнаруживают вирус гепатита, они не спешат обратиться к специалисту для дальнейшего обследования и лечения. В таком случае, разве медработник будет убеждать пациента получить прививку, говорить об его высокой эффектив-

ности! К сожалению, медики, студенты медицинских ВУЗов, призванные нести в массы профилактику, сами болеют гепатитами и лечатся поздно.

В Европейском регионе, ВОЗ предусматривает к 2030 г. добиться элиминации (выведения) вирусного гепатита, как угрозы общественному здоровью, путём установления диагноза у 90% - зараженных вирусом гепатита В или С и лечения 80% больных, подлежащих терапии, а также массовой вакцинации от гепатита В.

Что же сделано у нас в этом направлении?

На средства частного гепатологического центра «ЦАДМИР» и средства, привлечённые Обществом инфекционистов и гепатологов Кыргызстана (ОИГК), бесплатно обследовали на вирусы гепатита В и С 7000 пациентов из Национальных центров онкологии и кардиологии, Национального госпиталя, Жалал-Абадской и Нарынской областей. Вирусы гепатитов В и С обнаружены у 968 обследованных (13,8%). В 2017-2018 гг. бесплатно пролечили 137 медработников, больных хроническим гепатитом С и 30 – гепатитом D современными противовирусными препаратами. Разработаны, утверждены МЗ КР и изданы на средства ОИГК Клиническое руководство (2015), Протокол (2017), Эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике (2018). За четыре года в 6 областях Кыргызстана провели Международные научно-практические конференции, посвящённые актуальным вопросам болезней печени.

Мы потеряли много времени желая продолжить эту долгосрочную благотворительную акцию на основе Закона КР «О государственно-частном партнёрстве», проводили семинары в ЦСМ и стационарах - информировали врачей о необходимости раннего выявления больных вирусными гепатитами, вакцинации здоровых лиц, квалифицированного лечения, диспансеризации (хотя это является их прямой обязанностью). Вместе составляли договоры о сотрудничестве и руководители ЦСМ были готовы их подписать, но не решались, как всегда боялись «как бы чего не вышло».

Мы обязывались обеспечить все ЦСМ экспресс-тестами, вакциной на полный курс и оказывать эти услуги с 50% скидкой, вторую половину оплачивает ОИГК. Представляли кучу разрешительных документов, в том числе Закон КР и Приказ МЗ №457 от 2005 года «О вакцинации взрослых лиц на платной основе». Через 2-3 месяца директор ЦСМ №6 Октябрьского района города Бишкек просила подождать неопределённое время, потому, что у нас в КР медицина считается бесплатной и всё, что государство не может оплатить, лучше ничего не делать! А то, что на лечение больного гепатитом или циррозом уходят десятки и сотни тысяч сом из его же кармана, и зачастую безрезультатно, мы умалчиваем!

С чего же нам начать работу, для если и не полной элиминации, то хотя бы, снижения заболеваемости вирусными гепатитами в Кыргызстане? Если до сих пор мы не смогли обеспечить безопасность медицинских процедур, то есть самый простой, эффективность которого доказана во всём мире метод – это

вакцинация против гепатита В, человек получивший эту вакцину автоматически защищается и от очень тяжелого, быстро прогрессирующего в цирроз печени – гепатита D.

Мы обратились к губернаторам Баткенской, Таласской, Жалал-Абадской и Ошской областей, ректорам ведущих ВУЗов страны: Медакадемии, КРСУ, МУК, ОшГУ, турецких университетов, районных ЦСМ и студенческой поликлиники и встретили понимание, необходимости защиты от гепатитов нашего народа и в первую очередь – молодого поколения, согласовали механизмы реализации проекта.

На семинаре ОИГК, посвящённом борьбе с вирусными гепатитами, Зам. губернатора Жалал-Абадской области обещал взять под личный контроль заболеваемость вирусными гепатитами в области, с нового года предусмотреть бюджетные средства Айыл окмоту для обследования и вакцинации против гепатита В уязвимых слоёв населения данной области. Эту благотворительную акцию поддержали Айыл Окмоту Чаткальского района – из своего бюджета они выделили средства на экспресс-обследование и вакцинацию 150 сельчан.

В августе 2019 года молодёжная организация г.Таш-Кумур обратилась в ОИГК провести экспресс-обследование на вирусные гепатиты В и С более 200 жителям. 50 % стоимости анализов и вакцинации оплатило ОИГК. При обследовании у 12% обнаружены вирусы гепатитов, здоровым лицам сделана первая, а через месяц – 2-я прививки от гепатита В.

8 октября 2019 проведено общее собрание всех медицинских работников и председателей Айыл Окмоту Кара-Кулжинского района для совместной работы по раннему выявлению больных хроническими гепатитами, циррозом печени и вакцинации против гепатита В. О целях и задачах благотворительной акции доложили депутату ЖК А.Ш.Жээнбекову, который до этого вместе с акимом района осматривал отдалённые сельские медицинские организации. На собрании аким Дыйканов П.А. с горечью отметил, что в некоторых поликлиниках и ФАП нет даже по одному мед работнику, призывал руководителей Айыл Окмоту идти к ректорам медицинских ВУЗ просить, любой ценой привлечь клинических ординаторов из Кара-Кулжинского района и мотивировать их остаться. А также обязал глав Айыл Окмоту составить график обследования и вакцинации сельчан. Выделить из бюджета на обследование уязвимых групп каждого села, координатору по здравоохранению района ежеквартально отчитываться о проделанной работе.

И из Кара-Кулжинского района есть выходы, небезразличные к нуждам и чаяниям своих односельчан. Зав.отделом Ошской обл.гос.администрации Мокеев Уланбек Мамасалиевич, видевший страдания и смерть своих близких родственников от вирусных гепатитов, потративший безрезультатно огромные средства на лечение за рубежом, оплатил анализы на гепатиты В и С и вакцинацию 100 односельчан из Сары-Булакского Айыл Окмоту. Все наши мероприятия широко освещаются в СМИ.

Ещё одна проблема: объезжая ЦСМ Баткенской, Таласской областей, городов Ош (ЦСМ №2) и Токмок, да и нередко г.Бишкек, я вижу, что очень мало народа обращается в поликлиники, с 12 часов они уже пустуют, зато в стационары – не пробиться. У народа сложилось предположение, что собрав все свои болезни, их навсегда можно вылечить за 10 дней в больнице, за это они готовы заплатить любые деньги. А ведь 90% больных хроническими гепатитами – это амбулаторные больные. Стационары чтобы оправдать показания к госпитализации, всем поголовно, внутривенно капают физраствор и витамины и подвергают угрозе заражения другим, передающимся через кровь, гепатитом!

Как мы видим, уже само население требует активной борьбы против гепатитов и цирроза печени, готово добровольно к обследованию и вакцинации. ДГСЭН активизировало работу по обследованию госпитализированных больных на гепатиты В и С на платной основе. Осталось их мотивировать на вакцинацию, которую проводят 3-хкратно за 6 месяцев. Медицина бессильна перед заболеванием раком, но предупредить гепатит, приводящий к нему – можно!

Если в течение полугода, всего за 1000 сом, получив полный курс вакцинации против гепатита В, можно всю жизнь не болеть гепатитом и циррозом, то почему мы не должны воспользоваться такой прекрасной возможностью. Мы должны объединить усилия общественных и государственных медицинских организаций для снижения, а затем и элиминации (выведения) вирусных гепатитов, передающихся через кровь в нашей республике, как самой большой угрозы общественному здравоохранению.

Привлечь состоятельных людей (вчера в «Новостях» сообщили о бизнесмене из Ноокатского района подарившим квартиру многодетной семье), общественные объединения наших земляков за рубежом и в стране, губернаторов областей, кандидатов в депутаты, чтобы приняли активное и практическое участие в оздоровлении нации. Их участие в предлагаемом ОИГК обследовании и вакцинации против гепатита В большого числа граждан Кыргызстана за короткое время с минимальными затратами, повысил бы рейтинг любой партии, сохранил жизнь миллионов людей. Это была бы честная и благородная борьба за избирателя. Мы делаем общее дело! Только нужно разумно начать с чего-то.

Мы обратились к министру здравоохранения Чолпонбаеву К.С. с просьбой

- разрешить обследовать пациентов на маркеры гепатитов В и С, обратившихся в лечебные организации методом экспресс-тестирования, вакцинировать их добровольно.

- совместно с Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) выделить средства на вакцинацию медработников страны, кроме двух столиц (Бишкек и Ош, они сами могут оплатить) на 3 прививки в течение 6 месяцев.

ОИГК обязуется поэтапно, в силу своих возможностей, организовать эту благотворительную акцию по всей республике и оплатить 50% от рыночной стоимости этих услуг.

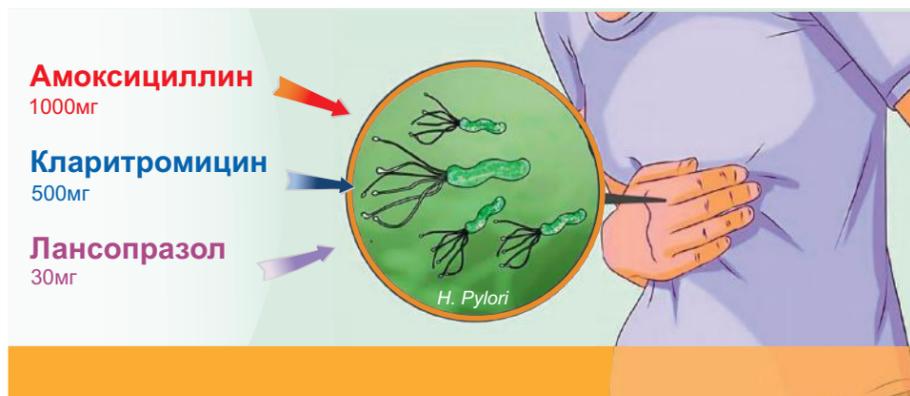
Председатель Общества инфекционистов и гепатологов Кыргызстана, зав кафедрой инфекционных болезней КГМИ ПиПК им. С.Б. Даниярова, профессор Тобокалова С.Т.
тел. 0558-91-92-72; 0772-61-24-46;
e-mail: stobokalova@mail.ru

ГАСТ-3



3-х компонентный состав

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



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

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

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

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

Кларитромицин: Обладает антибактериальным действием против Helicobacter pylori;
Амоксициллин: Антибактериальное бактерицидное кислотоустойчивое средство широкого спектра действия из группы полусинтетических пенициллинов.

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

Противопоказания
 ГАСТ-3 противопоказан пациентам с известной повышенной чувствительностью к какому-либо компоненту набора (любых макролидных антибиотиков или пенициллинов). ГАСТ-3 противопоказан для параллельного лечения с цисапридом, пимозидом, астемизолом, эрготамином, дигидроэрготамином или терфенадином.

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

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

Беременность и лактация

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

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

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

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

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

ЛАНСОПРАЗОЛ

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

«Антихеликобактерная терапия – вклад врача в долголетие пациента»

Значимость антихеликобактерной терапии*:

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

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

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



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

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

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

Дозировка и способ применения ГАСТ-3:

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



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

КЛАРИТРОМИЦИН

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

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

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

АМОКСИЦИЛЛИН

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

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

Побочные эффекты

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

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

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

Эндокринная система: сахарный диабет, зоб, гипотиреоз;

Гематологическая и лимфатическая система: анемия, гемолиз, лимфаденопатия;

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

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

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

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

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

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

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

Условия отпуска: по рецепту

Производитель

Deva Holding A.Ş., Турция

Эксклюзивный дистрибьютор в КР

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



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





Пути оптимизации лечения Ведение пациента

О.С. ЛЕВИН, д.м.н., профессор кафедры неврологии РМАПО

В рамках сателлитного симпозиума компании «Вёрваг Фарма» ведущие российские эксперты рассматривали вопросы оптимизации лечения пациентов с болью в нижней части спины – одним из самых распространенных болевых синдромов.

Были отмечены преимущества включения в комплексную терапию пациентов с болевыми синдромами, обусловленными воспалительными и дегенеративными поражениями позвоночника, нейротропных витаминов группы В (препараты Мильгамма и Мильгамма композитум).

Комплекс витаминов группы В потенцирует обезболивающий эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, позволяя существенно снизить дозу и продолжительность их приема, а также может применяться в качестве монотерапии, способствуя более быстрому и стойкому регрессу болевого синдрома.



Профессор О.С. Левин

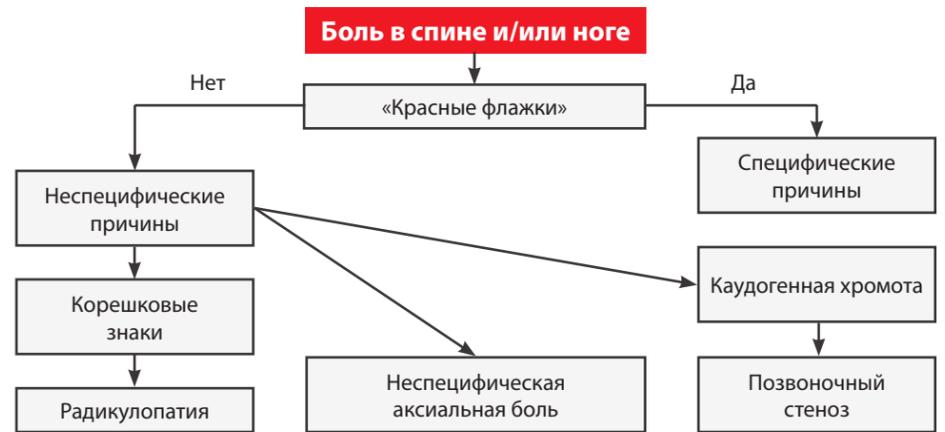
Как отметил д.м.н., профессор кафедры неврологии РМАПО О.С. ЛЕВИН, боль в нижней части спины является очень распространенной проблемой, однако единого термина для этого состояния, как ни странно, до сих пор нет. Часто используются термины «боль в пояснично-крестцовой области», «люмбалгия»/«люмбоишиалгия», «поясничный остеохондроз» и «дорсопатия». Терминология, которой российские врачи пользуются при описании выпячивания межпозвоночных дисков, также не вполне точна. Среди неврологов бытует мнение: если налицо меньшая степень выпячивания диска – это протрузия, если большая – грыжа. В действительности же протрузия и грыжа – это одно и то же состояние, при котором содержимое студенистого ядра выходит за пределы, ограниченные

контуром задней продольной связки. Необходимо помнить другое: если длина выпячивания диска больше, чем основание этого выпячивания, речь идет об экструзии, если наоборот – следует использовать термин «интрузия». И эти два состояния действительно являются разными степенями одного и того же заболевания – грыжи или протрузии диска.

Важной частью работы невролога является постановка корректного диагноза. В соответствии с МКБ-10 диагноз пациента, обратившегося с жалобами на боль в пояснично-крестцовой области, может формулироваться двумя способами. Для начала врач должен определить, является ли расстройство острым или хроническим, затем указывается локализация болевого синдрома и наличие радикулопатии с указанием корешка. Если врач уверен в том, что причиной боли является поражение межпозвоночных дисков, то диагноз кодируется как М51.1 «Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией». Если же боль связана с поражением межпозвоночных суставов или мышц спины (точно определить причину развития болевого синдрома зачастую не представляется возможным), для постановки диагноза следует использовать клинический синдром. Соответственно, в карте такой диагноз будет записан как люмбалгия, люмбоишиалгия, радикулопатия, которые развились на фоне грыжи диска, растяжения мышц и других клинических ситуаций.

Боль в спине может быть обусловлена различными заболеваниями и состо-

Рис. 1. Алгоритм определения причины болей в нижней части спины



яниями. В зависимости от того, что именно послужило причиной развития болевого синдрома, выделяют несколько разновидностей боли:

1. боль, вызванная специфическими причинами:

- вертеброгенная (опухоли, остеопороз, спондилит);
- отраженная (аневризма аорты, панкреатит);

2. преимущественно аксиальная боль (люмбалгия/люмбоишиалгия):

- вызванная миофасциальным синдромом;
 - вызванная фасеточным синдромом;
 - преимущественно психогенная боль;
3. радикулопатия (преимущественно в конечности):
- вызванная протрузией диска;
 - вызванная стенозом корешкового отверстия;

4. стеноз позвоночного канала:

- синдром каудогенной перемежающейся хромоты.

Существует алгоритм, помогающий установить причину боли в соответствии с данной классификацией (рис. 1). Особое внимание следует уделить специфическим причинам боли в спине, о которых свидетельствуют некоторые симптомы и признаки (табл. 1). В первую очередь О.С. Левин призвал присутствующих отмечать немеханический характер боли, то есть боль, при которой связь между движением и выраженностью болевых ощущений отсутствует. Именно пациенты, у которых выявляются «красные флажки» – опасные симптомы, позволяющие заподозрить онкологические и инфекционные заболевания, а также сдавление конского хвоста или иной прогрессирующий неврологический дефицит, нуждаются в дальнейшем магнитно-резонансном, рентгеновском или компьютерном исследовании или консультации нейрохирурга.

Дополнительные исследования показаны пациентам с подозрением на анкилозирующий спондилит или компрессионный перелом позвонка, а также больным с признаками радикулопатии или поясничного стеноза после первого месяца пробной терапии. Всем остальным пациентам визуализация не нужна, лишние обследования зачастую приводят к проведению ненужных оперативных вмешательств, увеличивают расходы на лечение, но не улучшают прогноз. В любом случае полученные при визуализации данные следует интерпретировать осторожно. Данные МРТ не позволяют дифференцировать скелетно-мышечную боль в спине и радикулопатию или прогнозировать эффективность консервативного лечения. Кроме того, следует помнить, что размеры грыжи диска не коррелируют с интенсивностью боли. Назвать протрузию диска причиной боли в спине мы можем только при наличии радикулопатии той же локализации. Немаловажно также, что в большинстве случаев (75–100%) экструзии и секве-

Таблица 1. «Красные флажки» при боли в спине

Признак	Заболевание
Нарушение тазовых функций. Анестезия промежности. Нижний парапарез.	Синдром конского хвоста
Лихорадка. Иммуносупрессия.	Инфекция
Длительный прием кортикостероидов.	Инфекция или травма
Травма. Остеопороз.	Перелом
Возраст старше 50 лет. Онкологические заболевания. Необъяснимое снижение веса.	Опухоль
Немеханический характер боли. Нарастание или отсутствие улучшения в течение 6 недель. Очаговый неврологический дефицит, прогрессирующий или выраженный.	Любая из указанных выше причин

зация не нужна, лишние обследования зачастую приводят к проведению ненужных оперативных вмешательств, увеличивают расходы на лечение, но не улучшают прогноз. В любом случае полученные при визуализации данные следует интерпретировать осторожно. Данные МРТ не позволяют дифференцировать скелетно-мышечную боль в спине и радикулопатию или прогнозировать эффективность консервативного лечения. Кроме того, следует помнить, что размеры грыжи диска не коррелируют с интенсивностью боли. Назвать протрузию диска причиной боли в спине мы можем только при наличии радикулопатии той же локализации. Немаловажно также, что в большинстве случаев (75–100%) экструзии и секве-

⇒ (Продолжение на стр. 11)



KG.3.3.039.04753-2017
KG.3.3.039.04752-2017



Вёрваг Фарма
Мы лечим осложнения диабета

вертеброгенных болевых синдромов с вертеброгенной радикулопатией

страции дисков уменьшаются в течение года после первой визуализации: будучи отсоединенными от самого диска, грыжи «усыхают».

Следует уделить внимание также «желтым флажкам» – психологическим механизмам, способствующим усилению боли. К ним относятся: эмоциональные расстройства; неадекватное болевое поведение; неанатомическое распределение сенсорных «нарушений»; рентные устремления; неадекватные представления о причинах и значении боли. У таких пациентов стандартные терапевтические подходы будут неэффективны вне зависимости от того, какие препараты были назначены.

Для правильного подбора терапии крайне важно также определить, какой патогенетический механизм (ноцицептивный, невропатический, психогенный, смешанный) лежит в основе развития болевого синдрома у конкретного пациента (табл. 2). Представления о роли невропатического компонента в развитии боли в спине менялись по мере развития неврологии. Сначала считалось, что боль в спине вызывается исключительно сдавлением и раздражением нервных корешков, затем неврологи придерживались точки зрения, что лишь небольшая часть случаев боли в спине связана с непосредственным вовлечением нервных структур. На сегодняшний день обще-

Таблица 2. Классификация боли по механизму ее развития

Механизм боли	Тип боли
Ноцицептивная	Артралгия. Миалгия. Висцеральная боль.
Невропатическая	Постгерпетическая невралгия. Тригеминальная невралгия.
Психогенная	Соматоформное расстройство. Сенестопатии.
Смешанная	Вертеброгенная радикулопатия. Мигрень.
Неопределенная	Фибромиалгия.

любой острой боли. Он предполагает назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (по возможности, парентерально), миорелаксантов, при необходимости – анальгетиков. Выбирая лечение, необходимо также учитывать, что боль при радикулопатии имеет смешанный характер, поэтому оправданным будет использование средств для лечения невропатической боли: антиконвульсантов, антидепрессантов и местных средств – пластырей с лидокаином.

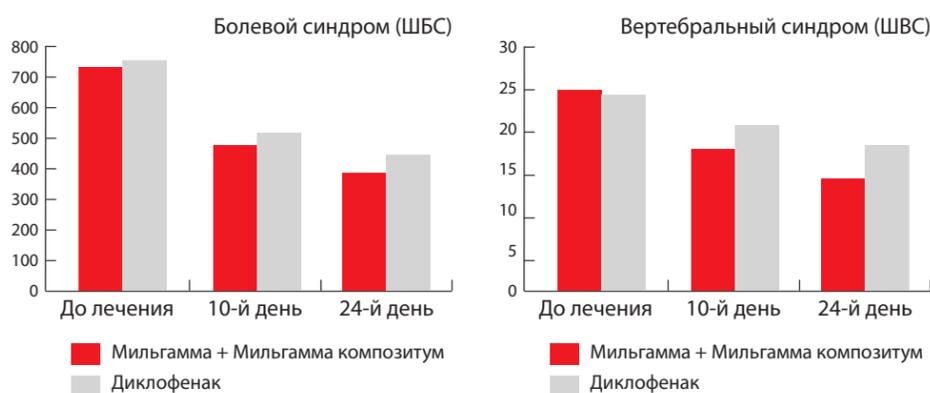
Вопрос о целесообразности назначения витаминов группы В пациентам с радикулопатией до сих пор остается открытым. Существуют данные, свидетельствующие о том, что витамины данной группы обладают противоболевым эффектом, способствуя более быстрому купированию боли и усилению эффекта НПВС. Профессор О.С. Левин отметил, что механизм действия витаминов группы В в отношении болевого синдрома может быть различным: они способны тормозить прохождение болевой импульсации на уровне задних рогов и таламуса, усиливать действие норадреналина и серотонина, ингибировать синтез воспалительных медиаторов и/или блокировать их действие. Кроме того, витамины этой группы способствуют регенерации нервных волокон.

На базе кафедры неврологии РМАПО была проведена собственная научная работа, посвященная изучению эффективности применения нейротропного

Таблица 3. Методы лечения боли в спине

Средство/метод	Рекомендации	Степень доказанности	Комментарии
НПВС	Рекомендуются	A	Препараты выбора
Селективные ингибиторы ЦОГ-2	Не рекомендуются	B	Повышен риск тромбоза
Парацетамол	При непереносимости НПВС	B	
Трамадол	Рекомендуется при умеренной и интенсивной боли	A	В качестве дополнительного обезболивающего
Миорелаксанты	Рекомендуются	A	Коротким курсом
Инъекции кортикостероидов	Рекомендуются при тщательном подборе пациентов	B	Кратковременный эффект
Сохранение активности	Рекомендуется	A	Постельный режим не оправдан
Тракция	Не рекомендуется	A	
Мануальная терапия	Рекомендуется при тщательном подборе пациентов	C	

Рис. 3. Эффективность Мильгаммы у пациентов с вертеброгенной радикулопатией через 10 и 24 дня по данным шкалы боли в спине (ШБС) и шкалы вертебрального синдрома (ШВС)



комплекса Мильгамма, содержащего витамины В₁, В₆, В₁₂, в комбинации с диклофенаком¹. В исследование были включены 38 пациентов с вертеброгенной радикулопатией, выраженность боли у них составляла от 4 до 9 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Участников исследования разделили на две группы. Пациенты первой группы получали Мильгамму внутримышечно по 1 ампуле в сутки в течение 10 дней, затем Мильгамму композитум перорально (по 1 драже 3 раза в день в течение 14 дней) и диклофенак. Участники второй группы получали лечение диклофенаком внутримышечно в течение 10 дней в фиксированной дозе 75 мг/сут, а далее – внутрь по потребности. Физиотерапия, рефлексотерапия, массаж или мануальная терапия в первые 24 дня лечения не проводились. Эффективность лечения оценивалась через 10 и 24 дней, а также при помощи телефонного опроса

через 3 и 6 месяцев.

Проведенная работа продемонстрировала эффективность сочетания Мильгаммы с диклофенаком в лечении болевого и вертебрального синдромов (рис. 3). Кроме того в ходе исследования было выявлено, что и через 3 месяца достоверные различия в состоянии между пациентами, получавшими только диклофенак, и теми, кто получал комбинированную терапию «диклофенак + Мильгамма», сохранились.

«Таким образом, применение Мильгаммы усиливает обезболивающий эффект НПВС и обеспечивает быстрый и стойкий регресс болевого синдрома», – заключил профессор О.С. Левин.

¹ Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В (Мильгамма) в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 10. С. 30–35.

В исследовании была продемонстрирована эффективность сочетания «диклофенак + Мильгамма» в лечении болевого и вертебрального синдромов. Таким образом, применение препарата Мильгамма усиливает обезболивающий эффект НПВС и обеспечивает быстрый и стойкий регресс болевого синдрома.

принятой считается теория, согласно которой невропатический компонент присутствует в 30–50% случаев хронической боли в спине. В основе невропатической боли в спине могут лежать различные патогенетические механизмы (рис. 2).

Сегодня существует целый ряд подходов к лечению боли в спине (табл. 3). Применительно к радикулопатии наиболее обоснованным будет подход, применяемый при лечении

Рис. 2. Причины невропатической боли в спине



Клинико-эпидемиологические особенности инфекционного мононуклеоза у детей

Батырканова А.И., Нурмаматова Б.Н., Чыныева Д.К., Мамажанова А.А., Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница Бишкек, Кыргызская Республика

Введение

Проблема инфекционного мононуклеоза у детей является одной из наиболее актуальных в инфекционной патологии. Известно, что инфекционный мононуклеоз является распространенным, полиэтиологичным заболеванием, которое характеризуется лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, поражением носоглотки и ротоглотки, увеличением размеров печени и селезенки, количественными и качественными изменениями мононуклеаров в периферической крови. [1,2] Инфекционный мононуклеоз вызывается вирусом Эпштейн-Барра (ВЭБ), относящийся в семейству Herpesviridae, подсемейству гамма-герпесвирусов IV типа и являющийся представителем онкогенных ДНК-содержащих вирусов. ВЭБ вызывает трансформацию и неконтролируемую пролиферацию инфицированных В-лимфоцитов за счет нарушения их апоптоза [2,3]. Из-за угнетения Т-клеточного звена иммунитета развивается пожизненная персистенция вируса в организме человека, способствующая развитию аутоиммунных реакций, злокачественных опухолей лимфоидных органов, индукции вторичного иммунодефицитного состояний [4].

В последнее время отмечается подъем заболеваемости инфекционным мононуклеозом среди детей как раннего, так и старшего возраста, так по данным Республиканской клинической инфекционной больницы г. Бишкек с 2011 года по 2018 частота заболеваемости инфекционного мононуклеоза у детей г. увеличилась в 4 раза [5,6].

Клиническая картина инфекционного мононуклеоза зачастую маскируется под вид других инфекционных заболеваний и, соответственно диагностируется поздно. Болезнь протекает в тяжелой форме с развитием осложнений и рецидивирующим течением в 15,0-25,0% случаев [1,4].

Цель исследования: Представить клинико-эпидемиологические особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2017 по 2018 годы с диагнозом инфекционный мононуклеоз. При диагностике инфекционного мононуклеоза обращали внимание на эпиде-

миологические данные и характерные клинические проявления инфекции. Использовали общеклинические методы исследования, данные общего анализа крови, где выявляли наличие атипичных мононуклеаров, а также метод иммуноферментного анализа (ИФА). Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом была представлена следующим образом: дети от 1 года до 3 лет (3,1%); от 3 до 7 лет (53,8%) и дети старше 7 лет (43,1%) (рис. 2). Это свидетельствует, о том, что наиболее часто инфекционным мононуклеозом болеют дети дошкольного возраста и младшего школьного возраста.

Среди наблюдаемых детей, больных инфекционным мононуклеозом мальчики составили 63,8%, девочки – 36,2%. Большинство пациентов (79,3%) были городскими жителями, 30,7% составили жители сельской местности, преобладали организованные дети (63,8%).

Дети с инфекционным мононуклеозом наблюдались в РКИБ преимущественно в зимне-весеннее время года. Контакт с больными инфекционным мононуклеозом по данным эпидемиологического анамнеза был выявлен лишь у одного ребенка. Родители у большинства больных инфекционным мононуклеозом детей заболевание связывали с переохлаждением.

Больные инфекционным мононуклеозом дети поступили в поздние сроки на 6,0±2,0 день болезни из-за несвоевременной диагностики и недооценки тяжести их состояния на догоспитальном уровне. Без направления врачей в инфекционный стационар поступили 33 (56,9%) больных из-за длительной лихорадки и наличия гнойной ангины. По направлению центра семейной медицины поступили 25 (43,1%) детей, из них 18 (72,0%) были направлены с диагнозом ангина и лишь 3 (5,2%) с диагнозом инфекционным мононуклеозом. Это свидетельствует о необходимости ранней дифференциальной диагностики инфекционного мононуклеоза с другими инфекционными заболеваниями врачами центров семейной медицины.

В приемном отделении РКИБ был выставлен диагноз инфекционного мононуклеоза 41 (71,0%) больных и 17 (27,6%) детям – синдром гнойной

ангины. До поступления в стационар 46,6% больных получили антибактериальную терапию следующими препаратами: пенициллинового ряда 24,1% больных, цефалоспорины - 12,1%, макролиды - 8,6% и аминогликозиды - 1,7%.

Инфекционный мононуклеозом диагностировался по наличию основного симптомокомплекса: лихорадка до 38,5-40,0С регистрировалась у всех детей в течение 9 ± 3 дней; увеличение регионарных лимфатических узлов, преимущественно шейных групп было выявлено у 54 (93,1%), затрудненное носовое дыхание и синдром ангины выявлены у абсолютного большинства больных (97,0%), при этом гнойные налеты на миндалинах выявлены у 54 (93,1%) больных. Характерный для этого заболевания симптом, как храпящее дыхание во сне определялся у 47(81%) детей, заложенность носа – у 47(81,0%); увеличение печени – в 51 (78,5%), увеличение селезенки – в 36 (55,4%).

Заболевание протекало в тяжелой форме у 46,6% больных инфекционным мононуклеозом детей и среднетяжелой форме у 53,4%. Следует отметить, что двое детей с тяжелой формой инфекционного мононуклеоза дополнительно обследованы на наличие заболевания крови.

Сопутствующие заболевания были диагностированы у 7 (12,0%) больных и были представлены герпетическим поражением кожи и слизистых, что свидетельствует о течении микст инфекции, которая протекает в ассоциации с вирусом Эпштейна Барра (ВЭБ).

Анализ лабораторных данных показал, что в периферическом анализе крови у 51(89,2%) детей были выявлены атипичные мононуклеары до10:100. Лейкоцитоз 10 -15х10⁹ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево наблюдался в 70,7% случаев, что свидетельствовало о течении синдрома гнойной ангины, характерного для этой инфекции.

Имуноферментный анализ (ИФА) был проведен лишь 4 детям с инфекционным мононуклеозом и определено наличие IgM к ВЭБ, что диктует о необходимости внедрения и более широкого использования современных методов диагностики (ИФА, ПЦР) инфекционного мононуклеоза.

Все дети с инфекционным мононуклеозом получили антибактериальную терапию: цефалоспорины (60,3%), препаратами пенициллинового ряда (36,2%) в течение 5-7 дней. Детям с тяжелой формой болезни назначали

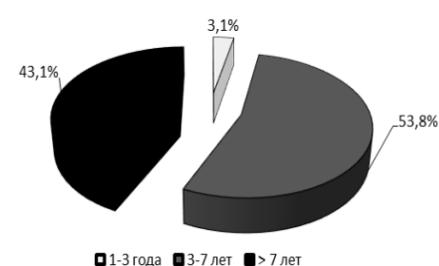


Рис.2. Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом

гормональную терапию в течение 1-3х дней.

Длительность пребывания в стационаре больных с инфекционным мононуклеозом составила 7±2,3 койко-дня.

Выводы:

1. Возрастную структуру больных инфекционным мононуклеозом составляют преимущественно дети от 3 до 7 лет (53,8%) и дети старше 7 лет (43,1%)
2. Больные инфекционным мононуклеозом дети поступают в поздние сроки (на 6,0±2,0 день болезни) из-за трудности дифференциальной диагностики на догоспитальном уровне, что требует о необходимости алгоритма диагностики и ведения больных инфекционным мононуклеозом.
3. Заболевание протекает у 46,6% больных детей в тяжелой форме. Наличие сопутствующих герпетических инфекций у детей с инфекционным мононуклеозом свидетельствует о течении микст инфекции, которая протекает в ассоциации с ВЭБ.
4. Частота инфекционного мононуклеоза у детей дошкольного возраста диктует о необходимости внедрения современных методов диагностики инфекционного мононуклеоза.

Литература

1. Хмилевская С. А., Зайцева И. А., Михайлова Е. В. Эпштейн — Барр вирусная инфекция у детей: Особенности цитоклинового ответа и иммунопатологические реакции // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5. № 2. С. 222–226.
2. Инфекционные болезни у детей / под ред. В. Н. Тимченко. 2-е изд. СПб.: СпецЛит, 2006
3. Харламова Ф. С. и др. //Вирусы семейства герпеса и иммунитет. // Детские инфекции. - 2006. — №3. — С. 3-10.
4. Адеишвили П.С., Шамшева О.В., Гусева Н.А. Современные представления о поражении ротоглотки при инфекционном мононуклеозе // Детские инфекции, 2012. - №3. - С.3.
5. Шайымбетов А.Т., Мамбетова М.К., Кадырова Р.М. // Течение инфекционного мононуклеоза у детей // Вестник КГМА. – 2012. - №1. – С.80.
6. Шайымбетов А.Т., Четова С.В., Кадырова Р.М. // Сравнительный анализ особенностей течения инфекционного мононуклеоза и ангины у детей // Вестник КГМА. – 2012. - №1. – С.80.

АМОКЛАВИН-АМТ

Амоксициллин 875мг+клавулановая кислота 125мг

АМОКЛАВИН-АМТ

Состав

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

Фармакологические свойства

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

Показания

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

Противопоказания

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

Беременность и лактация

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

Лактация

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

Дозировка и способ применения:

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

Лекарственное взаимодействие и другие виды взаимодействия

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

Аллопуринол

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

Пероральные контрацептивы

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

Пероральные антикоагулянты

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

Метотрекат

Пенициллины могут снизить экскрецию метотреката, вызывая потенциальное повышение токсичности.

Микофенолата мофетил

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

Побочные эффекты

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

Производитель: ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция

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

Двойная сила против инфекций!

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



KG.1.3.103.05547-2018

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.



DEVA HOLDING

10 таблеток



ЦЕФАКС

Цефуроксим

125мг/5мл
250мг/5мл

Состав: Каждые 5 мл суспензии содержат:

Активное вещество: цефуроксим аксетил эквивалентно 125 мг; 250 мг цефуроксима.

Вспомогательные вещества: сахароза, поливинилпирролидон К-17, клубничный ароматизатор, ацесульфам калия, аспартам, очищенная вода.

Фармакологические свойства. Механизм действия

Цефуроксим аксетил является пероральным пролекарством цефуроксима, который является бактерицидным антибиотиком. Цефуроксим проявляет большую устойчивость против бактериальных бета-лактамаз и, следовательно, он эффективен против большинства ампициллин или амоксициллин-резистентных штаммов. Цефуроксим оказывает бактерицидное действие за счет ингибирования бактериального синтеза клеточной стенки путем связывания с эфирными белками-мишенями.

Показания к применению. Инфекции верхних дыхательных путей (отит среднего уха, синусит, тонзиллит, фарингит). Инфекции нижних дыхательных путей (острый бронхит, острые приступы хронического бронхита и пневмония). Инфекции мочеполовой системы (пиелонефрит, цистит и уретрит). Инфекции кожи и мягких тканей (фурункулез, пиодермия, импетиго).

Способ применения и дозы:

Возраст	Приблизительный вес (кг)	10 мг/кг дозировка для большинства инфекций			15 мг/кг дозировка для среднего отита и более серьезных инфекций		
		Доза (мг) два раза в день	Мерная ложка (125 мг/5мл)	Мерная ложка (250 мг/5мл)	Доза (мг) два раза в день	Мерная ложка (125 мг/5мл)	Мерная ложка (250 мг/5мл)
3 месяца-6 месяцев	4 - 6	40 - 60	1/2		60-90	1/2	
6 месяцев-2 года	6 - 12	60 - 120	1/2-1		90-180		1/2
2 года-12 лет	12 >20	125	1	1/2	180-250	1 1/2 - 2	1/2-1

Цефакс принимают перорально. Для оптимальной абсорбции цефуроксим аксетил следует принимать с пищей.

Разведенную суспензию можно добавить в напитки, такие как фруктовый сок, молоко. Обычная продолжительность лечения составляет 7 дней (варьируется от 5 до 10 дней).

Побочные эффекты

Наиболее распространенными побочными эффектами являются избыточный рост кандиды, эозинофилия, головная боль, головокружение, желудочно-кишечные расстройства и преходящая повышение активности печеночных ферментов.



KG.1.3.290.04659-2017

Категории частоты характерных побочных реакций ниже представляют собой оценки, как и для большинства реакций, соответствующих данных (например, полученных из placebo-контролируемых исследований) для расчета частоты, которые не были доступны. Кроме того, частота побочных реакций, связанных с Цефаксом, может варьироваться в зависимости от показаний.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к цефуроксиму или вспомогательным веществам препарата; к цефалоспориновым антибиотикам; наличие в анамнезе тяжелой реакции гиперчувствительности (например, анафилактической реакции) к любому другому типу бета-лактамов антибактериальных средств (например, к пенициллинам, монобактамам или карбапенемам); Детский возраст до 3 месяцев; фенилкетонурия. С осторожностью: первый триместр беременности.

Взаимодействие с другими препаратами или другие формы взаимодействия

Препараты, понижающие кислотность желудочного сока, могут вызывать снижение доступности суспензии Цефакс.
Цефакс может влиять на микрофлору кишечника, что приводит к сниженной реабсорбции эстрогенов и к снижению эффективности комбинированных оральных контрацептивов. Одновременный прием с «петлевыми» диуретиками замедляет канальцевую секрецию, снижает почечный клиренс, повышает концентрацию в плазме и увеличивает период полувыведения цефуроксима. Одновременное введение цефуроксима и пробенецида приводит к увеличению на 50 % площади цефуроксима под фармакокинетической кривой. При одновременном приеме с аминоклизидами и диуретиками повышается риск нефротоксических эффектов. У пациентов, получающих цефуроксима аксетил, проба с железосинеродистым калием может давать ложноположительный результат. Таким пациентам для определения глюкозы в крови рекомендуется применять методы с использованием глюкозооксидазы или гексокиназы. Цефуроксим не влияет на результаты определения уровня креатинина щелочно- пикратным методом.

Особые указания и меры предосторожности

Препарат Цефакс назначают с особой осторожностью пациентам, в анамнезе которых имеются сведения об аллергических реакциях на пенициллины или другие бета-лактамы антибиотиков. Пациентам с сахарным диабетом следует учитывать наличие сахарозы в составе суспензии. При назначении препарата Цефакс пациентам с фенилкетонурией следует учитывать наличие аспартама в составе препарата, который может быть источником фенилаланина. Приготовленную суспензию хранить в течение 10 дней при температуре от 2 ° до 8 °С. Не забывайте встряхивать флакон перед каждым использованием.

Беременность и лактация

Тератогенного и эмбриотоксического действия не наблюдается, препарат должен применяться с осторожностью в ранние месяцы беременности. Применение возможно в случаях, когда предполагаемая польза от терапии для матери превышает потенциальный риск для плода. Цефуроксим проникает в грудное молоко, поэтому в период лечения препаратом следует прекратить грудное вскармливание.

Условия отпуска из аптек.

По рецепту

Форма выпуска:

Стеклянная бутылка, содержащая сухие гранулы, для приготовления 50 мл (125мг/5мл) или 100 мл (250мг/5мл) суспензии с плотной крышкой.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. Информация для специалистов.

Производитель: Дэва Холдинг А.Ш., Турция



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



Цефалоспорин II поколения

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Острый пиелонефрит

Клинический протокол для первичного и вторичного уровня здравоохранения



Шифр по МКБ-10

N10-Острый тубулоинтерстициальный нефрит

Определение

Пиелонефрит - неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек, с последующим вовлечением в процесс клубочков и сосудов почек.

Этиология^{1,2,3}:

- Неосложненный пиелонефрит
- *Escherichia coli* (75 - 95%)
- *Staphylococcus saprophyticus* (5-10%)
- Другие *Enterobacteriaceae* (кроме *E. coli*)

- *Proteus mirabilis*
- *Klebsiella pneumoniae*

- Осложненный пиелонефрит
- Все вышеперечисленные
- *P. aeruginosa* (синегнойные палочки)
- *Serratia spp.* and *Providencia spp.*
- Стафилококки
- Грибки

Классификация

- Острый неосложненный пиелонефрит
- причина только типичная инфекция без первичной патологии.
- Острый пиелонефрит считается осложненным при наличии любого из следующих критериев^{2,3}:
- Урологические риски
 - Обструкции МПС (МКБ, стриктуры)
 - Аномалии развития МПС
 - Наличие постоянного катетера или стента
 - Пузырно-мочеточниковый рефлюкс или другие функциональные нарушения МПС
 - В анамнезе операции на МПС
 - Объем остаточной мочи > 100 мл
 - Химические или лучевые поражения уроэпителия
- Симптомы в течение 7 дней или более до обращения за медицинской помощью
- Внутрибольничная инфекция или уропатоген имеет широкую устойчивость к antimicrobным препаратам
- В анамнезе в течение года эпизод острого пиелонефрита
- ИМВП в детстве
- Сопутствующее заболевание (почечная недостаточность, сахарный диабет или

любой вид иммунодепрессии)

- Беременность
- Мужской пол
- Хронический пиелонефрит
- длительный инфекционно-воспалительный процесс в стенках лоханки, чашек, в строме и паренхиме почки (см. клинический протокол по хроническому пиелонефриту)

Факторы риска ИМВП

- Цистит
- Аномалии развития МПС (пузырно-мочеточниковый рефлюкс и др.)
- Обструктивные уропатии (аномалии развития МПС, мочекаменная болезнь, аденома простаты, стриктуры уретры, опухоли мочевых путей)
- Беременность
- Бессимптомная бактериурия при беременности
- Инструментальные вмешательства МПС

Клинические проявления и симптомы острого пиелонефрита:

- лихорадка* (температура >38°C)
- симптомы интоксикации - слабость, тошнота, рвота
- боль в области пояснично-реберного угла*
- болезненность в области пояснично-реберного угла (симптом поколачивания)
- симптомы цистита (могут не быть)
- лейкоцитурия* (пиурия) — более 10 лейкоцитов/в п.з., возможно микро- и макрогематурия, умеренная протеинурия в общем анализе мочи.
- при остром осложненном пиелонефрите возможны признаки сепсиса, шока, острой почечной недостаточности.

*критерии, обязательные для постановки диагноза³

Диагностика

(см. Приложение № 1):

- общий анализ мочи с определением количества лейкоцитов, эритроцитов является обязательным^{1,3}
- по возможности окраска мочи по Граму для того, чтобы более точно эмпирически выбрать антибиотик²
- по возможности метод посева культуры с определением чувствительности к антибиотикам^{1,3,4}:
 ≥ 104 уропатогенов/мл в средней порции мочи у женщин или 103 уропа-

тогенов/мл в средней порции мочи у мужчин считается значимым, если 80% всех колоний состоят из одного уропатогена.

- рутинное ультразвуковое исследование не рекомендуется для женщин с диагнозом неосложненный пиелонефрит.^{5,6,7}
- для исключения камней, абсцесса почки или паранефрального пространства следует провести дополнительное исследование (УЗИ, КТ или экскреторная урография) при наличии любого из следующих показаний (КТ является исследованием выбора при его доступности)^{1,2}
- осложненный пиелонефрит
- симптомы МКБ
- тяжелое состояние
- сохранение симптомов >72 часов от начала терапии
- рецидив в течение двух недель

Лечение (см. Приложение № 1)

- Неосложненный пиелонефрит
- Большинство случаев острого неосложненного пиелонефрита можно лечить амбулаторно^{1,8}.
- Фторхинолоны:
 - ципрофлоксацин 1/4/8 по 500 мг перорально два раза в день в течение 7 дней ИЛИ
 - офлоксацин по 200 мг перорально два раза в день в течение 7 дней
- Альтернативное лечение:
 - левофлоксацин 500 мг 1 раз в день в течение 7 дней ИЛИ
 - левофлоксацин 750 мг перорально 1 раз в день в течение 5 дней;
 - цефподоксима проксетил 200 мг 2 раза в день 7-10 дней ИЛИ
 - амоксициллин /клавулонат 500/125 мг 3 раза в день в течение 14 дней⁸;
 - триметоприм-сульфаметоксазол 160/800 мг каждые 12 часов в течение 14 дней при подтверждении чувствительности к нему.⁴

Если пациент не может принимать антибиотики внутрь по какой-либо причине (рвота, тошнота), можно ввести первую дозу одного из следующих антибиотиков в/в или в/м и затем продолжать лечение пероральным антибиотиком:⁴

- цефтриаксон 1 г
- гентамицин 5 мг/кг

При необходимости госпитализировать больного рекомендуется парентеральное введение одного из следующих препаратов³:

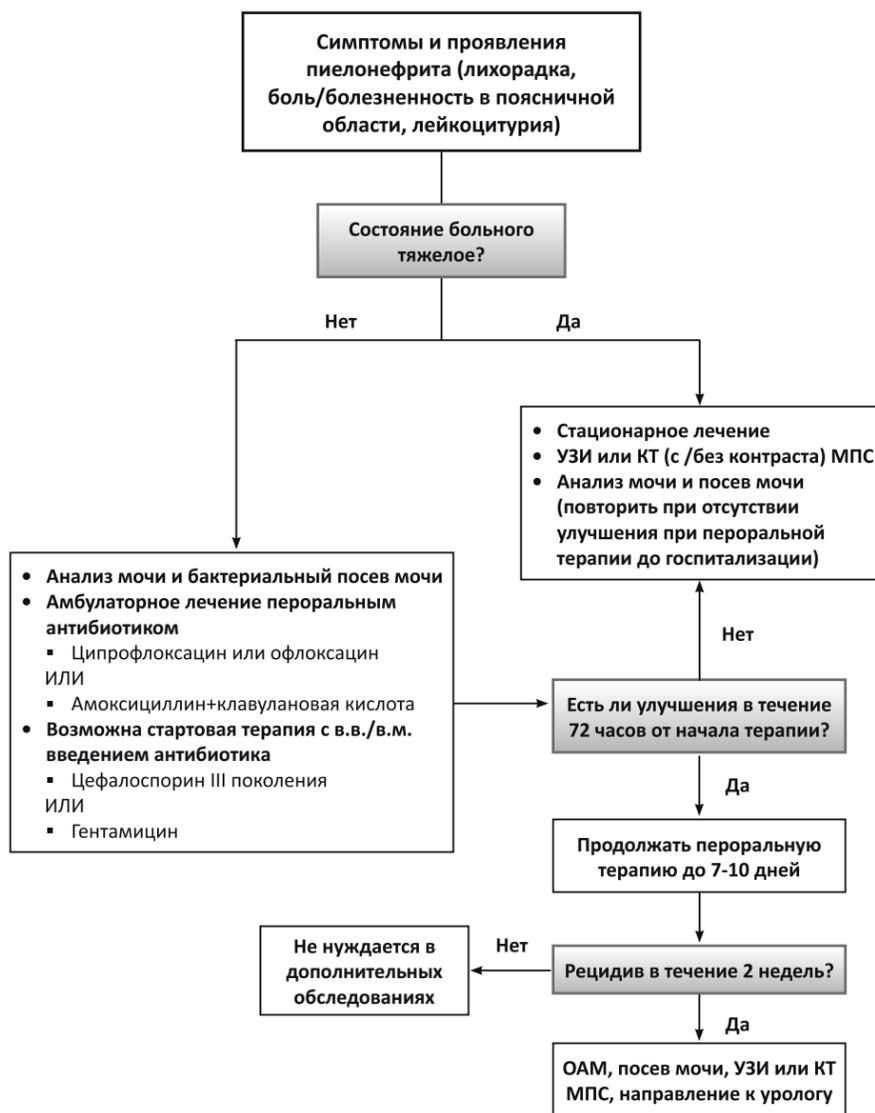
- ципрофлоксацин 400 мг в/в каждые 12 часов
- левофлоксацин 250-500 мг в/в каждые 24 часа
- цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м каждые 24 часа
- цефотаксим 2 г в/в или в/м каждые 8 часов
- ампициллин-сульбактам 1.5 г в/в каждые 6-8 часов
- гентамицин 5 мг/кг в/в или в/м каждые 24 часа
- Осложненный пиелонефрит требует госпитализации. При нетяжелом течении без обструкции антибиотиками выбором являются те же препараты, что и при неосложненном пиелонефрите. Антибиотик назначается сразу и выбирается эмпирически с учетом недавно назначенных курсов антибиотика. При отсутствии ожидаемого улучшения клинического состояния пациента в течение 2-3 дней антибиотикотерапия корректируется на основе результатов посева мочи с определением чувствительности к антибиотикам. При тяжелом состоянии или при отсутствии эффективности при лечении препаратами выбора, рекомендуется один из следующих антибиотиков²:
- Ампициллин-сульбактам 1.5 г каждые 6 часов
- Пиперациллин/тазобактам 3.375 г каждые 6-8 часов
- Имипенем/циластатин 500 мг каждые 6 часов

Длительность курса приема антибиотика составляет от 7 до 14 дней, это зависит от клинического эффекта лечения. Наличие анатомической аномалии, обструкции или нарушения функции почек может потребовать более длительного курса терапии.

Кроме назначения антибиотиков, надо обязательно определить основную патологию, связанную с обструкцией:

1. При обструкции МПС (МКБ, стриктуры) - дренирование почек, мочеточника или мочевого пузыря
2. При аномалиях развития МПС -

Приложение № 1: Алгоритм ведения больных с неосложненным острым пиелонефритом



ленным на основании диагностических критериев согласно протоколу.

а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом острый неосложненный пиелонефрит, выставленным на основании минимальных диагностических критериев для этого заболевания.

б. Числитель: Из знаменателя, количество проверенных карт пациентов, в которых отмечено наличие всех нижеперечисленных симптомов и признаков:

- i. Высокая температура (>38°C),
- ii. Боль или болезненность в боку (не в области поясницы),
- iii. Пиурия при микроскопии мочи (>10 лейкоцитов/в поле зрения под большим увеличением).

с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз острый неосложненный пиелонефрит за период проведения аудита.

д. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.

е. Метод: аудит карт.

ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

2. % пациентов с острым неосложненным пиелонефритом, которым были проведены необходимые диагностические исследования

а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом острый неосложненный пиелонефрит, в которых есть запись результатов соответствующих диагностических исследований.

б. Числитель: Из знаменателя, количество проверенных карт пациентов, в которых отмечены результаты всех нижеперечисленных исследований:

- i. ОАМ,
 - ii. Посев мочи,
- с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз острый неосложненный пиелонефрит за период проведения аудита.

д. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.

е. Метод: аудит карт.

ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

3. % пациентов с острым неосложненным пиелонефритом, получивших антибактериальную терапию антибиотиками первой линии, в соответствии с клиническим протоколом.

а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом острый неосложненный пиелонефрит, которым была назначена антибактериальная терапия антибиотиками первой линии.

б. Числитель: Из знаменателя, количество карт пациентов, которым, в соответствии с клиническим протоколом было назначено лечение антибиотиками первой линии:

i. Амбулаторно: перорально ципрофлоксацин или офлоксацин (с или без начального в/м или в/в введения одной дозы цефтриаксона или гентамицина);

ii. Стационарно: внутривенно ципрофлоксацин, левофлоксацин, цефтриаксон, цефотаксим, ампициллин-сульбактам, гентамицин.

с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз острый неосложненный пиелонефрит за период проведения аудита.

д. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.

е. Метод: аудит карт.

ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально или каждые 6 месяцев, в зависимости от частоты выставления этого диагноза.

4. % пациентов с острым пиелонефритом, которым назначались лекарственная терапия или вмешательства с неподтвержденной доказательством эффективностью (цель = 0%)

а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом острый пиелонефрит, в которых имеется запись о назначении одного или более препаратов или средств с неподтвержденной доказательством эффективностью.

б. Числитель: Из знаменателя, количество пациентов, которым был назначен один более из нижеперечисленных препаратов или средств с неподтвержденной доказательством эффективностью: дротаверин (Но-шпа), платифилин, Спазмалгон, витамины (любого типа, в т.ч. глюкоза+вит. С), Димедрол (в т.ч. «литическая смесь»), Цистон, Канефрон, мочегонные препараты любого типа, почечный чай, Ацесоль.

с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз острый неосложненный пиелонефрит за период проведения аудита.

д. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.

е. Метод: аудит карт.

ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

Используемая литература:

- 1 Hooton TM and Gupta K. Acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women. UpToDate. Topic 8063, version 20.0, Last updated Feb 07, 2014.
- 2 Hooton TM. Acute complicated cystitis and pyelonephritis. UpToDate, Topic 16109, version 20.0, Last updated May 30, 2014.
- 3 Grabe M, TE Bjerklund-Johansen, H Botto, M Cek et al. Guidelines on Urological infections. European Association of Urology, 2013
- 4 Gupta K, TM Hooton, KG Naber, et al. International Clinical Practice Guidelines: Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: a 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clinical Infectious Diseases. 2011; 52(5):e103-e120
- 5 American College of Radiology. Appropriateness Criteria. Acute pyelonephritis. http://www.acr.org/secondary-mainmenu/categories/quality_safety/app_criteria/pdf/expertpanelonurologicimaging/acutepyelonephritisdoc3.aspx. Accessed December 17, 2010.
- 6 Tanagho E. Radiography of urological infections. In: Tanagho EA, McAninch JW, eds. Smith's General Urology. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.
- 7 van Nieuwkoop C, Hoppe BP, Bonten TN, et al. Predicting the need for radiologic imaging in adults with febrile urinary tract infection. Clin Infect Dis. 2010;51(11):1266-1272.
- 8 Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. (Sign publication no. 88. [July 2012]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

дренирование или проведение реконструктивных операций МПС

3. Наличие постоянного катетера или стента-замена катетера или стента и надлежащий уход за катетером или стентом

4. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс или другие функциональные нарушения МПС-дренирование или реконструктивные операции

5. В анамнезе операции на МПС - дренирование или реконструктивные операции МПС

6. Сопутствующее заболевание (почечная недостаточность, сахарный диабет или любой вид иммунодепрессии) - лечение и наблюдение у специалистов. При почечной недостаточности, необходимо корректировать дозу и кратность антибиотика с учетом уровня сывороточного креатинина и скорости клубочковой фильтрации.

7. Беременность - см. клинический протокол «Острый пиелонефрит при беременности»

8. Мужской пол - при нарушении оттока мочи показано дренирование МПС

Показания для госпитализации^{1,2,8}

- Осложненный пиелонефрит, в том числе случаи обструкции МВП при отсутствии возможности временного дренирования
- Тяжелое состояние, в том числе постоянная рвота (невозможно принимать антибиотики внутрь)
- Признаки сепсиса
- Отсутствие улучшения или ухудшение состояния в течение 72 часов от начала терапии в амбулаторных условиях

При решении госпитализировать больного рекомендуется собрать мочу

(на посев) и лишь затем давать первую дозу антибиотика.

Наблюдение пациентов с инфекцией мочевыводящих путей

- Для рутинного наблюдения после инфекций мочевых путей и пиелонефрита у женщин достаточно провести общий анализ мочи.
- Пациентам с осложненной ИМВП или рецидивом в течение 2 недель рекомендуется провести повторный посев бактериологической культуры с определением чувствительности к антибиотикам и оценкой проходимости мочевых путей (УЗИ или КТ с/без контраста).

Предложенные к внедрению индикаторы (см. Приложение № 2)

1. % пациентов с диагнозом острый неосложненный пиелонефрит, выставленным на основании диагностических критериев согласно протоколу
2. % пациентов с острым неосложненным пиелонефритом, которым были проведены необходимые диагностические исследования согласно протоколу
3. % пациентов с острым неосложненным пиелонефритом, получивших антибактериальную терапию антибиотиками первой линии согласно протоколу
4. % пациентов с острым пиелонефритом, которым назначались медикаментозная терапия или вмешательства с неподтвержденной доказательством эффективностью (цель = 0%)

Приложение № 2

Предложенные к внедрению индикаторы

1. % пациентов с диагнозом острый неосложненный пиелонефрит, выстав-

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

WALMARK®

МУЛЬТИВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ



Spektrum® Energy (Спектрум Энергия)

Мультивитамины и минералы с витамином B6 для увеличения энергии

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

Действие препарата:

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

В одной таблетке содержится:

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



СРП № KZ.16.01.78.003.E.001686.08.14

Пищевая добавка

Spektrum® Imunaktiv® (Спектрум Имунактив)

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

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

Действие препарата:

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

В одной таблетке содержится:

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



СРП № KZ.16.01.79.003.E.003001.12.14

Пищевая добавка

WALMARK® Произведено в Чехии
www.walmark.eu



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

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®!

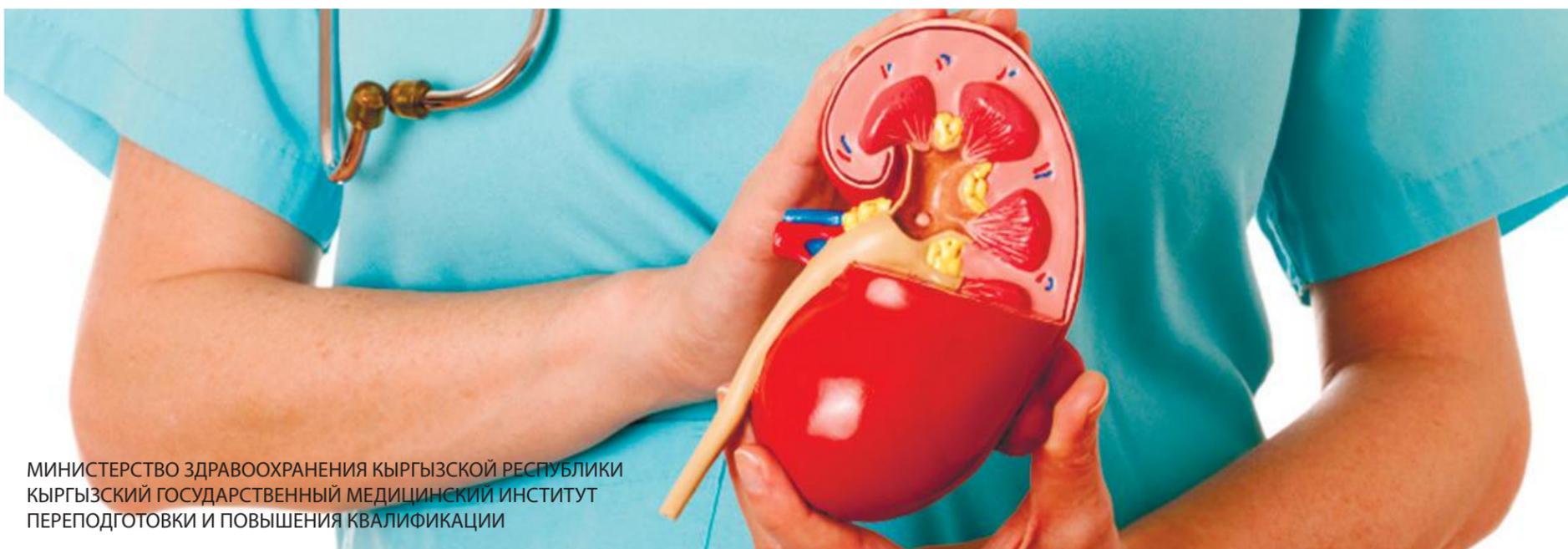
ул. Ахунбаева, 131
Тел.: 54-54-13
Джал-29 ул. Тыналиева, 3/3
Тел.: 88-00-35

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



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Хронический пиелонефрит

Клинический протокол для первичного и вторичного уровня

Шифр МКБ-10

11.0 Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом
11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит

11.9 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный

Определение и эпидемиология

Понимание хронического пиелонефрита (ХП) на бывшем постсоветском пространстве, значительно отличается от понимания этого термина в других странах. В большинстве случаев ХП в Кыргызстане выставляется на основе данных ультразвукового исследования, даже при отсутствии значительных изменений микроскопического исследования мочи и без нарушения функции почек, что приводит к гипердиагностике и чрезмерному лишнему назначению антибиотиков и других лекарственных средств.

В Российской Федерации (РФ) определение хронического пиелонефрита также отличается от определения этого заболевания в других странах вне СНГ.

• Определение в РФ:

- «длительный инфекционно-воспалительный процесс в стенках лоханки, чашек, в строме и паренхиме почки. ХП может быть исходом острого пиелонефрита, но чаще сразу возникает как относительно спокойно текущий процесс. Хронический пиелонефрит считают вторым по частоте заболеванием человека (после инфекций дыхательных путей). По данным аутопсий его находят в среднем у каждого десятого умершего»¹.

• Определение в других странах вне СНГ:

- Великобритания - заболевание, при котором характерно сморщивание почек с сопутствующими хроническими или повторяющимися инфекциями. Частота распространения среди взрослого населения составляет 4:100000 чел.⁴

- Европейская ассоциация урологов - в «Руководстве по урологическим инфекциям» 2013 года не дано четкого определения хроническому пиелонефриту, это состояние описано только в контексте об-струкции, рефлюкс-нефропатии и больших камней.⁵

- США - хронический пиелонефрит является редко встречающейся пато-

логией, вызывающей хроническое тубулоинтерстициальное поражение почек вследствие рецидивирующей инфекции, например, инфекции в сочетании с хронической обструкцией при мочекаменной болезни (возможно, вызывающей развитие ксантогранулематозного пиелонефрита) или при пузырно-мочеточниковом рефлюксе. У таких пациентов симптоматика может быть скрытой в течение недель или даже месяцев.²

- США - встречается почти исключительно у пациентов со значительными анатомическими аномалиями, наиболее часто - у маленьких детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.³

Важно отметить, что устойчивые или повторяющиеся инфекции и рубцевание паренхимы почек являются основными характеристиками, включенными во все определения хронического пиелонефрита. Наличие расширения чашечно-лоханочной системы и неспецифических изменений паренхимы («истончение», «уплотнение»), обычно описываемых на УЗИ, не являются достаточными признаками для постановки диагноза.

Степень распространения хронического пиелонефрита среди населения зависит от того, как определяется и диагностируется заболевание. С учетом более строгих диагностических критериев, используемых в большинстве стран за пределами СНГ, это заболевание является редким, чаще всего сопровождается серьезным пузырно-мочеточниковым рефлюксом с раннего детства или значительной хронической обструктивной нефропатией.

Микробиология

При хроническом пиелонефрите выявляются патогенные микроорганизмы, сходные с теми, которые определяются при остром осложненном или остром неосложненном пиелонефрите, в зависимости от основной причины устойчивой или повторяющейся инфекции: кишечные палочки, другие энтеробактерии (*Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*) и *Staphylococcus saprophyticus*. Микобактерии туберкулеза также могут являться причиной ХП.

Классификация

Хронический пиелонефрит следует классифицировать в соответствии с основной патологией:

1. Хронический пиелонефрит пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).
2. Хроническая обструктивная нефропатия.
3. Камни в почках (хронический калькулезный пиелонефрит).

Факторы риска

- Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. ПМР обычно начинается в младенчестве, но может быть не диагностирован до начала или даже до позднего детства. Как правило, только тяжелая форма ПМР приводит к хроническому пиелонефриту с рубцеванием почек (см. клиническое руководство "Инфекции мочевой системы у детей").
- Хроническая обструктивная нефропатия с сопутствующими стриктурами, анатомическими аномалиями, сдавлением мочеточника снаружи или вследствие хирургических осложнений.
- Камни в почках (обычно крупные, инфицированные струвит-магниевые камни). Струвиты - трипельфосфаты (магний, аммоний, фосфат).

Как указано в руководстве по инфекциям мочевыводящих путей 2013 г. Европейского общества урологов, развитие сморщивания и рубцевания почечной ткани при отсутствии пузырно-мочеточникового рефлюкса, обструкции, или конкрементов является спорным.⁵

Клинические проявления и симптомы хронического пиелонефрита

Клиническая картина ХП индивидуальна у каждого пациента, в зависимости от основной причины хронической или повторяющейся инфекции и/или воспаления. Острые обострения ХП протекают как острый пиелонефрит (см. клинический протокол "Острый пиелонефрит"): острая интоксикация с повышением температуры, болью сверху/сбоку поясничной области и пиурией. У детей, которые в силу возраста не могут описать словами боль, может отмечаться лишь лихорадка, таким образом, необходима высокая степень осторожности для того, чтобы не пропустить диагноз (анализ мочи определит пиурию

и посев бактериальной культуры выявит значительный рост одного уропатогена).

Жалобы на боли в поясничной области автоматически не должны быть отнесены к хроническому пиелонефриту на основе заключений предыдущего или текущего ультразвукового исследования, без лабораторного подтверждения повторяющейся или сохраняющейся инфекции и определения значительных изменений в почечной паренхиме (см. ниже). Большинство пациентов, жалующихся на хроническую или периодическую "боль в почках", на самом деле страдают от болевого синдрома костно-мышечного происхождения, а не от ХП.

Диагностика

Для постановки диагноза хронического пиелонефрита требуются два критерия: наличие признаков структурных повреждений одной почки (смотрите ниже, в "ультразвуковом исследовании») и признаки стойкой инфекции или повторяющейся инфекции, обусловленной обычно одним уропатогеном.

- Лабораторные обследования:
 - общий анализ мочи с определением количества лейкоцитов, эритроцитов. Более 10 лейкоцитов/в п.з считается пиурией.

- бак. посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам является обязательным, так как структурные изменения почек (н.п., рубцы паренхимы) могли образоваться вследствие ранее существовавшего рефлюкса, которого на данный момент уже нет.

- При обострении > 104 уропатогенов/мл в средней порции мочи у женщин или 103 уропатогенов/мл в средней порции мочи у мужчин, если 80% всех колоний из-за одного уропатогена.

• Между приступами острой инфекции, > 105 колоний одного уропатогена/мл в средней порции мочи у женщин или >103 у мужчин.

- креатинин крови
- при ХП неясного генеза, посев утренней порции мочи на М. туберкулез; при доступности, обследование утренней порции мочи тестом Хpert МТВ/RIF

- Ультразвуковое исследование:

→ (Продолжение на стр. 19)

- асимметрия размеров почек, уменьшение в размерах поражённой почки и рубцы в паренхиме поражённой почки (если нет рубцов в кортикальном слое поражённой почки, диагноз ХП не выставляется), и

- расширение и деформация чашечно-лоханочной системы
- при обструкции мочевых путей — гидронефроз и определение основной патологии
- при нефролитиазе — конкременты

• Обзорная и экскреторная урограмма при необходимости

- КТ при необходимости
- У детей необходимо исключить пузырно-мочеточниковый рефлюкс при отсутствии доказательств другой патологии, объясняющей развитие ХП, с помощью цистоуретрограммы, проведенной во время мочеиспускания.

Лечение

Антибиотики показаны только взрослым пациентам при наличии симптоматики острой инфекции МВП (цистит, острый пиелонефрит).⁶ Нет доказательств, что лечение взрослых с бессимптомной бактериурией, даже пациентов группы высокого риска, таких как страдающих диабетом или с камнями в почках, снижает риск почечного рубцевания.⁵ При подтвержденном ХП необходимо лечение основного состояния, которое является причиной ХП, а не ХП в отдельности. Дети с ПМР должны получать лечение в соответствии с рекомендациями клинического протокола "Инфекции мочевой системы у детей".

У пациентов с нормальной функцией почек (нормальный уровень креатинина сыворотки), с признаками структурного повреждения одной или обеих почек, но без подтверждения микробиологическим исследованием наличия стойкой или повторяющейся инфекции в недавнем прошлом следует предположить хронический пиелонефрит в отдаленном анамнезе, но это состояние не требует лечения, поскольку не относится к группе высокого риска для развития почечной недостаточности.^{6,7} Такие пациенты имеют повышенный риск для развития гипертонии и должны периодически проходить скрининг на гипертензию с измерением артериального давления. Хронические или периодические боли в поясничной области без доказательств острой инфекции мочевыводящих путей или мочекаменной болезни лишь изредка имеют почечное происхождение. У пациентов с такими симптомами следует искать причины поясничных болей в мышечно-костной системе, что является гораздо более распространенным, в том числе остеоартрит (остеохондроз) позвоночника, растяжение мышц, дискогенная боль и радикулопатия вследствие раздражения нервного корешка.

Имеющиеся доказательства не поддерживают лечение хронического пиелонефрита любым из следующих лекарственных препаратов или пищевых добавок:

- витамины (любого типа, в т.ч. глюкоза + вит. С),
- троксерутин (Венорутон),
- пентоксифиллин (Трентал),
- дипиридамола (Курантил),
- гепарин,
- левамизол (Декарис),
- фитотерапия (почечный чай и др. фитопрепараты, такие как: березовые почки, кукурузные рыльца, птичий горец, медвежья ушка и др.),
- Цистон,
- Канефрон,

- Ацесоль,
- Тактивин,
- Тималин,
- мочегонные препараты любого типа,
- дротаверин (Но-шпа),
- Спазмалгон,
- Платифилин,
- Димедрол (в т.ч. «литическая смесь»).

Также, имеющиеся доказательства не поддерживают лечение хронического пиелонефрита любым из следующих вмешательств: электрофорез на область почек, тепловые процедуры на область больной почки (диатермия, лечебная грязь и др.), плановое противорецидивное лечение, гимнастика почек.

Направление к специалисту и показания для госпитализации

Пациентов с подтвержденным диагнозом ХП должны наблюдать совместно нефролог и врач ГСВ, особенно, если есть доказательства хронической почечной недостаточности.

У пациентов с хронической почечной патологией эпизоды острого пиелонефрита следует рассматривать как "осложнение" и проводить лечение в стационаре при участии уролога по возможности. Обструкцию мочевыводящих путей, осложненную острой симптоматической инфекцией, следует рассматривать как неотложное состояние с проведением соответствующей процедуры дренирования с целью восстановления проходимости.

Предложенные к внедрению индикаторы

(см. Приложение № 1)

1. % пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит, выставленным на основании соответствующих диагностических критериев согласно протоколу (цель=100%).
2. % пациентов, госпитализированных с диагнозом хронический пиелонефрит, выставленным на фоне одного из типичных первичных состояний: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструкция или мочекаменная болезнь (цель > 90%).
3. % пациентов с хроническим пиелонефритом, которым были проведены необходимые диагностические исследования согласно протоколу.
4. % пациентов с хроническим пиелонефритом, получавших необоснованную антибиотикотерапию (цель = 0%).
5. % пациентов с хроническим пиелонефритом, которым назначалась лекарственная терапия или вмешательства с неподтвержденной доказательств эффективностью (цель = 0%).

Приложение № 1

Предложенные к внедрению индикаторы

1. % пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит, выставленным на основании соответствующих диагностических критериев согласно протоколу (цель=100%).
 - а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит, выставленным на основании минимальных диагностических критериев для этого заболевания.
 - б. Числитель: Из знаменателя, количество проверенных карт пациентов, в которых отмечено наличие всех нижеперечисленных признаков:
 - i. Наличие в результатах двух или более посевов мочи на культуру > 10⁵ колоний одного и того же патогенного микроорганизма;
 - ii. Ультразвуковое исследование выявило аномальное расширение чашечно-лоханочной системы в

сочетании с рубцеванием почечной паренхимы и наличие кораллоподобного конкремента, гидронефроза или пузырно-мочеточникового рефлюкса.

- с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз хронический пиелонефрит за период проведения аудита.
- д. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.
- е. Метод: аудит карт.
- ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

2. % пациентов, госпитализированных с диагнозом хронический пиелонефрит, выставленным на фоне одного из типичных первичных состояний: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструкция, или мочекаменная болезнь (цель > 90%).

- а. Определение: % пациентов, госпитализированных с диагнозом хронический пиелонефрит, выставленным на фоне одного из типичных первичных состояний: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, хроническая обструкция с гидронефрозом или мочекаменная болезнь (со струвит-магниевым камнем или с другим крупным камнем с рецидивирующей инфекцией МВП).
- б. Числитель: Из знаменателя, количество проверенных историй болезни пациентов, болеющих пузырно-мочеточниковым рефлюксом, хронической обструкцией с гидронефрозом или мочекаменной болезнью (со струвит-магниевым камнем или с другим крупным камнем с рецидивирующей инфекцией МВП).

с. Знаменатель: количество проверенных историй болезни госпитализированных пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит за период проведения аудита.

- д. Источник: истории болезни госпитализированных пациентов.
- е. Метод: аудит историй болезни.
- ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

3. % пациентов с хроническим пиелонефритом, которым были проведены необходимые диагностические исследования согласно протоколу.

- а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит, которым были проведены необходимые диагностические исследования согласно протоколу.
- б. Числитель: Из знаменателя, количество проверенных карт пациентов, в которых отмечено наличие всех нижеперечисленных обследований:

и. Не менее двух бактериологических исследований (посев) мочи; при ХП неясного генеза, посев или тест Xpert MTB/RIF утренней порции мочи на М. туберкулеза;

- ii. Креатинин крови;
- iii. УЗИ мочевыводящих путей;
- iv. Обзорная и экскреторная урограмма или компьютерная томография;

у. У детей - цистоуретрограмма, проведенная во время мочеиспускания.

- с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз хронический пиелонефрит за период проведения аудита.
- д. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.
- е. Метод: аудит карт.
- ф. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

4. % пациентов с хроническим пиелонефритом, получавших необоснованную антибиотикотерапию (цель = 0%).

- а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом хронический

пиелонефрит, но без подтверждения текущей активной инфекции, по поводу которой была назначена антибиотикотерапия.

- б. Числитель: из знаменателя, количество проверенных карт пациентов, в которых есть запись о назначении пациенту антибиотикотерапии.
- с. Знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз хронический пиелонефрит.

д. Исключение: пациенты с положительным результатом посева мочи на культуру в данном эпизоде заболевания или отвечающие диагностическим критериям острого пиелонефрита (температура, боль в боку и пиурия).

- е. Источник: амбулаторные карты или госпитальные истории болезни.
- ф. Метод: аудит карт.
- г. Рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

5. % пациентов с хроническим пиелонефритом, которым назначались лекарственная терапия или вмешательства с неподтвержденной доказательств эффективностью (цель = 0%).

- а. Определение: % проверенных карт пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит, в которых имеется запись о назначении препаратов или вмешательств с неподтвержденной доказательств эффективностью.
- б. Числитель: Из знаменателя, количество пациентов, которым был назначен один или более из нижеперечисленных препаратов или вмешательств с неподтвержденной доказательств эффективностью:

и. Препараты: Спазмалгон, Канефрон, Платифилин, Цистон, Ацесоль, витамины (любого типа, в т.ч. глюкоза + вит. С), мочегонные препараты любого типа, дротаверин (Но-шпа), Димедрол (в т.ч. «литическая смесь»), пентоксифиллин (Трентал), дипиридамола (Курантил), троксерутин (Венорутон), гепарин, почечный чай, левамизол (Декарис), Тималин, Тактивин, фитотерапия (почечный чай и др. фитопрепараты, такие как: березовые почки, кукурузные рыльца, птичий горец, медвежья ушка и др., а также разные их комбинации в виде сбора трав или готовых спрессованных таблеток, настоек);

- ii. вмешательства: электрофорез на область почек, тепловые процедуры на область больной почки (диатермия, лечебная грязь и др.), плановое противорецидивное лечение, гимнастика почек.
- с. знаменатель: количество проверенных карт пациентов, которым выставлен диагноз хронический пиелонефрит за время проведения аудита.
- д. источник: амбулаторные карты.
- е. метод: аудит карт.
- ф. рекомендуемая частота проведения аудита: ежеквартально.

используемая литература:

- 1 Клиника уронефрологии Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова <http://www.urolog-site.ru/urolog/hronicheskii-pielonefrit.html>
- 2 Hooton T, S Calderwood, A Bloom. Acute complicated cystitis and pyelonephritis, UpToDate, Sep 25 2013
- 3 Lohr JW. Chronic Pyelonephritis, <http://emedicine.medscape.com/article/245464-o-overview>
- 4 <http://www.patient.co.uk/doctor/pyelonephritistref-10> accessed online, 05.09.2014.
- 5 Grabe M, TE Bjerklund-Johansen, H Botto, M Cek et al. Guidelines on Urological infections. European Association of Urology, 2013
- 6 Arze RS, Ramos JM, et al. Течение хронического пиелонефрита у взрослых. The Quarterly Journal of Medicine, 1982 51 (204)
- 7 Goodship TH, et al. Отдаленные результаты наблюдения взрослых пациентов, обратившихся к нефрологу по поводу хронического пиелонефрита, без нарушения функции почек. QJM, 2000, 93 (12)



Респиро

Сальметерол 25 мкг & Флутиказон 250 мкг
Антиастматическое средство

Контроль над астмой

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

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

Со стороны эндокринной системы: нечасто – катаракта; редко – глаукома; возможные системные эффекты: редко – синдром Кушинга, кушингоидные симптомы, угнетение функции надпочечников, задержка роста у детей и подростков, снижение минеральной плотности костной ткани.

Со стороны обмена веществ и питания: нечасто – гипергликемия; очень редко – гипокалиемию.

Нарушения психики: нечасто – тревожность, нарушения сна; редко – изменения в поведении, в т.ч. гиперактивность и раздражительность (особенно у детей). Со стороны нервной системы: очень часто – головная боль; нечасто – тремор. Со стороны сердца: нечасто – учащенное сердцебиение, тахикардия, фибрилляция предсердий; редко – аритмия. Со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: часто – охриплость голоса; нечасто – раздражение глотки. Со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто – кровоподтеки. Со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: часто – мышечные спазмы, артралгия.

Особые указания. Препарат Респиро не предназначен для облегчения острых симптомов, поскольку в таких случаях следует применять быстро- и короткодействующий ингаляционный бронходилататор (например, сальбутамол). Пациентов нужно проинформировать о том, чтобы они всегда имели под рукой препарат для купирования острых симптомов. Комбинация сальметерола и флутиказона пропionato может использоваться для начальной поддерживающей терапии у пациентов с персистирующей бронхиальной астмой (ежедневное возникновение симптомов или ежедневное использование средств для купирования приступов) при наличии показаний к назначению ГКС и при определении приблизительной их дозировки. Более частое применение бронходилататоров короткого действия для облегчения симптомов свидетельствует об ухудшении контроля заболевания, и в таких ситуациях пациент должен обратиться к врачу. Внезапное и усиливающееся ухудшение контроля бронхиальной астмы представляет потенциальную угрозу жизни, и в таких ситуациях пациент также должен обратиться к врачу. Врач должен рассмотреть возможность назначения более высокой дозы ГКС. Если используемая доза препарата Респиро не обеспечивает адекватный контроль над заболеванием, пациент также должен обратиться к врачу. Пациентам с астмой нельзя резко прекращать лечение препаратом Респиро из-за опасности развития обострения, дозу препарата следует снижать постепенно под контролем врача. У пациентов с ХОБЛ отмена препарата может сопровождаться симптомами декомпенсации и требует наблюдения врача. После начала лечения ингаляционным флутиказона пропionato системные ГКС следует отменять постепенно, и такие пациенты должны иметь при себе специальную карточку пациента, содержащую указание о возможной потребности в дополнительном введении ГКС в стрессовых ситуациях. Как и другие ингаляционные препараты, препарат Респиро может вызывать парадоксальный бронхоспазм, проявляющийся нарастанием одышки непосредственно после применения. В этом случае следует незамедлительно применить короткодействующий ингаляционный бронходилататор, отменить препарат Респиро и начать, при необходимости, альтернативную терапию. Имеются сообщения о побочных явлениях, связанных с фармакологическим действием бета2-антагонистов, таких как тремор, субъективное чувство сердцебиения и головная боль. Однако, данные явления, носят кратковременный характер, и их выраженность уменьшается при регулярной терапии. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами.** Из-за опасности развития бронхоспазма следует избегать одновременного применения селективных и неселективных β-адреноблокаторов за исключением тех случаев, когда они крайне необходимы пациенту. Исследование лекарственных взаимодействий у здоровых добровольцев показало, что ритонавир — высокоактивный ингибитор изофермента CYP3A4 — может вызывать резкое повышение концентрации флутиказона пропionato в плазме, вследствие чего существенно снижаются концентрации сывороточного кортизола. В период пострегистрационных наблюдений были получены сообщения о клинически значимых лекарственных взаимодействиях у пациентов, которые одновременно получали флутиказона пропionato (интраназально или ингаляционно) и ритонавир. Эти взаимодействия вызывали системные побочные эффекты, свойственные ГКС, такие как синдром Кушинга и угнетение функции надпочечников. Учитывая сказанное, следует избегать одновременного применения флутиказона пропionato и ритонавира, кроме тех случаев, когда потенциальная польза для пациента превышает риск системных побочных эффектов ГКС. Рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении флутиказона пропionato и сильных ингибиторов CYP3A4 (например, кетоконазола), поскольку при такой комбинации не исключается вероятность повышения концентрации флутиказона пропionato в плазме, что может потенциально увеличить системные эффекты флутиказона пропionato. А также, следует соблюдать осторожность при совместном назначении сильных ингибиторов CYP3A4 (например, кетоконазола) и сальметерола. Производные ксантина, ГКС и диуретики повышают риск развития гипокалиемии (особенно у пациентов с обострением бронхиальной астмы, при гипоксии). Ингибиторы моноаминоксидазы и трициклические антидепрессанты увеличивают риск развития побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Препарат Респиро совместим с кромоглициевой кислотой. **Применение при беременности и лактации.** Беременным и кормящим женщинам назначать препарат только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода и ребенка. **Условия отпуска из аптек.** По рецепту.

РЕСПИРО

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

Фармакологические свойства РЕСПИРО:

Сальметерол	Флутиказона пропionato
<ul style="list-style-type: none"> Селективный агонист β2-адренорецепторов длительного действия Длительная бронходилатация (не менее 12 ч.) Бронхолитический эффект – в течение 10-20 мин Сильный и длительно действующий ингибитор высвобождения из легочной ткани медиаторов тучных клеток (гистамин, ЛТ и ПГ D2) Однократное введение сальметерола ослабляет гиперактивность бронхального дерева. 	<ul style="list-style-type: none"> Местный глюкокортикостероид (ГКС) Оказывает выраженное противовоспалительное и противоаллергическое действие в легких Уменьшает клиническую симптоматику Снижает частоту обострений Восстанавливает реакцию на бронходилататоры, уменьшая частоту их применения Не сопровождается побочными реакциями, характерными для системных глюкокортикостероидов.

Показания к применению

Регулярное лечение бронхиальной астмы у пациентов, которым показана комбинированная терапия β2-адреномиметиком длительного действия и ингаляционными глюкокортикостероидами

- У пациентов с недостаточным контролем заболевания на фоне постоянной монотерапии ингаляционными кортикостероидами при периодическом использовании β2-адреномиметика короткого действия;
- У пациентов с адекватным контролем заболевания на фоне терапии ингаляционным глюкокортикостероидом и β2-адреномиметиком длительного действия.

Способ применения и дозы

Взрослые и дети 12 лет и старше:

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

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

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

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

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

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

Инфекционные и паразитарные заболевания: часто – кандидоз ротовой полости и глотки, пневмония (у пациентов с ХОБЛ); редко – кандидоз пищевода. Со стороны иммунной системы: реакции гиперчувствительности: нечасто – кожные реакции гиперчувствительности, одышка; редко – анафилактические реакции, ангионевротический отек (главным образом, отек лица и ротоглотки).

Инструкция по применению ингалятора

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

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



KG.1.3.364.05841-2018

Производитель:
ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш.,
Турция



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



ЛАНСОМЕД®

Лансопризол 30 мг

Капсулы с микрогранулами №28

Ингибитор протонной помпы



Лансомед-изжоги нет!

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

KG.1.3.103.05546-2018

Информация для специалистов.

Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией. Имеются противопоказания.

Состав

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

Фармакологические свойства

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

Способы применения и дозы:

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

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

Пациентам, которым сложно глотать капсулы необходимо:

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

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

Противопоказания

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

Особые предупреждения и предосторожности по применению

Применение лансопризола у пациентов с нарушением функции почек

Нет необходимости в корректировке дозы у пациентов с нарушенной функцией почек.

Применение лансопризола у пациентов с печеночной недостаточностью

При наличии у пациента тяжелой печеночной недостаточности следует рассмотреть вопрос о снижении дозы лансопризола.

Применение в педиатрии

Так как клинические данные ограничены, использование не рекомендовано для детей.

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

Пожилые пациенты

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

Беременность и лактация

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

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

Передозировка

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

Условия отпуска

По рецепту.

Производитель
Deva Holding A.Ş., Турция



Эксклюзивный дистрибьютор в КР
OcoO 'Asian Med Trade'



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

Децефин-АМТ

Цефтриаксон 1 г



Время побеждать!

- ✓ Цефалоспорин 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 анафилактоидные реакции.

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

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

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

Общие реакции

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

Внутримышечная инъекция без раствора лидокаина является болезненной

Противопоказания:

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

Условия отпуска:

По рецепту

Производитель:

ДЭВА ХОЛДИНГ А.Ш., Турция

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





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

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

Введение

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

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

Иммунный ответ у детей грудного возраста

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

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

Иммунный ответ в период новорожденности имеет свои особенности^[6]:

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

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

Группу повышенного риска развития инфекций среди новорожденных составляют недоношенные дети^[7].

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

Иммунитет у детей грудного возраста характеризуется:

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

Иммунный ответ у новорожденных

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

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

Причины этиологической значимости вирусов в развитии патологии у детей

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



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

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

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

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

Основные возбудители ОРВИ у детей представлены в таблице.

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

Выбор терапии у новорожденных и детей первого года жизни

Все перечисленные аргументы, а именно: несостоятельность иммунной

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

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

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

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

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

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

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

Наиболее изученной группой иммуномодулирующих препаратов, разрешенных к применению

у детей с рождения, признаны ИФН с выраженным противовирусным действием^[12-14].

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

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

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

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

Механизм действия интерферонов

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

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

ИФН также обладают опосредо-

ванным антибактериальным эффектом за счет иммуномодуляции^[18].

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

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

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

Российской фармацевтической компанией БИОКАД была разработана новая суппозиторная форма со сниженным содержанием рекомбинантного человеческого ИФН-альфа-2b Генферон Лайт. В отличие от других детских суппозиторных форм в состав Генферона Лайт вместо аскорбиновой кислоты, способствующей развитию оксалатурии, входит таурин. Масло какао, широко используемое в качестве основы для приготовления свечей, заменено тугоплавким жиром, не вызывающим местных аллергических реакций.

Таурин – незаменимая аминокислота, образующаяся в ходе метаболизма цистеина^[21]. Таурин играет существенную роль в иммунном ответе при инфекционном процессе: обладает иммуотропным действием, противовоспалительной, антиоксидантной активностью, повышает устойчивость клеток к неблагоприятным условиям очага воспаления, предотвращает их гибель^[22]. Таурин также способен потенцировать специфическое действие ИФН, что в целом обеспечивает повышение эффективности комбинированного лекарственного препарата. Как самостоятельное вещество таурин многие годы используется в офтальмологии, эндокринологии и неонатологии как антиоксидант^[23, 24]. Кроме того, таурин оказывает регулирующее влияние на центральную нервную систему, что позволяет применять его в неврологической практике в комплексной терапии судорожного синдрома и минимальной мозговой дисфункции^[25, 26].

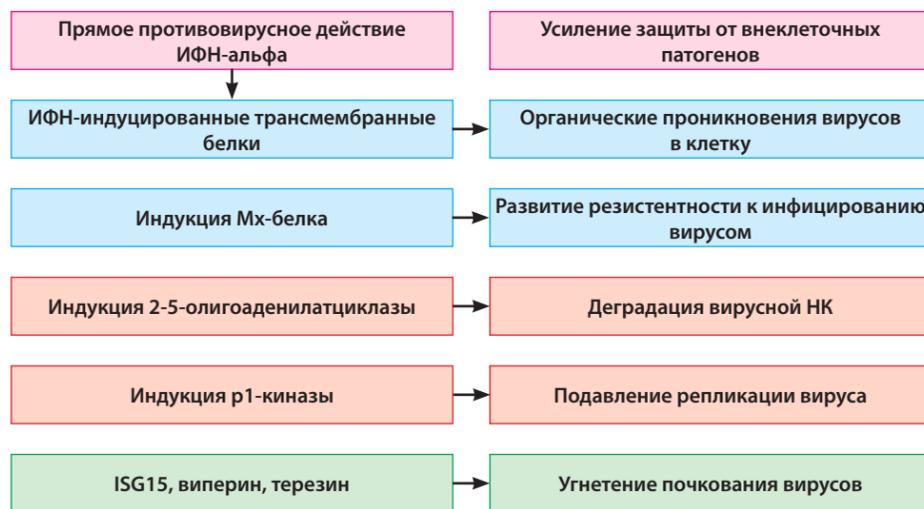
В состав одного суппозитория препарата Генферон Лайт, применяемого у детей от нуля до семи лет, входят ИФН-альфа-2b 125 000 МЕ и таурин 5 мг.

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

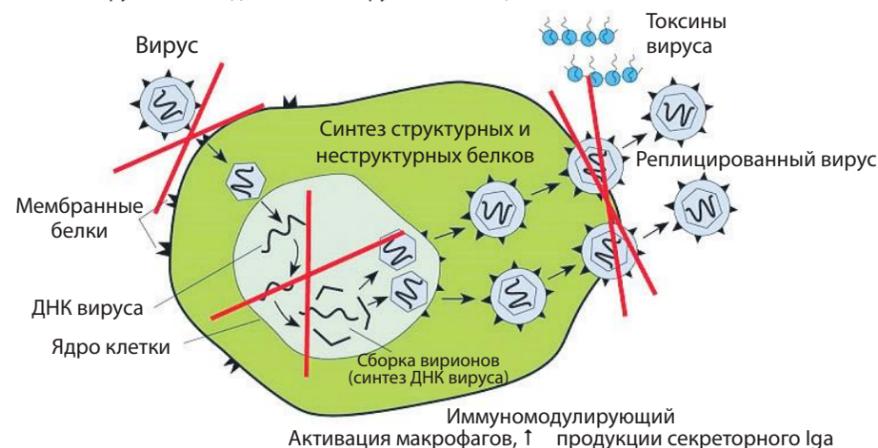
Генферон Лайт применяется у детей с первых дней жизни, разрешен к использованию во время беременности (с 13-й недели), не содержит масло какао и витамин С. Схема применения в острый период инфекции – по одной свече два раза в день с интервалом 12 часов ежедневно в течение пяти дней^[27].

В 2014 г. было проведено многоцентровое открытое сравнительное рандомизированное проспективное клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Генферон Лайт в дозе 125 000 МЕ и другого суппозиторного препарата ИФН-альфа в дозе 150 000 МЕ с анти-

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



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



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

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

В целом эффективность двух препаратов ИФН в купировании клинических симптомов ОРВИ у новорожденных и детей грудного возраста была аналогичной, несмотря на то, что суммарная доза рекомбинантного ИФН-альфа-2b в группе Генферона Лайт была ниже на 16,7%^[2].

Ректальное введение суппозиториев препарата Генферон Лайт не вызывало местных и общих патологических реакций.

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

Заключение

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

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

Список литературы в редакции.



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

3 таблетки в день после еды, запить водой. Для увеличения эффекта рекомендуется принимать в течение минимум 2-3 месяцев.

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.walmark.eu

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



СТР. №PKZ.16.01.78.003.E.003462.01.15



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 хрящевой 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.

Способ применения: Несколько раз в день наносить на больное место и втирать круговыми движениями.

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

WALMARK®

www.walmark.eu

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



ГРИППАМЕД ФЛЮ

САСЫК ТУМООДОН ЖАҢЫ
КОШ ТААСИРЛҮҮ КАРАЖАТ

НОВЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ
ПРЕПАРАТ ПРИ ОРВИ И ГРИППЕ



ГРИППАМЕД ФЛЮ
бардыгы ойдогудай!

с ГРИППАМЕД ФЛЮ
планы не меняются!

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ