TOPA I LA PARTIE DE LA PARTICIONA DEL PARTICIONA DE LA PARTICIONA DE LA PARTICIONA DEL PARTICIONA DEL PARTICIONA DE LA PARTICIONA DEL PARTICIONA

пульмонология и оториноларингология

ТЕМА НОМЕРА Детские заболевания

Интервью с главным педиатром Росздравнадзора Б.М. БЛОХИНЫМ

Современные методы лечения кашля

Результаты фитотерапии у больных с патологией верхних дыхательных путей

Применение топических препаратов для лечения острых синуситов у детей

Препараты, улучшающие мукоцилиарный клиренс, в терапии заболеваний респираторного тракта



Общероссийская общественная организация

РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ГОЛОСА

III Международный междисциплинарный конгресс «ГОЛОС»

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

Министерства культуры РФ

Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России Академии хорового искусства имени В.С. Попова Информационного портала «Музыкальный Клондайк»

IV пленум Координационного совета
Российской общественной академии голоса заседание редакционно-издательского совета
Российской общественной академии голоса

Основные тематические направления в работе Конгресса:

- междисциплинарное взаимодействие специалистов по голосу;
- голос и речь как средства коммуникации;
- 🗳 физиология, патофизиология и гигиена голоса;
- 🕏 современные методы исследования голосового аппарата и лечения дисфоний;
- фонопедический тренинг;
- 🔊 проблемы вокального и речевого образования;
- голос детей и подростков;
- 🕏 психология вокального творчества.

Формы участия:

- § пленарный доклад (20 минут);
- мастер-класс (только пленарно, 45 минут, 1,5 часа);
- тематический семинар (45 минут);
- ♠ секционный доклад (15 минут);
- постерная презентация;
- участие в качестве слушателя;
- 🖇 заочное участие (публикация в сборнике трудов).

Доклады в научную программу Конгресса включаются только при представлении их к публикации! Материалы для публикации и заявки на выступление с докладом принимаются до 1 июня 2011 года по электронному адресу: **foncentr@mail.ru.**

Дата проведения: 28 сентября — 1 октября 2011 года.

Рабочий язык: русский, английский. Предусматривается синхронный перевод.

Дата заезда участников: 27-28 сентября.

Адрес: Москва, Земледельческий переулок, дом 20.

Проезд: станция метро «Смоленская» Арбатско-Покровской или Филёвской линии.

Регистрация участников: в фойе — 28 сентября с 14.00 до 18.30; 29 сентября — c 8.30 до 10.00.

Церемония открытия Конгресса: 28 сентября в 19.00.

Работа Конгресса: 29 сентября — 1 октября.

Церемония закрытия Конгресса, вручение Всероссийской национальной премии «За изучение голоса» и других наград Академии: 1 октября в 17.00.

Заключительный гала-концерт: 1 октября в 18.00.

НАШИ КОНТАКТЫ:

www.voiceacademy.ru E-mail: foncentr@mail.ru Телефон: (495) 726-97-60 Факс: (499) 241-92-22

Для почтовых отправлений: 119002 Москва, а/я 23 По всем вопросам обращаться к исполнительному директору Конгресса Марине Владимировне Ефановой по тел.: +7 (965) 101-86-99

Министерство здравоохранения и социального развития РФ Федеральное медико-биологическое агентство Российское общество оториноларингологов Комитет здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи»

XVIII СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

В соответствии с решением IV Пленума Правления Российского общества оториноларингологов 26–28 апреля 2011 года в г. Санкт-Петербурге состоится XVIII Съезд оториноларингологов России.

Съезд будет проходить в красивейших дворцовых комплексах Санкт-Петербурга, расположенных в центре города, в пределах шаговой доступности один от другого — Аничковом дворце, Дворце князей Белосельских-Белозерских, дворцовых гостиных на улице Зодчего Росси, в Александринском театре.

Значительное количество арендованных дворцовых залов позволяет включить в программу XVIII съезда все ключевые вопросы оториноларингологии. Кроме пленарных докладов, будут представлены секции:

- Аудиология и сурдология, вестибулология Отиатрия Патология глотки и гортани Ринология
 - Онкология ЛОР-органов Профпатология Детская оториноларингология
 - Тематические семинары, круглые столы и мастер-классы

В рамках съезда пройдут совещание главных специалистов регионов России, заседание Бюро научного совета по оториноларингологии РАМН, заседание экспертного совета по оториноларингологии Министерства здравоохранения и социального развития, отчетно-перевыборное заседание редколлегии и редакционного совета журнала «Российская оториноларингология», организационные заседания обществ, входящих в Российское общество оториноларингологов на правах коллективных членов.

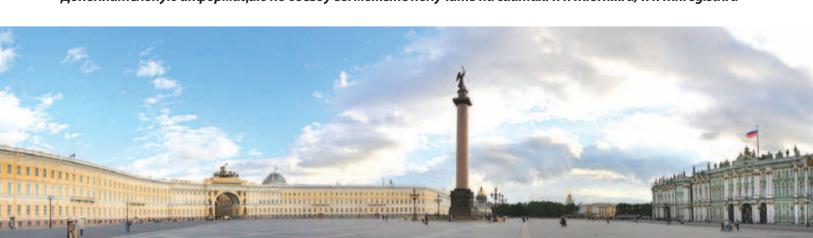
Количество участников съезда не ограничено. Установленное Уставом количество делегатов съезда — 800 человек.

Статус делегата предполагает наличие права решающего голоса на отчетно-выборном собрании и посещение всех мероприятий съезда, статус участника — право посещения всех мероприятий съезда, кроме голосования на выборах.

Контактная информация:

Рязанцев Сергей Валентинович, зам. председателя оргкомитета — общая информация тел.: 8 (812) 316—2852, факс: 8 (812) 316—7911, e-mail: lor-obchestvo@bk.ru

Дополнительную информацию по съезду вы можете получить на сайтах: www.lornii.ru, www.nregistr.ru



Научные редакторы номера

Редакция журнала



Профессор Т.И. Гаращенко



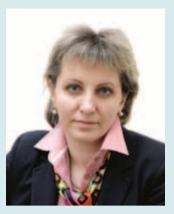
Профессор Н.А. Геппе

Редакционный совет:

Г.Л. Балясинская Б.М. Блохин В.П. Вавилова М.Д. Великорецкая Т.И. Гаращенко М.В. Гаращенко Н.А. Геппе И.А. Дронов Е.П. Карпова Е.И. Краснова Ю.Л. Солдатский



Генеральный директор Издательского дома «Медфорум» Александр Синичкин (sinmed@mail.ru)



Руководитель проекта **Наталья Бухаровская** (farmeffectiv@mail.ru)



Менеджер по организации мед. конференций **Марина Белова** (belova@webmed.ru)



Выпускающий редактор **Наталья Барышникова** (nbvocco@mail.ru)



Медицинский редактор Людмила Головина (editormed@webmed.ru)



Пишущий редактор Светлана Евстафьева (sestaf@mail.ru)



Пишущий редактор **Наталья Прокопович** (dezaviu@mail.ru)



Пишущий редактор **Александра Зименкова** (3redaktor@webmed.ru)

Ответственный секретарь Ирина Репина Дизайн-концепт Евгений Гуров Верстка

Фотосъемка
Марат Балтабаев
Алексей Шанин
Корректор
Елена Самойлова

Алина Валевич, Николай Никашин **Подписка и распространение:** Татьяна Кудрешова (podpiska@webmed.ru)

Содержание

Эффективная
фармакотерапия.
Пульмонология
и оториноларингология.
2/2011

Издательский дом группы компаний «Медфорум»: 127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3 Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

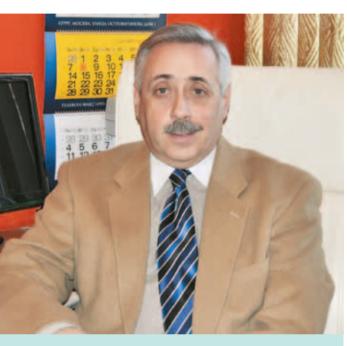
Тираж: 12 тыс. экз. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Любое воспроизведение материалов и их фрагментов возможно только с письменного разрешения редакции журнала. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

ЛЮДИ. СОБЫТИЯ. ДАТЫ		
Борис БЛОХИН: «Дети с заболеваниями органов дыхания всегда требуют к себе повышенного внимания»		
Лев РУДИН: «Фониатры работают в рамках оториноларингологии, занимаясь проблемами голоса»	7	
ЛЕНТА НОВОСТЕЙ		
Фармкомпании	10	
Регионы	18	
пульмонология		
Новости институтов_	_22	
Обзор		
Н.А. ГЕППЕ, И.В. ОЗЕРСКАЯ. Факторы, влияющие на состояние цилиарного эпителия и мукоцилиарный клиренс	24	
Н.А. ГЕППЕ, И.М. ФАРБЕР. Место антагониста лейкотриеновых рецепторов в терапии детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом	29	
И.А. ДРОНОВ. Значение азитромицина при инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов у детей в амбулаторных условиях_	40	
Клинические исследования		
М.Д. ВЕЛИКОРЕЦКАЯ, Л.С. СТАРОСТИНА. Выбор топических средств для лечения заболеваний полости рта и глотки у детей с хронической патологией	36	
Клинические исследования		
Н.А. ГЕППЕ, Н.А. СЕЛИВЕРСТОВА, М.Г. УТЮШЕВА. Современные методы лечения кашля при острых респираторных заболеваниях	46	
Литература	51	
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ		
	50	
Новости институтов	58	
Клинические исследования В.П. ВАВИЛОВА, Т.И. ГАРАЩЕНКО, О.А. ВАЙМАН. Н.И.ТАРАСОВ. Роль топических		
стероидов при сочетанной патологии лимфоглоточного кольца у детей	60	
Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ, Е.К. ОНУФРИЕВА, Е.К. ИСАЕВА, И.Е. ПОГОСОВА. Сравнительная эффективность различных способов элиминационной терапии в комплексном		
лечении тонзиллофарингитов у детей	66	
Е.И. КРАСНОВА, С.О. КРЕТЬЕН. Оценка эффективности применения Имудона в комплексной терапии острой и рецидивирующей стрептококковой инфекции у детей	70	
Е.П.КАРПОВА, Д.А. ТУЛУПОВ, М.П. БОЖАТОВА, И.Е. КАРПЫЧЕВА. Новый подход		
к лечению острого ринита у детей с тубарной дисфункцией	74	
Г.Д. ТАРАСОВА. Результаты фитотерапии больных с патологией верхних дыхательных путей	80	
Клиническая эффективность		
Т.И. ГАРАЩЕНКО. Проблемы затрудненного носового дыхания и аллергических заболеваний верхних дыхательных путей_	86	
Т.И. ГАРАЩЕНКО, М.В. ГАРАЩЕНКО. Витаминно-растительные комплексы		
в сезонной профилактике гриппа и острых респираторных инфекций у детей	95	
Доказательная медицина		
Г.Л. БАЛЯСИНСКАЯ, С.Р. ЭДГЕМ. Опыт лечения острых риносинуситов у детей топическими препаратами	98	
Клинические случаи (ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского)	104	
Литература	106	
МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ		
XV Конгресс педиатров России		
	108	
Награды лучшим медикам страны_	112	
Международные мастер-классы		
Проблема атопического марша	114	
Применение антибиотиков в России	117	
Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ПОР-органов у детей		
Актуальные проблемы педиатрии	120	
Страничы истории	124	



Достижения и проблемы отечественной педиатрии

Борис БЛОХИН: «Дети с заболеваниями органов дыхания всегда требуют к себе повышенного внимания»



Болезни органов дыхания детей всегда находятся в центре внимания педиатров. В последнее время все чаще говорится о необходимости совмещения профилактики и лечения верхних и нижних дыхательных путей. О достижениях и проблемах отечественной педиатрии, ее научных и практических приоритетах читателям журнала рассказывает заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии, скорой медицинской помощи РГМУ, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, главный педиатр Росздравнадзора Борис Моисеевич БЛОХИН.

- Какие проблемы, связанные с заболеваниями органов дыхания у детей, Вы считаете наиболее актуальными?

 Распространенность болезней органов дыхания в динамике последних лет, к сожалению, не снижается, а обнаруживает тенденции к повышению. Некоторые болезни органов дыхания у детей, такие как пневмония, определяют структуру смертности, в первую очередь младенческой. 4 млн детей нашей планеты ежегодно заболевают пневмонией. Летальность от пневмонии составляет 8-9% в структуре детской смертности. Особого внимания заслуживает респираторный дистресс-синдром новорожденных, обусловленный, как известно, различными поражениями легких. Развитию неотложных состояний, связанных с органами дыхания у детей, способствуют анатомо-физиологические особенности, такие как узкие дыхательные пути, меньшая активность легочного сурфактанта, физиологическое тахипноэ, экспираторная грудная клетка, слабость дыхательных мышц. Высокий удельный вес острых респираторных инфекций, обусловленный многообразием возбудителей, включает эту проблему в число наиболее актуальных в педиатрии.

В эпоху распространения антибиотикорезистентности особое значение приобретают инфекции дыхательных путей. Главное беспокойство вызывает увеличение частоты встречаемости пневмококков, устойчивых к пенициллинам и макролидам. Это связано с необоснованным назначением антибиотиков при вирусных инфекциях, что способствует селекции устойчивых штаммов микроорганизмов. В течение года у врача-педиатра на приеме оказываются примерно 64% больных в возрасте до 3 лет, поводом для обращений которых являются инфекции дыхательных путей. В 75% случаев им назначаются антибиотики, в том числе при гриппе, остром ларингите или трахеите. Доля необоснованных затрат на антибиотики составляет 49% от общей стоимости выписанных антибактериальных препаратов. Введение ограничений на применение макролидных антибиотиков в Финляндии, например, привело к снижению частоты встречаемости устойчивых стрептококков с 16,5 до 8,6%. Одним из подходов к сокращению назначения антибиотиков является профилактика развития респираторных инфекций, в частности, путем вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции. У вакцинированных отмечается снижение частоты госпитализаций по поводу гриппа на 46%, пневмонии на 29%. Особо хочется отметить, что вакцинация привела к снижению детской смертности.

– Подводя итоги прошедшего года, какие знаковые события, по Вашему мнению, произошли в отечественной педиатрии?

– Я считаю, что одним из самых значимых событий в педиатрии прошедшего года было празднование 80-летнего юбилея педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова. Созданный в тяжелые для страны 30-е годы, он является кузницей педиатрических кадров. Мы имеем уникальную подготовку педиатров в мире. Факультет подготовил за эти годы 30 тыс. врачей-педиатров, это почти половина всех педиатров страны.

Настоящим событием в общественной и научной жизни страны стал IV Европейский конгресс педиатров, который проходил в Москве. Почти 3 тыс. ученых и практикующих врачей из более чем 70 стран мира присутствовали на конгрессе. На столь значимом с точки зрения науки и практики форуме

Достижения и проблемы отечественной педиатрии

было показано, что система отечественной педиатрической помощи существенно отличается от западной, и многие ее принципы уже сейчас внедряются в странах Европы и Азии.

Важным событием стал XV Конгресс педиатров, прошедший в феврале. В этом же ряду, безусловно, стоит и XVIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». В течение пяти дней проходили пленарные заседания, научно-клинические симпозиумы, образовательные семинары, телеконференции по самым различным вопросам лечебного дела, фармации, организации здравоохранения, которые приносят огромную практическую пользу.

- Прибавило ли работы педиатрам непривычно жаркое лето и смог, который «душил» всех москвичей? Чем чреваты, с Вашей точки зрения, подобные экологические катаклизмы?
- Прошлым летом было отмечено увеличение количества вызовов скорой помощи, связанное с негативным воздействием на организм гари и смога. Продукты горения, попадая в дыхательные пути, затем в кровь, разносятся по всему организму и поражают нервную систему, влияя на зрение и слух. Происходит интоксикация организма продуктами горения, только в меньшей концентрации, чем при пожаре. Вредные частицы «забивают» бронхи (так называемый эффект накопления), вызывают их воспаление, сужение или спазм, увеличивают вязкость слизи. В результате дыхательная система становится более уязвимой для инфекций дыхательных путей, вследствие чего происходит обострение хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма, и аллергических болезней. Дети, перенесшие смог, оказываются особенно чувствительны к острым респираторным заболеваниям. Вдыхание воздуха, насыщенного дымом, по вредным последствиям схоже с вредом от курения.

- Какие Вы видите пути повышения эффективности профилактики заболеваний органов дыхания у детей?
- Педиатрия это прежде всего профилактика. В отличие от участкового терапевта, врач-педиатр 60-70% своего времени посвящает профилактике заболеваний. До рождения ребенка профилактика включает в себя генетическое консультирование, внедрение новых методов пренатальной диагностики патологии плода, мониторинг факторов риска во время родов, скрининг врожденной патологии после рождения. После рождения - активную иммунизацию, выявление ранних признаков нарушений развития или симптомов заболевания с ранней кор-

Программа профилактики заболеваний органов дыхания включает в себя диагностику факторов риска обострения хронических заболеваний и их раннюю профилактику, широкое внедрение реабилитационных программ и стационарозамещающие технологии. Также в профилактических целях необходимо проведение вакцинации против инфекций, вызванных гемолитическим стрептококком, пневмококком, гемофильной палочкой, и инфлюэнцы. Хочется сказать об уже имеющихся положительных результатах: направленная иммунопрофилактика при рецидивирующих респираторных инфекциях в группе часто болеющих детей привела к значимому снижению частоты ОРЗ и приема антибиотиков, что, в частности, способствует профилактике заболеваний.

Хочу акцентировать внимание на том, что дети с заболеваниями органов дыхания всегда требуют к себе повышенного внимания. Для исключения неблагоприятных исходов, осложнений, хронизации процесса нужна профилактика. Следовательно, необходимо проводить мероприятия, улучшающие качество диспансерного наблюдения детей с бронхолегочной патологией, позволяющие стабилизировать течение хронических бронхолегочных

заболеваний и предупреждать инвалидизацию больных.

Обучение больных детей и их родителей в астма-школе помогает родителям и детям лучше понимать цели терапии и возможные пути их достижения.

- Как Вы относитесь к проблеме совмещения диагностики и лечения верхних и нижних дыхательных путей?
- В основе каждого врачебного действия лежит диагноз. На основании установленного диагноза, естественно, определяется и лечебная тактика врача. Развитие медицинской науки в корне меняет лиагностические возможности врача. В этой связи неправомерно и неразумно противопоставление клинических и инструментальнолабораторных исследований. Дополнительные методы исследования не менее важны для диагностики, чем основные, а иногда имеют решающее значение как для суждения о локализации, так и для определения патологического процесса. Новые методы диагностики позволили дифференцировать отдельные нозологические формы.
- Коллектив Вашей кафедры всегда активно разрабатывал и внедрял в практическую педиатрию передовые технологии. Какими разработками сейчас заняты сотрудники?
- В Научно-образовательном инновационном центре «Неотложные состояния в педиатрии» РГМУ ведется научная работа по разработке алгоритмов лечения неотложных состояний, вызванных патогенным воздействием факторов внешней среды у детей г. Москвы. На основании данных клинического моделирования и использования симуляционных технологий изучается характер воздействия экстремальных природных факторов на частоту развития и течение аллергопатологии, таких как атопический дерматит, аллергический ринит, бронхиальная астма. Проводятся исследования распространенно-

Достижения и проблемы отечественной педиатрии

сти расстройств сна у детей грудного и раннего возраста, подвергшихся воздействию экстремальной жары. Изучаются частота, причины и варианты нарушений иммунопрофилактики в раннем возрасте при воздействии жары. Проводится исследование по ранней диагностике артериальной гипертонии у детей и подростков. Кроме этого, на кафедре ведется проект комплексной системы скрининга, диагностики и лечения сенсорных дисфункций у детей. Поданы две заявки на изобретение и две заявки на новые медицинские технологии. Также проводится исследование по разработке алгоритма диагностики туберкулезной инфекции у детей-аллергиков с учетом типа иммунологической реактивности и сопоставление фармакоэкономической эффективности инвитровых методов диагностики. Ведется научная работа по разработке комплексной программы восстановительного лечения детей с бронхолегочной патологией, в том числе бронхиальной астмы и рецидивирующих бронхитов.

Педиатрическая полисомнография является одной из наиболее растущих областей клинической медицины сна. Ведется работа по диагностике и лечению нарушений сна у младенцев. Данное исследование важно для создания стандартизированных протоколов, которые позволят распознавать педиатрическое апноэ, оценивать риск развития синдрома внезапной смерти. Подана заявка на патент и на новую медицинскую технологию.

На кафедре проводится изучение HLA-профиля, иммунного статуса и спектра сенсибилизации у детей и подростков со среднетяжелым и тяжелым течением атопических заболеваний. Активно ведутся исследования по применению симуляционных технологий для оценки качества проводимой кислородотерапии у детей с острыми нарушениями дыхания.

- Вы часто принимаете участие в международных конференциях, симпозиумах, конгрессах, зару-

бежных конференциях. Насколько это помогает Вашему профессиональному росту?

- В этой связи хочется отметить такое событие, как VI Всемирный конгресс по критическим состояниям у детей, который состоялся в Сиднее. Этот конгресс, проходящий раз в пять лет, был организован Всемирной федерацией специалистов-педиатров по критическим состояниям у детей под эгидой «Один мир». Очень полезным был организованный коллективом нашей кафедры и проведенный в прошлом году II Международный конгресс «Актуальные проблемы неотложных состояний у детей и симуляционные образовательные программы», в котором приняли участие более тысячи врачей, а также ученые Италии, Испании, Израиля. В рамках конгресса прошли международные мастер-классы «Симуляция в неотложной педиатрии» для врачей. В октябре я проводил симпозиум по неотложной педиатрии на VIII Итальянском национальном конгрессе по неотложным состояниям у детей. Мы сотрудничаем с Римским университетом Ла Сапиенца, с Медицинским институтом Газлини из Генуи, с Центром Григория Маранен из Мадрида, с Пенсильванским университетом в области неотложных состояний у детей. Являясь членом международной редколлегии американского журнала «Критические состояния у детей», я имею возможность быть в курсе новых научных тенденций в педиатрии.

Как осуществляется непрерывное образование врачей, насколько активно внедряются сегодня новые технологии в процесс лечения заболеваний органов дыхания у детей?

– За последние 10 лет объем информации, который получают врачи, значительно увеличился. Практикующий врач просто обязан быть в курсе прогрессивных технологий лечения, диагностики и реабилитации. Непрерывное профессиональ-

ное образование является важным фактором, который позволяет специалисту поддерживать необходимый профессиональный уровень в течение всей его медицинской деятельности. Высокая квалификация врача возможна лишь при непрерывном совершенствовании его теоретических знаний и практических навыков. На нашей кафедре проводятся циклы тематического усовершенствования, циклы профессиональной переподготовки, подготовка ординаторов, интернов, аспирантов.

Сегодня в России публикуется множество профессиональных периодических изданий, среди которых каждый специалист может выбрать то, что более всего соответствует его области профессиональной практики. В арсенале подготовки врачей-педиатров в настоящее время имеется электронная образовательная система «Консультант врача», которая предоставляет практическим врачам информационно-образовательные материалы.

В РГМУ на базе кафедры поликлинической и неотложной педиатрии, скорой медицинской помощи и лаборатории клинического моделирования был создан Научнообразовательный инновационный центр «Неотложные состояния в педиатрии». В нем коллектив кафедры разрабатывает и внедряет высокотехнологичные методы обучения стандартам оказания неотложной помощи детям в системе непрерывного медицинского образования в соответствии с международными стандартами, на специальных манекенах и тренажерах с применением оригинальных компьютерных программ с технологией электронной дидактики, симуляционных сценариев и дебрифинга. В центре курсанты учатся выбирать наиболее эффективный и безопасный способ лечения, прогнозировать возможные побочные эффекты проводимой терапии. Ведь от того, насколько образован врач, зависят результат лечения и жизнь ребенка.



– Лев Борисович, как давно отмечается День голоса и почему именно 16 апреля?

- День голоса впервые был проведен в Бразилии в 1999 году как Национальный день голоса. С этого времени он стал ежегодным и проводится 16 апреля в Бразилии, США, Англии, странах Евросоюза, Аргентине и Португалии. Это событие объединяет как представителей медицины (оториноларингологов, фониатров, хирургов «голова – шея», логопедов), так и многих других людей, чья деятельность напрямую не связана с использованием голоса. Голос, наряду со слухом и зрением, является одним из основных механизмов эффективной коммуникации, поэтому в современном обществе голосовые проблемы оказывают значительное влияние на качество жизни.

Основная задача Международного дня голоса – привлечь внимание людей к оценке состояния своего голоса, разъяснить влияние вредных привычек на голос, правила его гигиены, способы предотвращения заболеваний голосового аппарата.

За рубежом к Международному дню голоса организуют научные симпозиумы, в СМИ проводят всестороннюю просветительскую работу в области информирования людей о вреде курения, соблюдения гигиенических требований при голосообразовании и т.д. И в России проведение очень многих фониатрических мероприятий приходится именно на апрель. Наша Академия и Научноклинический центр оториноларингологии тоже активизировали свою работу. Региональные центры, фониатры на местах организуют выездные бригады, проводят бесплатные профосмотры, выступают с лекциями, принимают участие в телевизионных программах, готовят статьи для газет и журналов. И надо признать, что с каждым годом проводится все больше мероприятий по голосу, приуроченных именно к этому дню.

В современном обществе назрела необходимость измененить отношение к этой функции организма. Почему к голосу? Потому что фониатр или опытный ларинголог, которые вовремя обращают внимание на изменение голоса, могут в прямом смысле спасти человека от смерти. Следует помнить, что изменения качественных характеристик голоса и речи может быть сигналом серьезных заболеваний (нарушения мозгового кровообращения, опухолевого процесса и пр.). Если на это вовремя обратить внимание, то можно предупредить многие болезни. Голосовые изменения - это и проблема стойких ларингитов, не поддающихся лечению. Например, для рефлюксной болезни не характерен такой симптом, как изжога, зато бывает чувство кома в горле, скопление слизи. Микросимптоматика преходяща, а дисфония не проходит и может свидетельствовать о наличии заболевания ЖКТ. Таким образом, проведение Дня голоса включает в себя профилактические мероприятия и заставляет по-новому посмотреть на проблемы уже измененного голоса.

– Фониатрия – молодая специализация. Можно узнать подробнее, каковы цели и задачи Общества фониатров, чем занимаются специалисты этого профиля?

– Дело в том, что фониатрия как отдельная специальность из ото-



16 апреля будет отмечаться Международный день голоса. Фониатрия – сравнительно молодая специализация. О том, чем занимаются отечественные фониатры, и о перспективах развития специализации рассказывает Президент Российской общественной академии голоса, Председатель Всероссийской коллегии фониатров и фонопедов, кандидат медицинских наук, доцент Лев Борисович РУДИН.

Люди ■ События ■ Даты

16 апреля – Международный день голоса

риноларингологии не выделилась. То есть все мы работаем в рамках оториноларингологии, но кто-то больше занимается проблемами носа, мы же занимаемся проблемами голоса. Мы - это Всероссийская коллегия фониатров и фонопедов, которая стала преемницей Всероссийской ассоциации фониатров и фонопедов. Сейчас она в составе Российской общественной академии голоса - общероссийской общественной организации междисциплинарного характера, куда входят и вокальные и речевые педагоги, представители других смежных специальностей. Подавляюшее большинство фониатров и фонопедов состоят в Академии как в профессиональном союзе. Цель у сообщества одна - междисциплинарная интеграция специалистов, взаимообогащение междисциплинарными знаниями. А цель непосредственно фониатров - это профилактика, диагностика и лечение заболеваний голосового аппарата. Она - главная, и именно ей подчинены все остальные задачи, такие как разработка различных нормативных актов, рекомендаций, других документов, способов, методов, которые мы затем обсуждаем на конференциях, конгрессах и потом внедряем в практику.

Как много сейчас фониатров в России?

- Очень мало. Состав коллегии фониатров и фонопедов все время колеблется, но вместе с фонопедами нас порядка 110 человек. То есть фониатров в стране, наверное, человек 90, и большинство из них состоят в коллегии. Тех, кто не состоит, человек 20. У нас достаточно узкий круг, поэтому все фониатры друг друга знают и активно работают в специальности. Все состояли в Ассоциации фониатров и фонопедов, которую в свое время возглавлял профессор И.С. Василенко. Фониатры, которые не принимают участия в работе Академии и в профильных тематических мероприятиях, мало

известны. Мы об их работе ничего не знаем. А если и знаем, то больше по отрицательным отзывам. Подавляющее большинство моих коллег сосредоточены в Москве, Санкт-Петербурге и еще в нескольких крупных городах, таких как Омск, Новосибирск, Екатеринбург. У нас есть фониатры, которые работают на несколько субъектов Федерации. В основном - один на край. Если врач ведет общий ЛОР-прием и еще сочетает с ним прием фониатрический, он тоже попадает в категоспециалистов-фониатров, при этом он может не работать в театре и других учреждениях культуры. Если не работать в учреждении культуры, т.е. ежедневно не видеть вокалистов, драматических актеров, студентов соответствующих вузов, значит, это не фониатрия, а ларингология. Фониатром такого человека назвать сложно. Можно пройти повышение квалификации по фониатрии, назвать себя фониатром, но от этого мало что изменится.

Расскажите, пожалуйста, о Ваших пациентах.

- Мы очень редко задумываемся о том, что с голосом может чтото происходить. Как правило, человек вспоминает о своем голосе только тогда, когда его теряет. Чаще это происходит с теми, кто не использует голосовой аппарат активно, профессионально. Однако в любом случае, если уж с голосом что-то произошло, качество жизни резко снижается, особенно у тех наших пациентов, кому приходится использовать голосовой аппарат активно. И тем более, если от этого зависит финансовое состояние, - например, у певцов или артистов драматического театра. Они, лишившись голоса, лишаются работы и заработка. А специфика голосовых расстройств такова, что трудоспособность утрачивается полностью. В период болезни наступает полная, но временная утрата нетрудоспособности. Другое дело, когда человек, скажем, работает за компьютером. Для него голосовые проблемы куда менее драматичны. Хотя сейчас не только актеры и певцы заинтересованно относятся к этой функции организма. Для работодателя, например, приятный голос кандидата является несомненным плюсом. Тем более если работа связана с общением с людьми, ведением переговорного процесса. Сейчас очень активно такой контингент пытается получить дополнительные знания по технике речи, взять тренинги. Эти услуги давно востребованы у банкиров, руководителей, которые читают доклады, делают публичные отчеты. Если вы ведете переговорный процесс, то вам, во-первых, будет приятно слышать хороший, красивый голос и, во-вторых, качественную речь, которая должна быть нормативной. Если у говорящего речь прерывистая, голос напряженный и в нем чувствуется возбуждение, неуравновешенность, то это сразу передается собеседнику. Поэтому среди людей, которые вас окружают, есть те, с кем вам приятно и вы можете длительное время общаться, и те, кого вы долго слушать не можете. От голосо-речевых качеств многое зависит. Наш слух, например, будет воспринимать хорошо поставленный голос певца, только если психика будет воспринимать его таковым. Если наша психика восприняла этот голос, мы его можем слушать бесконечно, он нам кажется льющимся, звонким, красивым. Мы не устаем от слушания этого певца, мы уходим вместе с ним в пение и говорим, что это хороший поставленный голос, что это хороший певец, умеющий донести смысл произведения. На самом деле все это воспринимает наша психика через орган слуха, это психоакустический феномен. И если параметры в голосе правильные, качественное вибрато, определенные обертоны, то такой голос воспринимается нашей психикой как

16 апреля – Международный день голоса

очень хороший и качественный. Отсюда следует, что фониатр должен быть постоянным доктором артиста, знать о нем все.

– В данный момент мы находимся в Ансамбле имени А.В. Александрова. Каждый поющий артист бывает у Вас?

- Дело в том, что голос полностью зависит от внутреннего состояния человека и от состояния его психики, нервной системы, других органов и систем. Мы всегда можем определить в телефонном разговоре по голосу собеседника, что у него случилось - хорошее или плохое. Более того, определенные тембральные качества и характеристики, если их посмотреть через компьютерные акустические программы, можно использовать как детектор лжи. У Владимира Петровича Морозова есть работы, в которых по тембру голоса определяется степень искренности и неискренности говорящего: по интонациям, по определенному тембральному составу можно определить, правду или неправду говорит человек. И в криминалистике существует целое направление по тембру голоса и речи. Мы же в большинстве случаев имеем дело с патологией гортани у работников учреждений культуры. Те из них, кто за голосовым аппаратом следит тщательно, как правило, избегают грубой патологии. А в основном проблемы голоса обусловлены функциональными расстройствами. И эти расстройства в 90% случаев связаны прежде всего с теми или иными состояниями организма, общим переутомлением, личными неурядицами, проблемами здоровья. И мы каждый раз разбираемся, почему возник, например, гипотонус голосовых связок - то, что в народе называется несмыканием. Дело в том, что голосовая мышца более вынослива, чем сердечная. В экспериментах при постоянной 6-часовой работе в голосовой мышце не наблюдалось биохимических сдвигов, которые говорили бы о ее утомлении. Она в принципе неутомима, как и

сердечная мышца. Поэтому говорить об утомлении голосового аппарата можно только при совсем неверной постановке голоса. Хотя это тоже субъективно, потому что нет объективных критериев, которые бы указывали на хорошую или плохую постановку голоса у певца. Чаще всего фониатру приходится разбираться в общих проблемах здоровья. В этом его работа сходна с работой семейного врача. Мы всех своих актеров знаем, можем предвидеть их реакции и оказывать им своевременную помощь.

- В этом году планируется проведение Междисциплинарого конгресса «Голос». Чем он будет отличаться от предыдущих?

- Российская общественная академия голоса традиционно раз в 2 года проводит свое главное научное мероприятие - Междисциплинарный конгресс «Голос». В первый раз он проводился в 2007 г., на нем и была организована Российская общественная академия голоса. В 2009 г. состоялся второй конгресс. И с 28 сентября по 1 октября 2011 г. мы проведем уже 3-й Международный междисциплинарный конгресс голоса. Он заявлен в этом году на двух языках: на русском и на английском. Тезисы мы тоже будем принимать на русском или на английском. Анонсирование этого конгресса идет в 36 странах мира. Мы хотим его сделать поистине международным, а не с международным участием. Конгресс будет проходить в здании Ансамбля им. Александрова, нашего надежного партнера. Первый конгресс проходил тоже здесь. У нас тогда еще не было финансирования, и мы до сих пор благодарны им. Ансамблю Александрова за то, что с его помощью и участием мы смогли провести этот форум. Тогда в наше распоряжение на два дня было отдано все здание. И мы очень благодарны директору Ансамбля Леониду Ивановичу Малееву за проявленное к нам внимание, за то, что Ансамбль готов помочь в проведении столь крупного мероприятия.

Мы приглашаем всех желающих принять участие в 3-м конгрессе.

- Каковы, на Ваш взгляд, перспективы развития фониатрии?

- В настоящее время отечественная фониатрия переживает не лучшие времена. Связано это, прежде всего, с тем, что нормативные акты, существовавшие в Советском Союзе, перестали действовать. После этого у нас стали активно расформировывать фониатрические центры, которые имели статус межобластных. Их осталось только два, и то исключительно благодаря инициативе фониатров на местах. Поэтому сейчас наш НКЦ оториноларингологии этой проблемой занимается. Мы пытаемся через Минздравсоцразвития провести обоснование этой формы работы, необходимости оказания данных услуг. И параллельно пытаемся структурировать всю эту службу через Министерство культуры, а именно через ведомственные кабинеты. Надеемся, что это направление окажется более перспективным.

- Лев Борисович, Вы сами пели, оканчивали параллельно медицинскую академию и музыкальное училище. Скажите, пожалуйста, почему Вы выбрали карьеру доктора, а не певца?

- Путь в фониатрию мне открыл мой вокальный педагог, который однажды сказал: «Тебе сам бог велел быть фониатром! У тебя в совокупности два образования. И этим грех не воспользоваться». Я задумался, а потом погрузился в фониатрию, что называется, с головой и... открыл для себя целый мир. И теперь, когда ко мне приходят пациенты и высказывают жалобы, которые обычным врачом воспринимаются неоднозначно, мне легко их понять, потому что сам пел, сам имел проблемы с голосом и сам их пытался решать. Так этот путь и определился. Он оказался для меня очень интересным.

Беседовала Наталья Бухаровская



Фармкомпании

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом

Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около миллиарда жителей Земли являются носителями бацилл туберкулеза (ТБ), что впоследствии может привести к заражению ими. Поэтому ежегодно 24 марта проводится Всемирный день борьбы с туберкулезом. Россия занимает 11-е место в списке, куда входят 22 страны с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом. В 2009 г. в России туберкулезом заболело 117 227 человек.

По данным государственной статистики, заболеваемость туберкулезом в России составляет 82 случая на 100 тыс. населения. В нашей стране туберкулез является главной причиной смертности от всех инфекционных заболеваний и составляет 80%. В 2009 г. от туберкулеза умерло 23,3 тыс. больных. При этом статистика отмечает смертность преимущественно трудоспособного населения в возрасте от 25 до 44 лет.

По информации главного научного сотрудника отдела организации противотуберкулезной помощи НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова, д. м.н., профессора Маргариты Викторовны Шиловой, на сегодняшний день туберкулез является не только медико-социальной, но и экономической проблемой, поскольку поражает наиболее экономически ак-

«АКРИХИН» – одна из ведущих российских фармкомпаний по выпуску высококачественных лекарственных средств, входит в ТОП-5 крупнейших локальных фармпроизводителей по объему продаж на российском фармацевтическом рынке.

«АКРИХИН» основан в 1936 году. В продуктовом портфеле компании насчитывается более 150 препаратов основных фармакотерапевтических направлений: кардиология, неврология, педиатрия, гинекология, дерматология и др.

«АКРИХИН» выпускает широкий спектр социально значимых лекарств, являясь одним из крупнейших российских производителей препаратов перечня ЖНВЛП, а также лекарственных средств для лечения туберкулеза и диабета.

С 2007 года стратегическим партнером «АКРИХИНА» на российском фармацевтическом рынке является компания «Польфарма». Стратегическое партнерство предполагает тесное сотрудничество компаний в области исследований и разработок, производства и продвижения лекарственных средств.

По итогам 2010 года «АКРИХИН» вошел в ТОП-3 наиболее авторитетных и влиятельных российских производственных фармкомпаний в «Рейтинге влиятельности субъектов российского фармрынка» (по данным Центра маркетинговых исследований «Фармэксперт»).

тивную часть населения. Страдают также и дети. В 2009 г. заболеваемость туберкулезом детского населения в возрасте от 0 до 14 лет составила 14,7 на 100 тыс., а в возрасте от 15 до 17 лет – 37,4 на 100 тыс. подростков.

Важность этой проблемы подчеркивается и в послании Федеральному Собранию в 2010 г. Президентом РФ Д. Медведевым, который акцентировал внимание на необходимости ранней диагностики заболевания у детей и обеспечения их необходимыми лекарственными препаратами. В рамках национального проекта «Здоровье» на мероприятия по борьбе с туберкулезом в 2010 г. было выделено 5038 млн рублей. Действует и подпрограмма «Туберкулез» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», объем бюджетных ассигнований на реализацию которой в 2010 г. составил 2237,7 млн рублей. Результативная борьба с туберкулезом возможна только при

объединении усилий практикующих врачей-фтизиатров и фармацевтических компаний, разрабатывающих и выпускающих лекарственные препараты для лечения ТБ. «АКРИХИН» уже 60 лет вносит вклад в лечение туберкулеза, производя необходимые высокоэффективные препараты. В 1951 г. на «АКРИХИНе» был осуществлен синтез первого противотуберкулезного препарата, который стал средством номер один в борьбе с туберкулезом в стране в те годы. В последующем формирование ассортимента противотуберкулезных препаратов «АКРИХИНа» проходило при активнейшем участии ведущих клиницистов НИИ фтизиопульмонологии и других профильных институтов, определяющих потребность в новых эффективных методах лечения ТБ.

В настоящий момент линейка противотуберкулезных лекарств «АКРИХИНа» включает в себя средства как для лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза (препараты первого ряда), так и лекарственно-устойчивых его форм, в общей сложности 15 наименований препаратов. «АКРИХИН» первым среди отечественных производителей пошел по пути создания комбинированных препаратов, содержащих в одной таблетке 2–5 компонентов, обладающих взаимоусиливающим эффектом и, как следствие, имеющих более высокую эффективность.

В ближайшие годы линейка противотуберкулезных препаратов «АКРИХИНа» будет активно развиваться. На этапе регистрации, в частности, находятся комбинированные препараты с микроэлементом цинка, имеющие по результатам доклинических исследований хорошие показатели эффективности, а также детские комбинированные препараты для применения при лекарственно-чувствительном туберкулезе, фторхинолоны нового поколения и другие препараты.

«Это большая ответственность – разрабатывать и выпускать препараты, которые жизненно необходимы пациентам. Это более чем актуально для противотуберкулезной линейки. О важности для российского здравоохранения противотуберкулезных препаратов производства компании «АКРИХИН» говорит тот факт, что они закупаются в рамках как федеральных целевых программ, таких как «Туберкулез» и национальный проект «Здоровье», так и региональных программ по борьбе с туберку-

лезом. Для участия в государственных программах важна способность компании выполнить обязательства в срок и в полном объеме и не допустить срыва поставок, и здесь позиции «АКРИ-ХИНа» безупречны», – отметила руководитель проектной группы по туберкулезу компании «АКРИХИН» Людмила Мохирева. По данным, приведенным в монографии М. В. Шиловой «Туберкулез в России в 2009 году», «благодаря бюджетной поддержке и эффективной лекарственной терапии за последние 4 года показатели эффективности основного курса лечения впервые выявленных больных увеличились на 9,2%, клинического излечения – на 16%, а госпитальная летальность снизилась в 1,5 раза. О хорошем лечении больных свидетельствует и снижение смертности от туберкулеза за последние 4 года на 25,3%».

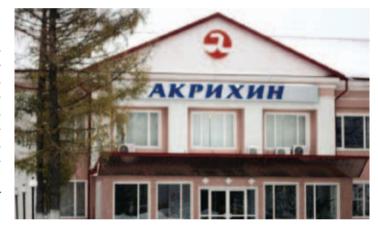
Большое значение в проводимых мероприятиях по борьбе с заболеваемостью ТБ имеет повышение уровня информиро-

ванности о проблеме и путях ее решения, поиск новаторских подходов как производителями лекарственных препаратов, так и специалистами-фтизиатрами. В преддверии Всемирного дня борьбы с туберкулезом «АКРИХИН» принял участие в ряде научно-практических конференций в Москве, Ульяновске, Омске, Йошкар-Оле, Казани, посвященных актуальным вопросам выявления и лечения ТБ.

Однако усилия для борьбы с туберкулезом должны прилагать не только медицинские работники и компании-производители, но и каждый из нас. Успешными профилактическими мерами являются здоровый образ жизни и своевременные флюорографические осмотры.

Юлия Заика, менеджер по связям с общественностью компании «АКРИХИН»

«АКРИХИН»: завершен первый этап инвестиционной программы по модернизации производства



Российский фармпроизводитель «АКРИХИН» завершил первый этап инвестиционной программы по развитию и модернизации производства на 2010-2014 гг. В настоящий момент закончен цикл по строительству новых помещений и реконструкции имеющихся, закуплено и монтируется новое оборудование ведущих зарубежных производителей. По прогнозам специалистов компании, результаты первой стадии инвестиционной программы положительно скажутся на динамике роста объема производства уже в 2011 году, сообщает пресс-служба «АКРИХИН». Напомним, в октябре 2010 года «АКРИХИН» объявил о старте инвестиций в производство в объеме 28 млн долларов в период 2010–2014 гг. Задачами инвестиционной программы являются увеличение производственных мощностей компании для обеспечения растущего объема производства, консолидация производственных площадей и увеличение эффективности оборудования, а также окончательный переход всего производства на соответствие требованиям стандартов GMP.

Предполагается, что результатом инвестиций станет увеличение мощности производства твердых лекарственных форм практически вдвое: в настоящий момент выпускается 30 млн, планируется – 56 млн упаковок лекарственных средств в год; а мощность производства мягких и жидких лекарственных форм увеличится с 17 млн до 25 млн упаковок в год.

В рамках инвестиций на модернизацию производства мягких и жидких готовых лекарственных форм (ГЛФ) завершен первый этап реконструкции цеха. Площадь реконструированного пространства составляет более 60% от общей площади данного цеха, или 815 м². Помимо этого к основному корпусу построены дополнительные помещения площадью более 750 м². В них сейчас ведутся строительно-монтажные работы по созданию нового участка для производства негормональных препаратов в форме мазей и гелей в соответствии с требованиями правил GMP EC. Уже в ближайшее время начнется трансферт производства препаратов с существующих мощностей на новые. Модернизация производства твердых ГЛФ проходит в не менее динамичном ритме. Здесь также были созданы дополнительные площади и реконструирован основной цех. В результате работ по первому этапу инвестпроекта производства твердых ГЛФ была расширена площадь цеха путем строительства дополнительных производственных площадей размером более 1500 м². Для новых помещений приобретено и монтируется оборудование и комплектующие производства мировых лидеров в области оборудования для фармацевтических производств, таких как «ИКА», «Глатт» и другие.

Источник: PR-служба компании «АКРИХИН»



Фармкомпании

Начало строительства планируется на апрель

Состоялась рабочая встреча губернатора Калужской области Анатолия Артамонова с руководством шведскобританской биофармацевтической компании AstraZeneca, на которой обсуждались планы компании по размещению на территории калужского технопарка «Ворсино» завода по производству лекарственных препаратов.

AstraZeneca – первая фармацевтическая компания, которая открывает в России производство полного цикла с объемом 16 млн упаковок в год. Начало строительства намечено на апрель текущего года. Объем инвестиций составит более 150 млн долларов. На предприятии будет создано 145 рабочих мест.

Источник: www.iarex.ru

Еврокомиссия одобрила новую вакцину

A straZeneca сегодня объявила о получении разрешения от Европейской комиссии (ЕК) на продажу препарата FLUENZ Influenza Vaccine (Live Attenuated, Nasal) – назального спрея, содержащего живую аттенюированную (ослабленную) вакцину против гриппа (LAIV), для профилактики сезонного гриппа у детей в возрасте от 2 до 18 лет.

Это решение было принято на основе положительного заключения Комитета по медицинским продуктам, предназначенным для человека, от 22 октября 2010 года и распространяет-



ся на 27 государств – членов ЕС и 3 страны Европейской экономической зоны, говорится в сообщении компании.

«Мы рады, что получили разрешение на продажу препарата FLUENZ, поскольку грипп является не только серьезной медицинской, но и эконо-

мической проблемой для стран Европы и вообще всего мира. Мы надеемся, что внедрение данной интраназальной вакцины с ее новым механизмом действия будет способствовать снижению распространения гриппа», – сказал Алекс Зукивски (Alex Zukiwski), доктор медицинских наук, исполнительный вице-президент и главный врач MedImmune, отдела биопрепаратов компании AstraZeneca.

Ожидается, что вакцина FLUENZ будет доступна на некоторых европейских рынках в сезоне гриппа 2012–2013 гг.

Решение ЕС и положительное заключение Комитета по медицинским продуктам, предназначенным для человека, было принято после анализа данных, полученных в результате проведения 73 глобальных клинических и постмаркетинговых исследований с участием более чем 141 тыс. пациентов из 38 стран. Препарат прошел успешную проверку на клиническую безопасность и переносимость, клиническую эффективность и действенность, а также иммуногенность.

Источник: www.remedium.ru

ФСКН: таблетки от головной боли и кашля будут продавать только по рецепту

Таблетки от кашля, возможно, вскоре исчезнут из свободной продажи, купить их можно будет только по рецепту. Федеральная служба по контролю за наркотиками (ФСКН) предложила ввести ограничения на продажу в аптеках лекарственных средств, содержащих кодеин – вещество, подавляющее центральную нервную систему и вызывающее легкий наркотический эффект.

Глава ФСКН Виктор Иванов отметил, что за последнее время в России возросло количество уголовных дел по производству наркотика дезоморфина, который изготавливался в домашних условиях с помощью лекарств, содержащих кодеин. Иванов

также отметил, что главы практически всех регионов России обращались к нему с просьбой ввести рецепты на кодеиновые препараты.

На рассмотрение Министерства здравоохранения РФ уже передан соответствующий проект постановления. Ожидается, что документ вступит в силу в мае 2011 года.

В случае введения ограничения без рецепта будет запрещено отпускать такие лекарства, как Пенталгин-Н, Каффетин, Коделак, Солпадеин, Нурофен Плюс и т.п.

Источник:

информационно-правовой портал «ЗАКОНИЯ»



Детей от шести месяцев будут вакцинировать от гриппа бесплатно

Минздравсоцразвития России приняло решение обеспечить всех детей в возрасте от шести месяцев бесплатными прививками от гриппа. Об этом рассказала заместитель директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия МЗСР РФ Галина Чистякова. Сейчас Минздрав принимает от субъектов РФ заявки на необходимое для детей количество вакцины, приобретаемой за счет бюджета. Начать отправку препарата в регионы планируется в марте-апреле 2011 года.

По статистике, каждый год в России гриппом и ОРВИ заболевают от 30 до 45 миллионов человек, более половины из которых – дети. Наиболее эффективным методом борьбы с распространением этих инфекций является вакцинация. Попадая в организм, вакцина усиливает выработку в организме собственного интерферона (белка, стимулирующего антивирус-



ную защиту) и укрепляет общий иммунитет. Доказательство тому – статистика: у привитых частота осенне-зимних простуд снижается как минимум вдвое.

Для экстренной профилактики в период подъема заболеваемости можно купить Интерферон лейкоцитарный интраназальный (применяющийся через нос), Ремантадин и Арбидол, Амиксин и Дибазол. Для повышения иммунитета можно принимать также настойку элеутерококка и аралии маньчжурской.

> Источник: «Родная газета»

Даксас[®] рекомендован в качестве новой терапии ХОЗЛ

Плобальная инициатива по хроническому обструктивному заболеванию легких (ХОЗЛ) (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) включила в руководство по ведению пациентов с этим заболеванием рофлумиласт, разработанный компанией Nycomed и известный под торговым наименованием Daxas*/Даксас*. Раздел о новом классе препаратов – ингибиторах фосфодиэстеразы-4 (ФДЭ-4) – описывает эффективность рофлумиласта у пациентов с ХОЗЛ.

GOLD представляет научно обоснованные рекомендации по ведению пациентов с XO3Л, которые ежегодно обновляются комитетом ведущих специалистов в этой области. В последней версии руководства в качестве нового класса препаратов добавлены ингибиторы ФДЭ-4.

В руководстве отмечено, что основным действием ингибиторов ФДЭ-4 является уменьшение воспаления, которое клинически проявляется у больных ХОЗЛ. В частности, указано: «У пациентов с ХОЗЛ III стадии (тяжелое течение заболевания) и IV стадии (очень тяжелое течение заболевания) с наличием обострений в анамнезе, а также с хроническим бронхитом ингибитор ФДЭ-4 рофлумиласт при сочетанном применении с пероральными кортикостероидами уменьшает количество обострений. Такой же эффект рофлумиласта отмечен при его совместном назначении с бронходилататорами длительного действия».

Питер Калверли, профессор пульмонологии Ливерпульского университета (University of Liverpool, Великобритания), отметил: «XO3Л – это хроническое прогрессирующее заболевание легких, которое ежегодно становится причиной смерти миллионов людей во всем мире. Несмотря на наличие современной поддерживающей терапии, XO3Л остается нерешенной медицинской проблемой. По мере прогрессирования заболевания у пациентов с XO3Л отмечаются обострения, при которых возникает значительное затруднение дыхания и может потребоваться госпитализация».

«Исследования продемонстрировали, что применение ингибитора ФДЭ-4 рофлумиласта способствует значительному уменьшению количества обострений. Руководство GOLD подчеркивает роль препарата в достижении контроля этого тяжелого заболевания. Важно, чтобы специалисты, занимающиеся лечением ХОЗЛ, владели этой информацией», – добавил профессор П. Калверли.

Недавно Даксас® был одобрен в странах Европейского Союза и Канаде. Препарат уже представлен на рынках Германии, Дании и Великобритании; планируется, что в 2011 году он станет доступным на фармацевтических рынках других стран.

Источник: www.remedium.ru



Фармкомпании



В канун Нового 2011 года компания PharmaMed – один из крупнейших производителей фармацевтической продукции – провела благотворительную акцию, приехав с подарками к воспитанницам Свято-Димитриевского православного детского дома. Время было выбрано не случайно. Предновогодние и рождественские дни – это пора праздничных чудес, волшебных событий и добрых дел, в которых особенно нуждаются дети, лишенные родительского внимания и ласки.

> отрудников компании встретили тепло и радушно, рас-**Ј**сказали, что Свято-Димитриевский детский дом в свое время стал первым в Москве православным приютом для детей. Для его создания Свято-Димитриевскому сестричеству в середине 1990-х гг. передали помещение бывшего детского сада. Всем миром собрали средства для капитального ремонта здания, надстроили еще один этаж для домового храма преподобного Серафима Саровского. Осенью прошлого года свято-димитриевцы как раз отпраздновали маленький юбилей: 10 лет со дня от-

Время чудес и добрых дел

крытия детского дома. Тогда обряд освящения совершил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексий II. Он и впоследствии поддерживал с воспитанницами тесную духовную связь, неоднократно приезжал к ним в гости, девочки готовили ему концерты. Воспитанницы хорошо помнят слова патриарха Алексия II: «Ваш возраст - благословенная пора. Вы открыты ко всему доброму и светлому. У вас много сил, чтобы постигать этот мир, его красоту и благолепие, учиться жить по правде Божией и становиться со временем настоящими христианами... Цените это время. Старайтесь проводить его с пользой для души и тела...»

Приезд сотрудников компании PharmaMed оказался очень своевременным. Дело в том, что, поначалу горячая, поддержка детского дома к сегодняшнему дню изрядно поостыла, а основной статьей финансирования по-прежнему остаются добровольные пожертвования. Зная об этом, руководство компании PharmaMed рассматривает эту благотворительную акцию как начало дружбы с детским домом и надеется, что она привлечет внимание общественности и других потенциальных спонсоров к судьбе свято-димитриевцев. Коммерческий директор компании Михаил Борисович КОЛЧЕВСКИЙ

пожелал и детям, и взрослым, которые «занимаются таким благородным делом», прежде всего здоровья и передал воспитанницам развивающие наборы, фломастеры, раскраски, игрушки и, конечно, фармацевтическую продукцию производства PharmaMed. Для профилактики и лечения простуды и насморка девочкам подарили натуральную морскую воду, а для укрепления иммунной системы витаминно-минеральные плексы, созданные на основе натуральных соков. Это поможет им стать более активными, веселыми, позволит тратить свое драгоценное время не на болезни, а на добрые поступки. Компанию PharmaMed сердечно поблагодарила заместитель директора детского дома Маргарита ВОЛКОВА. Она поздравила всех с Новым годом, светлым праздником Рождества Христова и высказала надежду, «что добрые дела и помощь ближнему преумножат в сердцах любовь и радость». В это время 27 детей на Земле стало счастливее, и не столько от неожиданных и полезных гостинцев, сколько от внимания, которое им подарили. Это чудо, которое под силу творить каждому. И не только под Новый год и Рождество, но и каждый день. 🐠

Подготовила А. Зименкова



Телемост педиатров соединил 22 города

Москве 1 и 2 марта состоялся телемост «Простые и сложные вопросы инфекционных заболеваний в практике педиатра», объединивший более 600 специалистов из 22 городов России. Благодаря новейшим коммуникационным технологиям в телемосте приняли участие педиатры из разных городов России от Калининграда до Владивостока. Педиатры проявляют большой интерес к новым полходам, инновационным технологиям в своей области. Поэтому инициатива ведущих специалистов поделиться своими знаниями и опытом была поддержана и реализована в новом формате. Особенность телемоста состояла в том, что лекторы - ведущие педиатры России - находились в специальной студии, а педиатрам в других городах лекции транслировались по Интернету в режиме реального времени, и они могли получить ответы на интересующие их вопросы от профессоров на сайте telemost. medconference.ru.

Организатор телемоста - компания «Сандоз» поддерживает образовательные программы для врачей и активно в них участвует. В рамках конференции обсуждались две основные темы. Первая -«Антибиотико-ассоциированные диареи у детей: профилактика и лечение» - вызвала у педиатров оживленный интерес, поскольку речь шла о дисбактериозе кишечника состоянии, при котором нарушается качественный и количественный состав его нормальной микрофлоры. Частая причина развития дисбактериоза кишечника - применение антибиотиков, которые прямо подавляют микроорганизмы, изменяя микробный пейзаж желудочно-кишечного тракта. Для обозначения комплекса изменений в кишечнике, связанных с дисбактериозом на фоне применения ан-



тибиотиков, в зарубежной литературе часто используется термин «антибиотико-ассоциированная диарея» (ААД).

Основой профилактики ААД является рациональная антибиотикотерапия и исключение необоснованных случаев назначения данных средств. Кроме того, в любом возрасте клинически обосновано сочетанное назначение антибиотиков с препаратами-пробиотиками, эффективность которых обеспечивается в первую очередь использованием комбинации штаммов микроорганизмов с доказанной пробиотической активностью.

Вторая тема, обсуждаемая на телемосте, - «Вопросы лечения кашля у детей». Это по-прежнему одна из самых актуальных тем, потому что болезни органов дыхания у детей до сих пор занимают лидирующее место, составляя более половины всех детских болезней. Докладчики сообщили об особенностях течения воспалительных заболеваний органов дыхания у детей. Было отмечено, что кашлевой рефлекс у малышей несовершенен и созревает только к 5-6 годам, поэтому проблема дренажа бронхиального дерева и эффективного откашливания представляет собой большую сложность.

Как правило, для облегчения откашливания или при так называемом влажном кашле, который сопровождается трудноотделяемой вязкой мокротой, широко используют муколитические препараты, которые нормализуют реологические свойства бронхиального секрета, облегчают отделение мокроты, предотвращают мукостаз, улучшают мукоцилиарный клиренс, уменьшают симптомы интоксикации.

Обе темы вызвали живой интерес участников телеконференции. За два дня ее работы было задано более ста вопросов, ответы на которые помогут педиатрам в их практике.

Проведение подобных телемостов с возможностью интерактивного общения врачей из разных регионов страны – значительный шаг в развитии системы непрерывного профессионального образования врачей. Медицинские координаторы по работе с врачами компании «Сандоз» отметили, что данный формат позволяет значительно расширить аудиторию и дает возможность прямого диалога со специалистами.

Источник: агентство «Полилог»



Фармкомпании

Детская вакцина от шести инфекций

18 февраля 2011 года гендиректор ЗАО «Биннофарм» Игорь Варламов в рамках XV Конгресса педиатров России представил планы по выпуску первой в России комбинированной вакцины для одновременной профилактики 6 инфекций. В докладе «Право ребенка на защиту. Российский и международный бизнес объединяет усилия для производства инновационных вакцин в России» он сообщил о возможностях и перспективах внедрения инновационных вакцин в педиатрическую практику России.



Наладить выпуск комбинированной вакцины запланировано до конца 2011 года, за период 2012–2013 гг. будет налажен выпуск еще 5 вакцин. Это создаст возможности для модернизации Национального календаря профилактических прививок, его расширения начиная с 2012 года с 10 до 15 актуальных заболеваний, говорится

в сообщении «Биннофарм». По словам И. Варламова, это стало возможным благодаря созданному в 2010 году стратегическому альянсу между российской биофармацевтической компанией «Биннофарм» и научно-исследовательской и производственной фармацевтической группой «ГлаксоСмитКляйн».

«Помимо выпуска комбинированной вакцины сразу от шести инфекций, на «Биннофарме» будет налажено собственное производство вакцин для защиты от ротавирусного гастроэнтерита, инвазивных пневмоний, рака шейки матки, менингитов и других инфекций, – подчеркнул И. Варламов. – Внедрение новых вакцин сохранит тысячи жизней и улучшит демографическую ситуацию в стране при разумном уровне расходов для государственного бюджета. Российские дети имеют право на защиту – в том числе с помощью лучших вакцин, произведенных в России».

Конгресс традиционно собирает в Москве ведущих ученыхпедиатров, специалистов в области здравоохранения, практикующих врачей из разных регионов России. В работе пленарного заседания XV Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» принял участие руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ Геннадий Онищенко.

Главной темой пленарного заседания стало повышение доступности и эффективности вакцинопрофилактики для российских детей. Особо была отмечена необходимость модернизации Национального календаря прививок. По словам члена исполкома Международной педиатрической ассоциации, профессора, заместителя директора НЦЗД РАМН по науке Лейлы Намазовой-Барановой, вакцинация эффективна не только с медицинской точки зрения; вакцинопрофилактика является самой эффективной инвестицией в здравоохранение.

Источник: PR-служба компании «Биннофарм»



Уральский противовирусный препарат поступит в продажу во втором полугодии 2011 года

Новый противовирусный препарат Триазаверин, разработанный

уральскими фармацевтами, может поступить в продажу уже во второй половине 2011 года.

Об этом в ходе встречи с премьер-министром РФ Владимиром Путиным сообщил губернатор Свердловской области Александр Мишарин.

«Прошли испытания препарата, результаты хорошие. Я думаю, что со второго полугодия он может поступить в продажу, в настоящее время завершается сертификация нового ле-

карства. Важно, что оно будет почти вдвое дешевле зарубежных аналогов», – пояснил А. Мишарин.

Напомним, препарат был разработан специалистами ООО «Уральский центр биофармацевтических технологий», созданного в рамках Уральского фармацевтического кластера и ставшего одним из первых резидентов инновационного центра «Сколково». Уральские фармацевты планируют создать целую группу противовирусных препаратов, которые базируются на местных научных разработках.

Источник: пресс-служба администрации Свердловской области Министерство здравоохранения Московской области Факультет усовершенствования врачей ГУ «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» Кафедра оториноларингологии ФУВ МОНИКИ ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Федерального медико-биологического агентства» Лазерная академия наук РФ

Технический организатор: Группа компаний Медфорум

Школа «Новые технологии в оториноларингологии» 3-й образовательный курс «Лазерная хирургия в ЛОР-практике»



В рамках курса повышения квалификации врачей-оториноларингологов факультетом усовершенствования врачей ГУ «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» совместно с Министерством здравоохранения Московской области, ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Федерального медико-биологического агентства» и Лазерной академей наук РФ была разработана Школа «Новые технологии в оториноларингологии», которая предусматривает три образовательных курса:

1-й образовательный курс:

«Лазерная хирургия в ЛОР-практике»

2-й образовательный курс:

«Лазерная терапия, диагностика и ФДТ в оториноларингологии»

3-й образовательный курс:

«Современные методы реконструктивно-восстановительной хирургии, протезирования и послеоперационного ведения больных в ЛОР-клинике»

К участию в 3-м курсе «Лазерная хирургия в ЛОР-практике» приглашаются врачи-оториноларингологи, врачи-эндоскописты ведущих клинических баз и поликлинических отделений Центрального федерального округа РФ.

ПРОГРАММА 3-ГО КУРСА

Модератор: профессор Свистушкин В.М.

- 1. Фетисов И.С. Радионож электрохирургия радиочастотного диапазона и возможности ее применения в оториноларингологии. *15 мин*.
- 2. Лейзерман М.Г. Опыт применения радионожа «Сургитрон» в оториноларингологии. 15 мин.
- 3. Селин Е.В. Холодно-плазменная коагуляция (коблация) и молекулярно-резонансная электрохирургия в оториноларингологии. *15 мин*.
- 4. Наседкин А.Н. Реконструктивная хирургия атрезий хоан и синехий полости носа. 15 мин.
- **5.** Грачев Н.С. Хирургия слезоотводящих путей. *15 мин*.

КОФЕ-БРЕЙК

- 6. Фетисов И.С. Методы протезирования в ринологии. 15 мин.
- 7. Кокорева С.А. Протезирование при выполнении слухоулучшающих операций. 15 мин.
- 8. Инкина А.В. Протезирование в реконструкции верхних дыхательных путей. 15 мин.
- 9. Самбулов В.И. Кохлеарная имплантация. 15 мин.
- **10.** Голубовский Г.А. NO-терапапия в ЛОР-клинике. *15 мин.*
- 11. Свистушкин В.М. Медикаментозная поддержка при проведении высокотехнологических хирургических вмешательств на ЛОР-органах 30 мин.

В дни конференции будет работать выставочная экспозиция, на которой представят свою продукцию ведущие отечественные и зарубежные компании, производящие медицинское оборудование и лекарственные средства.

2 июня 2011 г. ГУ «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корпус 9, 3 этаж.



Регионы

Осваиваются новые виды высокотехнологичной медицинской помощи



Операции с использованием новейшего медицинского оборудования, в частности лазера на углекислом газе, практикуют врачи Уфимского филиала Научно-клинического центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России (Уфимский филиал НКЦ оториноларингологии ФМБА России). Первые две операции с использованием лазера накануне прошли в Республиканской клинической больнице им. Куватова под руководством специалистов из Москвы.

– Ранее для лечения такой патологии больным приходилось ехать к нам в Москву или Санкт-Петербург, – говорит ведущий специалист НКЦ оториноларингологии ФМБА России Ибрагим Нажмудинов. – Теперь, с приобретением нового лазерного оборудования, такие операции можно проводить и в Уфе. По словам И. Нажмудинова, применение CO_2 -лазера для лечения различных заболеваний гортани имеет неоспоримые преимущества. Дело в том, что операции, проводимые с помощью этого лазера, – эндоскопические, а значит, не требуют серьезного хирургического вмешательства и способствуют

скорейшему выздоровлению больного. Более того, такие операции бескровны, минимально травматичны и практически не вызывают реакции.

Надо отметить, одна такая операция обходится Уфимскому филиалу НКЦ оториноларингологии ФМБА России почти в 90 тыс. рублей. А нуждающихся в подобной медицинской помощи в республике достаточно.

– Высокоспециализированная медицинская помощь населению Уфимским филиалом оказывается за счет средств федерального бюджета. Поэтому лечение и оперирование наших пациентов проводится абсолютно бесплатно. Также за счет федеральных средств мы приобрели CO_2 -лазер, стоимость которого более 5 млн рублей, – добавил директор филиала Адип Мукминов.

Напомним, что филиал НКЦ оториноларингологии ФМБА России в Уфе был создан в 2009 году при Республиканской детской клинической больнице в целях повышения качества и объема медицинской помощи пациентам с заболеваниями верхних дыхательных путей и уха в Республике Башкортостан, а также в Приволжском и Уральском федеральных округах. До этого в силу территориальной отдаленности от столичных центров (Москва, Санкт-Петербург) жители республики и других регионов страны практически были лишены возможности получения подобной медицинской помощи. Сегодня клинические отделения также размещены в ГКБ № 21 и РКБ имени Куватова.

Создание высокотехнологичного центра оториноларингологии в Уфе способствовало внедрению в клиническую практику медиков Башкирии новейших технологий оказания высокоспециализированной медицинской помощи. Кроме того, на базе данного филиала проводятся обучение и повышение квалификации сотрудников, научная работа, разработка новых методов диагностики и лечения. Специалисты ЛОР-клиники проходят стажировки по теме «Кохлеарная имплантация» в ведущих российских и зарубежных (Австрия, Германия, Дания) клиниках.

Источник: mediazavod.ru

ДНК-тестирование может предупредить развитие нарушений слуха

Специалистами Института биохимии и генетики УНЦ РАН разработаны экспресс-методы ДНК-тестирования для диагностики наследственных нарушений органов слуха. Это поможет предотвратить возможность рождения младенцев с такими пороками.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 году процент людей с нарушением работы органов

слуха будет достигать 30%. Дефекты слуха занимают немаловажное место среди патологических наследственных заболеваний.

Генетикам Башкортостана удалось выявить ген, отвечающий за мутацию органов слуха, – она проявлялась у 34% пациентов.

Источник: bashmed.ru



Прощай, «страна глухих»!

В Челябинской области каждый год рождаются десятки глухонемых детей. Двум малышам из тысячи в первые годы жизни врачи ставят страшный диагноз – «глухота» или «тугоухость». Если раньше такие дети были обречены на жизнь в «стране глухих», то теперь врачи могут подарить им способность слышать и говорить.

Применение кохлеарной имплантации – наиболее перспективное направление реабилитации неслышащих. Однако до сегодняшнего дня высокотехнологичные операции по вживлению имплантата проводились лишь в Москве и Санкт-Петербурге. За 20 с лишним лет столичные врачи дали возможность слышать своих родителей, друзей и учителей сотне южноуральских мальчиков и девочек. Стоимость такого хирургического вмешательства – более одного миллиона рублей. По федеральным квотам операция бесплатна. Но чтобы получить положительный результат, мамы и папы со своими детьми дважды в год отправлялись на послеоперационное лечение за две тысячи километров. Консультации в НИИ ЛОР бесплатны, но родители сами оплачивали дорогу и проживание в другом городе.

Теперь все изменилось: имплант вживляют в Челябинске.

Имплант – устройство, которое замещает слух, если ребенок родился глухим. Он состоит из двух частей. Одна из них вживляется в улитку внутреннего уха пожизненно. Другая, наружная – речевой процессор, который похож на слуховой аппарат. Он служит для того, чтобы электроника распознавала речь, преобразовывала ее в последовательность электрических сигналов и доставляла их в улитку внутреннего уха.

Кохлеарная имплантация относится к высокотехнологичным и дорогостоящим видам медицинской помощи по лечению глухоты. Но сама операция – лишь первый этап на пути возвращения ребенку слуха. Далее следуют годы кропотливой совместной работы родителей, медиков и педагогов. Ребят учат пользоваться слухом, их постоянно наблюдают специалисты, чтобы корректировать и настраивать под индивидуальные особенности вживленный имплант.

Технологии постоянно совершенствуются, но повторной операции, как это ни удивительно, в будущем не потребуется. Даже если ребенок прооперирован много лет назад, то любое современное техническое ноу-хау можно будет подключить извне без оперативного вмешательства. Считается, что достаточно вживить один имплант. Но ученые приходят к выводу, что операция на втором ухе намного улучшает результаты.

В областной детской клинической больнице на базе кафедры оториноларингологии ЧГМА прошла первая в истории региона операция. О возможности проведения этих хирургических вмешательств в области говорили еще с 2008 года, когда в Челябинск приезжала бригада питерских специалистов Института уха, горла, носа и речи.

13-летний Ваня и 14-летняя Полина несколько лет назад ездили в Санкт-Петербург на операцию по кохлеарной имплантации. Тогда детям был вживлен имплант в одно ухо, теперь ребятам поставили прибор во второе ухо. Заведующая отделе-

нием реабилитации слуха челябинской городской детской поликлиники № 10, главный сурдолог города, ассистент кафедры оториноларингологии Ирина Дубинец говорит, что в скором времени ребята будут слышать, как все.

– Оба наших пациента уже достаточно хорошо слышат и неплохо говорят. Однако для ототопики, то есть способности определять источник звука, к примеру предупреждающий гудок проезжающей мимо машины, более физиологично иметь кохлеарный имплант на обоих ушах. Это понимают и родители, и сами дети, – говорит И. Дубинец.

Операции Вани и Полины финансируются за счет всероссийской программы реабилитации детей после кохлеарной имплантации «Я слышу мир!». Примерно через месяц, когда заживут швы, пациентам подключат речевой процессор, который переведет звук на «язык», понятный мозгу. Подключением речевого процессора, а также настройкой самого аппарата займутся челябинские специалисты.

Однако хирургическое вмешательство не позволит детям сразу различать звуковые сигналы. Операция – только первый этап на пути к возвращению слуха. Впереди годы кропотливой совместной работы родителей, аудиологов и педагогов.

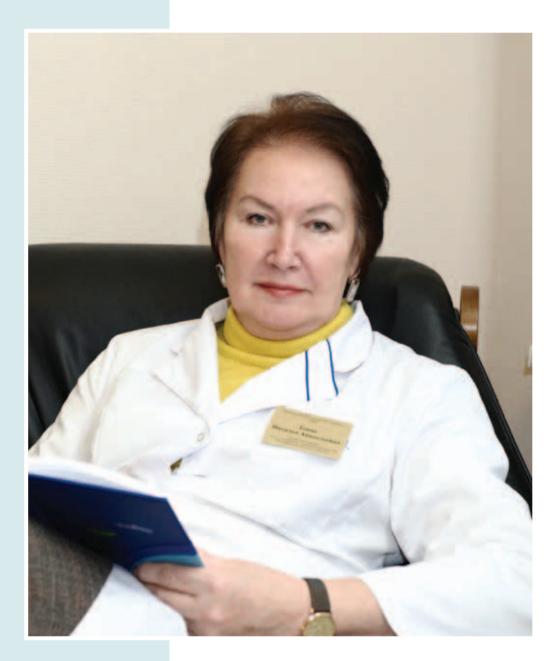
– Примерно через месяц после вживления импланта врачи подключат речевой процессор, похожий на слуховой аппарат, и дети начнут слышать и различать среди общего потока звуков человеческую речь, – поясняет Ирина Дубинец. – Но это только начало: Ване и Полине придется учиться воспринимать и анализировать услышанное двумя ушами, использовать этот опыт для развития речи. И в этом им должны помогать родители, ведь сам по себе кохлеарный имплант – не волшебная палочка.

Реабилитация детей – длительный и сложный процесс, который занимает от двух до пяти лет. Результаты операции в значительной мере зависят от возраста, в котором она проведена: наилучшие результаты достигаются у ребят младшего возраста. Время, к сожалению, работает против детей – чем дольше они живут в полнейшей тишине, тем глубже степень отставания в развитии. К слову, сегодня в области созданы все условия для ранней диагностики нарушений слуха и реабилитации глухих и слабослышащих детей: есть аппаратура и высококвалифицированные кадры.

Поскольку дети растут, каждые полгода врачи будут корректировать маленьким пациентам речевой процессор. В будущем их ничто не будет отличать от сверстников, кроме небольшого слухового аппарата за ухом и ежегодных визитов к врачу. Ваня и Полина смогут выбрать себе профессию по душе, создать семьи и жить полноценной счастливой жизнью.

Ежегодно растет количество маленьких пациентов с Южного Урала, которых направляют на кохлеарную имплантацию. В начале 2000-х на такое лечение направлялось от трех до пяти малышей. Сейчас их количество выросло в десять раз. В 2011 году слух обретут 50 маленьких жителей федерального округа.

Источник: www.mediazavod.ru



Наталья Анатольевна ГЕППЕ, заведующая кафедрой детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ

Уважаемые читатели!

Мы открываем в журнале новую рубрику «Педиатрическая пульмонология». Связано это с тем, что респираторные заболевания и у детей, и у взрослых – одна из самых частых патологий. Это касается как острых заболеваний различных отделов респираторного тракта, так и хронических заболеваний органов дыхания, которые нередко представляют серьезную диагностическую проблему. При этом важно учитывать факторы внешней среды, провоцирующие или поддерживающие эти заболевания: респираторные инфекции, пассивное и активное табакокурение, загрязнение окружающей среды.

В прошлом году в России по инициативе Российского респираторного общества многие медицинские учреждения и респираторные центры участвовали во Всемирном дне спирографии. Спирография в детской, подростковой и взрослой популяции является очень важным диагностическим и профилактическим направлением, позволяющим на ранних стадиях выявлять заболевание. Необходимо шире проводить исследования функции легких в различных возрастных группах и отражать результаты в прессе.

Очень важно, чтобы эта работа была не эпизодической, а регулярной, плановой как в школах, так и в колледжах, вузах. В связи с организацией центров здоровья, надеюсь, это направление будет успешно развиваться. Отдельно хочется сказать о внедрении в практику такого метода функциональной диагностики, как бронхофонография. Это инновационный неинвазивный метод компьютерной диагностики ФВД, высокоинформативный у детей с раннего возраста.

В нескольких городах России с большим интересом встречена инициатива по изучению основ клинической иммунологии для педиатров – проект «ОЛИМП», совместная работа аллергологов, иммунологов, педиатров.

Прошедший год запомнится принятием Порядка оказания пульмонологической помощи детям и взрослым, утвержденным Министерством здравоохранения РФ. Работой над созданием этого документа руководил академик РАМН Александр Григорьевич Чучалин, возглавляющий Российское респираторное общество. Впервые создан документ совместно для детей и взрослых, определяющий принципы организации пульмонологической помощи. Это значительный шаг в систематизировании специализированной пульмонологической помощи. Кроме того, эксперты-пульмонологи подготовили научно-практическую программу «Внебольничная пневмония у детей», неоднократно обсуждавшуюся на различных педиатрических форумах. В подготовке участвовали также специалисты из стран СНГ.

В текущем году планируется продолжить работу над совершенствованием Национальной программы по бронхиальной астме у детей. Последняя версия 2008 года широко используется практическими врачами, и предложения по совершенствованию могут широко обсуждаться на страницах журнала.

Ведущее место в структуре детской заболеваемости занимают респираторные инфекции. Дети вообще склонны к респираторным заболеваниям. То, что ребенок болеет 3–4 раза в год, не является уникальной ситуацией. Важно, чтобы у нас не болели дети первого года жизни, у которых респираторные заболевания могут протекать с осложнениями, а это влечет за собой активную лекарственную терапию. Нужно стремить-

ся к тому, чтобы болезни органов дыхания и респираторные инфекции протекали легко, оставляя после себя необходимый иммунный след. Лечение этих заболеваний должно включать минимально необходимые препараты. Использование антибактериальной терапии должно быть четко обоснованным. Необходимо повсеместно расширять методы профилактики, обучать родителей и детей закаливающим процедурам, дыхательным упражнениям. Если дыхание становится шумным, хрипящим, появляются свисты, кашель при физических нагрузках, то это тревожные симптомы, говорящие о необходимости обращения к врачу.

Не менее важная тема - повышение уровня знаний врачей в области педиатрической пульмонологии. Этот раздел деятельности необходим как для участковых педиатров, так и для врачей общей практики, терапевтов. Сейчас есть возможность получить специализацию по болезням органов дыхания у детей и взрослых на базе нашей кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с выдачей сертификата специалиста или получением повторных сертификатов уже при наличии базовой специальности пульмонолога. Наши программы подготовки пульмонологов соответствуют международным требованиям, учитывая рекомендации по созданию модели специалиста, существующие на Западе. Правда, в них ограничены возможности по подготовке пульмонологов в плане эндоскопических исследований, так как в нашей стране это отдельная специальность. Однако необходимо развивать практические навыки специалиста. При прохождении подготовки специалиста на нашей кафедре широко используются тренинги, работа с манекенами с обучением интубации и ряд других приемов, необходимых для пульмонолога.

На Конгрессе «Человек и лекарство» 2011 года будет проводиться школа для педиатров и семейных врачей по неотложной помощи, болезням органов дыхания. Участники этого форума смогут получить новую, современную информацию. Говоря о наиболее важных проблемах детской пульмонологии, необходимо упомянуть тему совершенствования алгоритмов и стандартов лечения наиболее частых болезней органов дыхания: пневмоний, респираторных инфекций; совершенствование вопросов вакцинации при ряде респираторных инфекций, а также более редких заболеваний. Актуальной проблемой остается туберкулез. Необходимо совершенствование диагностики туберкулеза, программ лечения и профилактики. Существенную помощь в этом может оказать Диаскинтест.

Очень важно, чтобы наша специальность не была изолирована. Заболевания, которые лечит пульмонолог, часто взаимосвязаны с другими заболеваниями. Пульмонологам необходимо взаимодействовать с ЛОР-специалистами, аллергологами, гастроэнтерологами. Поэтому пульмонолог – это врач, который должен быть специалистом широкого профиля, всесторонне эрудированным.

Перечисленные выше, а также другие актуальные темы нашли свое отражение в статьях, которые мы предлагаем вниманию читателей журнала. Надеюсь, что публикации по различным темам педиатрии и пульмонологии позволят практическим врачам совершенствовать ведение здоровых и больных детей.

Н.А. Геппе



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова



Николай Алексеевич ТОЛЬСКИЙ (1832–1891), профессор кафедры акушерства, женских и детских болезней, основатель кафедры и клиники детских болезней медицинского факультета Московского Императорского Университета

Кафедре детских болезней – 150 лет!

Кафедра детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова является одной из старейших кафедр педиатрии в России. Ее становление началось в 1861 г. с выделения из акушерства самостоятельного курса детских болезней. Учреждение этой кафедры способствовало развитию педиатрии в нашей стране как части медицинской науки и самостоятельной клинической дисциплины.

В течение всех лет своей работы кафедра детских болезней остается ведущим методическим центром преподавания педиатрии на лечебных факультетах медицинских вузов России, что позволяет обеспечить высокий уровень педиатрических знаний у врачей различных специальностей и подготовку педиатров через клиническую ординатуру.

В разные годы кафедру возглавляли: Н.А. Тольский (1861–1891), Н.Ф. Филатов (1891–1902), Н.С. Корсаков

(1902–1922), В.И. Молчанов (1922–1950), Ю.Ф. Домбровская (1950–1970), Л.А. Исаева (1970–1991), А.А. Баранов (1991–2005), с 2005 г. кафедрой заведует Н.А. Геппе

В настоящее время кафедра детских болезней осуществляет преподавание педиатрии на факультетах: лечебном, медикопрофилактическом, стоматологии.

Преподавание педиатрии осуществляется в течение двух семестров в виде лекционного курса, практических занятий, семинаров и элективов с использованием современных техниче-



Хлудовская детская больница на Девичьем поле клиника для незаразных больных, построена по проекту архитектора К.М. Быковского, открыта в мае 1891 года

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

ских форм обучения – видеофильмов, интерактивных компьютерных программ. С 1923 г. на кафедре работает студенческий научный кружок.

Основными направлениями научной деятельности кафедры являются пульмонология, аллергология, ревматология, гастроэнтерология, нефрология, а также общие вопросы педиатрии – физическое развитие детей, вскармливание, вакцинопрофилактика, реабилитация и другие. Проведение научных исследований по современным приоритетным направлениям позволяет совершенствовать уровень практической медицинской помощи детям.

Клинической базой кафедры является Университетская детская клиническая больница Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, которая в 2011 г. также отмечает юбилей – 120-летие со дня открытия.



Михаил Алексеевич ХЛУДОВ (1843–1885), известный московский купец, предприниматель, меценат. В память об умершем сыне завещал 350 000 рублей и свой московский дом для устройства детской больницы



Нил Федорович ФИЛАТОВ (1847–1902), профессор-педиатр, первый руководитель Хлудовской детской больницы, основатель Московского общества детских врачей

Московское общество детских врачей включило в План работы пленарных и секционных заседаний (февраль – сентябрь 2011 г.) ряд мероприятий, посвященных юбилейным датам кафедры детских болезней и Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

10 мая состоится заседание секции пульмонологии Московского общества детских врачей по теме «К 150-летию кафедры детских болезней. Вклад сотрудников кафедры детских болезней в развитие пульмонологии».

Заседания секции пульмонологии проводятся в аудитории Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (ул. Б. Пироговская, д. 19) ежемесячно, во второй вторник каждого месяца, в 16 часов.

18 мая в рамках программы пленарных заседаний Московского общества детских врачей пройдет ежегодная конференция, посвященная 150-летию кафедры детских болезней и 120-летию Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Пленарные заседания проводятся в аудитории Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (ул. Б. Пироговская, д. 19) ежемесячно, в третью среду каждого месяца, в 16 часов.



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра детских болезней лечебного факультета

Факторы, влияющие на состояние цилиарного эпителия и мукоцилиарный клиренс

И.В. ОЗЕРСКАЯ, д.м.н., проф. Н.А. ГЕППЕ

Вопрос влияния различных физических и химических факторов (в частности, лекарственных препаратов) на мукоцилиарный клиренс (МЦК) имеет важное практическое значение. Роль МЦК в защите респираторного тракта следует учитывать при назначении лекарственных препаратов, которые должны не усугублять возникшие нарушения в этой системе еще больше, а по возможности, напротив, оказывать благоприятное воздействие на состояние цилиарного эпителия. К настоящему времени проведено множество исследований по изучению влияния лекарственных препаратов и других факторов на МЦК, однако обобщение этих результатов отсутствует.

зучение нежелательного побочного эффекта назальных форм лекарственных препаратов (цилиотоксичности) помогает проводить экспертную оценку различных препаратов, воздействующих на слизистую оболочку, и правильно выстроить алгоритм консервативного лечения с подбором оптимальных препаратов [1].

Физические факторы

На функцию ресничек влияют такие физические факторы, как температура и рН [2]. Согласно данным экспериментальных исследований, частота биения

ресничек (ЧБР) в соскобе цилиарного эпителия изменяется в зависимости от температуры среды: при 37 °C она на 1-2 Гц выше, чем при 22 °C [3-5]. При сравнении результатов различных исследований необходимо учитывать температурные условия, в которых они проводились. В норме температура слизистой оболочки носа колеблется от 31 до 35 °C [6-8]. При местных воспалительных процессах, например при рините, температура слизистой оболочки носа повышается, однако увеличения ЧБР не происходит. Напротив, ЧБР и МЦК снижаются за счет деструктивного влияния воспаления и патогенных микроорганизмов на реснички и изменения состава и свойств назального секрета.

В норме рН слизистой оболочки носа, по данным разных авторов, составляет от 7,0 до 7,8, рН слизи в трахее - от 6,9 до 9,0 [9]. По данным Luk и Dulfano (1983), оптимальная ЧБР респираторного эпителия человека отмечается при рН, равном 7-9. Небольшой сдвиг рН от нейтрального значения в щелочную сторону не приводит к изменению ЧБР, тогда как даже незначительный сдвиг рН в кислую сторону может существенно повлиять на ЧБР. Так, щелочные растворы до 9-10 не влияли на ЧБР in vitro, а кислые растворы с рН менее 7 ее снижали [9-11].

Аденозинтрифосфат (АТФ)

Поскольку движение ресничек является АТФ-зависимым энергетическим процессом, логично было бы предположить, что ЧБР будет увеличиваться при воздействии АТФ. Действительно, было показано, что при воздействии *in vitro* АТФ (100 мкмоль) на назальный цилиарный эпителий здоровых добровольцев ЧБР увеличивалась на 50–70%. Однако при хронических воспалительных процессах (например, при хроническом ри-



носинусите) адаптационные возможности цилиарного эпителия снижаются, и такого прироста ЧБР при воздействии АТФ не отмечается [12].

Сигаретный дым

Сигаретный дым негативно влияет на состояние цилиарного эпителия и МЦК. P.L. Leopold и соавт. (2009) определили, что длина ресничек бронхиального эпителия у курильщиков на 15% короче, чем у некурящих, что может ухудшать МЦК у курильщиков [13]. В исследовании E. Tamashiro и соавт. (2009) было выявлено дозозависимое нарушение цилиогенеза в культуре клеток респираторного эпителия под действием конденсата сигаретного дыма: у более чем 70% клеток реснички отсутствовали или были короче, чем в контрольной группе [14].

По наблюдениям Н. Zhou и соавт. (2009), ЧБР в соскобах слизистой оболочки носа у активных и пассивных курильщиков повышена по сравнению с ЧБР у людей, не подвергающихся воздействию сигаретного дыма. ЧБР у некурящих составила 7,28 ± 0,32 Гц, у пассивных курильщиков – 7,99 ± 0,35 Гц, у активных $-8,17 \pm 0,44$ Гц. В среднем ЧБР у людей, которые подвергались воздействию табачного дыма (активные или пассивные курильщики), была на 10-17% выше, чем ЧБР у некурящих. При воздействии конденсата табачного дыма на назальный эпителий in vitro ЧБР увеличивалась с 10,61 до 12,03 Гц [15]. Повышение ЧБР под действием табачного дыма может быть отнесено к защитным механизмам для максимально быстрого удаления патогенного фактора из дыхательных путей. Однако длительное воздействие табачного дыма приводит к истощению ресничек и в конечном итоге к нарушению работы мукоцилиарной системы.

Солевые растворы, минеральная вода

При оценке воздействия солевых растворов на цилиарный эпителий необходимо учитывать их

осмолярность. Наиболее адекватной средой для эпителия являются физиологические изотонические растворы. В таких растворах соскоб реснитчатого эпителия остается жизнеспособным в течение нескольких часов. Изотонические растворы не оказывают повреждающего действия на эпителий, не угнетают ЧБР. Именно поэтому практически все доступные в настоящее время средства для промывания носа на основе морской воды или солевых растворов приведены к изотоническому состоянию. Физиологические солевые растворы (0,9%-ный NaCl, раствор Рингера и др.), а также изотонические растворы на основе морской воды при регулярном применении оказывают положительное воздействие на состояние цилиарного эпителия [1, 16]. Гипотонические (< 0,9%) и гипертонические (> 0,9%) солевые растворы могут повреждать структуру эпителия, негативно влиять на ЧБР [10, 17].

В последнее время необоснованширокое распространение получили ингаляции минеральными водами в домашних условиях. Однако доступные бутилированные минеральные воды (например, «Ессентуки», «Нарзан» и др., в основном показанные при заболеваниях ЖКТ и почек) не предназначены для проведения ингаляций, тем более с помощью небулайзера. Лечебные воды подземных источников значительно различаются по минеральному составу, степени минерализации, рН, а следовательно, будут по-разному влиять на состояние респираторного эпителия. Бесконтрольное применение для ингаляций доступных минеральных вод без учета этих особенностей может привести к нежелательным последствиям. Исследований влияния минеральных вод на состояние цилиарного эпителия практически не проводилось.

Применение минеральных вод для ингаляций возможно только в отдельных регионах при наличии соответствующей по составу воды, на базе специализирован-

ных центров, где разработаны научно обоснованные методики, имеется большой практический опыт, жестко контролируются рН, стерильность, минеральный состав и температура воды.

Повышение ЧБР под действием табачного дыма может быть отнесено к защитным механизмам для максимально быстрого удаления патогенного фактора из дыхательных путей. Однако длительное воздействие табачного дыма приводит к истощению ресничек и в конечном итоге к нарушению работы мукоцилиарной системы.

Мелкодисперсный порошок целлюлозы

При длительном применении мелкодисперсного порошка целлюлозы (Назаваль) в течение шести недель у детей с аллергическими ринитами было показано статистически значимое улучшение показателей назального МЦК (с 39 до 18,15 минут). Улучшение МЦК происходило вследствие регенерации и нормализации эпителия слизистой оболочки носа [18].

Лекарственные средства

Известно, что целый ряд лекарственных препаратов, таких как местные анестетики и сосудосуживающие средства (деконгестанты), антигистаминные препараты, а также вспомогательные вещества, входящие в их состав (консерванты, стабилизаторы, антисептики), оказывают негативное воздействие на функцию ресничек [19].

Консерванты

Бензалкония хлорид, наиболее часто применяемый консервант в препаратах для эндоназального и ингаляционного применения, оказывает токсическое действие на реснитчатый аппарат эпителия. Показано, что он необратимо снижает ЧБР в культуре клеток назального эпи-



телия уже в концентрации 0,005% [20–22]. Негативно влияют на функцию ресничек и другие консерванты: метил-п-гидроксибензоат, пропил-п-гидроксибензоат, хлорбутол, хлорокрезол, тиомерсал, глицерин [23, 24].

Однако есть и такие консерванты, которые не обладают цилиотоксичными свойствами. Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА) и сорбат калия не оказывают существенного негативного действия на ЧБР и структуру назальных эпителиальных клеток человека [23, 25, 26].

Применение минеральных вод для ингаляций возможно только в отдельных регионах при наличии соответствующей по составу воды, на базе специализированных центров, где жестко контролируются рН, стерильность, минеральный состав и температура воды.

Деконгестанты

Результаты исследований по изучению влияния местных сосудосуживающих средств на состояние цилиарного эпителия и МЦК нередко носят противоречивый характер. В большинстве исследований как in vitro, так и in vivo отмечается, что практически все местные деконгестанты снижают ЧБР вплоть до полной остановки их биения, и иногда это действие необратимое [27-29, 30]. Существующая по этому вопросу неоднородность данных связана с изучением разных препаратов в различных концентрациях, а также с содержанием в них консервантов.

Таким образом, при оценке цилиотоксичности местных деконгестантов необходимо учитывать не только действующие, но и входящие в состав препаратов вспомогательные вещества. Так, в исследовании Т. Deitmer и соавт. (1993) было показано, что препараты оксиметазолина

и ксилометазолина, содержащие консерванты, вызывали существенное необратимое снижение ЧБР in vitro. Оксиметазолин без консервантов не оказывал негативного воздействия на реснички [31]. При обработке соскобов эпителия in vitro препараты ксилометазолина и оксиметазолина оказывают менее выраженное угнетающее действие на реснички по сравнению с препаратами нафазолина и тетризолина [24]. Аналогичные результаты получены в исследованиях *in vivo*. После применения назальных капель, содержащих ксилометазолин или оксиметазолин, у здоровых добровольцев ЧБР в соскобе снижалась постепенно, а двигательная активность ресничек прекращалась через 2-3 часа (в контрольной группе биение ресничек в соскобе наблюдалось в течение 5-6 часов). При использовании назальных капель, содержащих нафазолин, остановка биения ресничек происходила уже через 10-20 минут [1].

В целом, с учетом сложности оценки состояния цилиарного эпителия и трудности переноса данных из исследований *in vitro* на влияние препаратов в организме, следует отметить недостаточное количество исследований по данному вопросу. Кроме того, практически не изучалось действие этих препаратов на цилиарный эпителий у детей. Учитывая широкое применение препаратов данной группы, требуется проведение дальнейших исследований.

Антигистаминные препараты

В концентрации 0,1% дифенгидрамин обратимо уменьшал ЧБР в культуре назальных эпителиальных клеток на 45–69%, а в концентрации 1% вызывал необратимый цилиостаз [32]. При обработке назальных эпителиальных клеток *in vitro* раствором азеластина 0,1% ЧБР статистически значимо снижается – с 11,4 до 0,9 Гц [33, 34]. Для другого антигистаминного вещества, левокабастина, в иссле-

дованиях *in vitro* и *in vivo* не было выявлено существенных нарушений ЧБР и МЦК [35].

Стероиды

Стероиды обладают способностью восстанавливать нормальное соотношение реснитчатых и бокаловидных клеток в респираторном эпителии, способствуя восстановлению его структуры [36]. При длительном лечении воспалительных заболеваний респираторного тракта топические стероиды нормализуют двигательную активность цилиарного эпителия и восстанавливают МЦК. Этот эффект обусловлен купированием воспалительных изменений слизистой оболочки, которые и являются первопричиной возникших нарушений МЦК [37].

Наблюдаемое в некоторых исследованиях in vitro выраженное негативное влияние назальных топических стероидов на ЧБР может быть обусловлено входящими в состав препаратов консервантами с цилиотоксичными свойствами. Так, на культуре клеток назального эпителия было показано, что назальный спрей будесонида (содержащий в качестве консервантов не бензалкония хлорид, а менее токсичные пропил-п- и метилп-гидроксибензоат) вызывает лишь незначительное снижение ЧБР, полностью обратимое после отмывания [38].

Другие препараты с противовоспалительным действием

В настоящее время для лечения синуситов широко используются комплексные препараты, в том числе фитопрепараты, принимаемые внутрь. Так, при изучении комбинированного фитопрепарата Синупрет было показано, что при назначении его пациентам с хроническим полипозным риносинуситом в течение 10 дней ЧБР назального эпителия увеличивается с 7,3 \pm 2,9 до 9,6 \pm 3,3 Гц (р > 0,05) [39]. Вероятно, этот эффект связан с уменьшением воспалительного процесса слизистой оболочки носа и восста-



новлением функции цилиарного эпителия.

Показано положительное действие фенспирида на двигательную активность цилиарного эпителия носа у больных в стадии восстановления после перенесенного острого синусита [40]. В течение 10 дней ЧБР увеличивалась с $2,1\pm 2,0$ до $5,1\pm 2,0$ Гц (p<0,05). Таким образом, фенспирид приводит к ускорению восстановительных процессов после острого воспаления, а следовательно, способствует профилактике хронизации патологического процесса и развития осложнений [40].

Местные антисептики, дезинфицирующие средства

К группе антисептических и дезинфицирующих средств, использующихся для лечения ринитов, относится такой препарат, как Протаргол (серебра протеинат). После однократного эндоназального введения 1% раствора Протаргола здоровым добровольцам время МЦК по данным сахаринового теста существенно замедлялось – с 11,3 ± 3,3 до 19,3 ± 4 минут [30].

Адреномиметики и холинергические препараты

Практически для всех бетаагонистов было показано стимулирующее действие на ЧБР [19, 32, 41-43]. Этот эффект опосредуется повышением внутриклеточной концентрации циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) [44], однако в течение длительного времени, вероятно, может привести к истощению энергетических запасов клетки. Отмечено, что растворы эфедрина в концентрации 2,5-20 г/л стимулировали ЧБР культуры назального эпителия в течение 1–2 минут, а затем к 10-й минуте наблюдения в растворах эфедрина в концентрации 10-20 г/л ЧБР достоверно снижалась по сравнению с контрольной группой (солевой раствор Хенкса) [45]. Ингибирующий эффект после стимуляции зависит от концентрации вещества. Концентрация эфедрина 5 г/л имеет максимальный стимулирующий эффект без выраженного последующего ингибирующего эффекта [46].

Холинергические препараты оказывают стимулирующее действие на реснички [19].

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Данных о влиянии этой группы препаратов на МЦК крайне мало. У больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом зафирлукаст статистически значимо улучшал ЧБР после 2 недель приема препарата [47].

Анестетики

Лидокаин, широко применяемый для местной анестезии слизистой оболочки дыхательных путей, не оказывает отрицательного влияния на МЦК при соблюдении режима дозирования. После нанесения аэрозоля лидокаина на слизистую оболочку полости носа здоровым добровольцам ЧБР в соскобе эпителия не изменялась по сравнению с контрольной группой. Однако при обработке лидокаином назального эпителия in vitro в концентрации, в 3 раза превышающей использующуюся в клинической практике, отмечалось дозозависимое торможение биения ресничек вплоть до цилиостаза [48].

Антибиотики

Токсины многих бактерий оказывают ингибирующий эффект на жизнедеятельность ресничек. Некоторые антибиотики обладают способностью предотвращать негативное влияние бактериальных токсинов на реснички и/или восстанавливать нарушенную работу ресничек. На культуре клеток назального эпителия было показано протективное действие бацитрацина и клиндамицина по отношению к цилиарному эпителию при воздействии энтеротоксина Staphylococcus aureus и липополисахарида Pseudomonas aeruginosa, а также способность этих антибиотиков восстанавливать ЧБР после воздействия на цилиарный эпителий указанных токсинов [49].

Наблюдаемое в некоторых исследованиях in vitro выраженное негативное влияние назальных топических стероидов на ЧБР может быть обусловлено входящими в состав препаратов консервантами с иилиотоксичными свойствами.

Амоксициллин и ципрофлоксацин оказывают протективное действие по отношению к ЧБР в культуре клеток реснитчатого эпителия при негативном воздействии фильтратов культуры Haemophilus influenzae [50]. На культуре эпителия трахеи кролика было показано, что рокситромицин и эритромицин обладают способностью увеличивать ЧБР цилиарного эпителия через цАМФ-зависимые регуляторные пути (повышают внутриклеточную концентрацию цАМФ) [51, 52].

Некоторые антибиотики оказывают негативное влияние на реснички. Так, при нанесении офлоксацина на культуру клеток цилиарного эпителия *in vitro* отмечалось дозозависимое снижение ЧБР [53]. Антибиотик местного действия фузафунгин не оказывает негативного влияния на МЦК. У здоровых добровольцев после однократного применения фузафунгина в лечебной дозе эндоназально не отмечалось существенного изменения нормального времени МЦК [30, 54].

Противогрибковые препараты

Топические противогрибковые препараты амфотерицин В, клотримазол и итраконазол, которые в некоторых случаях могут использоваться в лечении хронического риносинусита, оказывают



ингибирующий эффект на ЧБР назального эпителия *in vitro*. Чем выше концентрация, тем более выражено их негативное влияние на реснички вплоть до полной их остановки [53, 55]. В то же время имеются данные о том, что в низкой концентрации (0,1 мг/мл) амфотерицин В не снижал ЧБР назального эпителия *in vitro* [56].

Основным направлением действия мукоактивных препаратов является оптимизация реологических свойств секрета дыхательных путей, что может способствовать восстановлению нарушенного мукоцилиарного клиренса.

Мукоактивные препараты

Основным направлением действия препаратов данной груп-**Литература** \rightarrow пы является оптимизация рео-**С. 52** логических свойств секрета

дыхательных путей, что может способствовать восстановлению нарушенного МЦК. Однако, учитывая важную роль цилиарного аппарата эпителия в осуществлении МЦК, представляет интерес оценка влияния мукоактивных препаратов на частоту биения ресничек эпителия.

Ацетилцистеин. Данные о влиянии ацетилцистеина на ЧБР противоречивы. В некоторых исследованиях на животных [57, 58] было показано, что ацетилцистеин способен увеличивать ЧБР эпителия, в других исследованиях - что он существенно не влияет на ЧБР [58, 59]. Также имеются сведения и об угнетающем действии ацетилцистеина на ЧБР бронхиального и назального эпителия человека in vitro [60, 61]. В концентрации 20 мг/мл ацетилцистеин вызывал снижение ЧБР, а в концентрации 200 мг/мл - прекращал их биение. Однако этот эффект был полностью обратим при отмывании [61].

Карбоцистеин. Было показано, что при хроническом синусите карбоцистеин усиливает цилиарную активность эпителия [62].

Амброксол. В экспериментах на животных амброксол увеличивал ЧБР респираторного эпителия на 10,8% [63, 64]. Амброксол улучшает бронхиальный МЦК у больных астмой и хроническим бронхитом [65].

Гвайфенезин. В двойном слепом плацебоконтролируемом перекрестном исследовании у здоровых добровольцев прием гвайфенезина в дозе 400 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней существенно не изменял ни ЧБР назального эпителия, ни время сахаринового теста [66].

Таким образом, при назначении любых лекарственных препаратов, особенно назальных и ингаляционных форм, при заболеваниях респираторного тракта следует принимать во внимание воздействие этих веществ на мукоцилиарную систему.

В библиотеку специалиста



Практическое руководство по детским болезням (под общей редакцией В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева)

Заболевания органов дыхания у детей (под редакцией проф. Б.М. Блохина) М: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 616 с.

В данном томе многотомного руководства по детским болезням рассмотрены актуальные вопросы пульмонологии, систематизированные в виде современных представлений о заболевании органов дыхания. Приведены новейшие теоретические и клинические данные по анатомо-функциональной характеристике, этиологии, патогенезу, эпидемиологии, патоморфологии, патофизиологии, классификации заболеваний. Представлены методы диагностики и дифференциальной диагностики в детской пульмонологии. Даны практические рекомендации по лечению отдельных форм пульмонологических заболеваний и проведения реабилитационных мероприятий. Руководство иллюстрировано фотокопиями рентгенограмм, томограмм и др.

Данный том руководства по детским болезням представляет интерес для врачей-педиатров различных специальностей, хирургов, врачей пульмонологов, рентгенологов, фтизиатров, врачей клинической ординатуры и интернатуры, студентов.



Место антагониста лейкотриеновых рецепторов в терапии детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра детских болезней

Д.м.н., проф. Н.А. ГЕППЕ, к.м.н. И.М. ФАРБЕР

нгаляционные кортикостероиды (ИКС) и кромоглин в ингаляционной форме являются наиболее часто назначаемыми препаратами у детей младшего возраста с персистирующей БА. Однако у пациентов из младшей возрастной группы использование ингаляторов либо невозможно вообще, либо принятая доза может быть подвержена значительным колебаниям из-за трудностей пользования ингалятором. Несмотря на необходимость разработки новых методов терапии для детей дошкольного возраста, доступная информация по применению некоторых препаратов для лечения БА у детей очень ограничена, в частности у детей младше шести лет [2]. Это может быть связано с трудностями оценки новых видов лечения БА у детей дошкольного возраста. Например, исследования по фармакокинетике (а именно по подбору доз препаратов) провести весьма сложно, так как они требуют повторных заборов крови. В связи со сложностями проведения оценки функции внешнего дыхания (ФВД) и пикфлоуметрии у детей первых пяти лет жизни надежных объективных критериев оценки функции дыхательных путей не существует.

В настоящее время не вызывает сомнений ведущая роль в пато-

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний в современном обществе. В большинстве случаев БА дебютирует в течение первых трех лет жизни и с наибольшей частотой регистрируется у детей дошкольного возраста.

Возможность клинического применения препаратов для лечения БА у детей в раннем возрасте имеет ряд ограничений: так, например, теофиллины требуют мониторинга их концентраций в крови в связи с близостью терапевтических и токсических концентраций [1].

генезе БА хронического воспаления дыхательных путей, в котором принимают участие различные клетки (эозинофилы, нейтрофилы, тучные клетки, Т-лимфоциты, альвеолярные макрофаги, тромбоциты) и их медиаторы. Существенная роль в поддержании хронического аллергического воспаления принадлежит лейкотриенам (LT), которые представляют собой продукты метаболизма арахидоновой кислоты [3]. Доказана способность LT повышать тонус бронхиальной мускулатуры человека, и она в несколько раз сильнее, чем у ацетилхолина и гистамина [4]. В настоящий момент установлено, что LT синтезируются из ара-

хидоновой кислоты, которая вы-

свобождается при иммунологической или неиммунологической стимуляции различных клеток, участвующих в воспалении (см. рис.). Арахидоновая кислота может подвергаться дальнейшим метаболическим превращениям как с помощью циклооксигеназной системы (с образованием простагландинов и тромбоксанов), так и с помощью системы ферментов 5-липоксигеназы (5-ЛО) (с образованием лейкотриенов). 5-ЛО разрушается и инактивируется после превращения арахидоновой кислоты в LT. Естественным промежуточным продуктом в ходе функционирования ной системы 5-ЛО является лей-



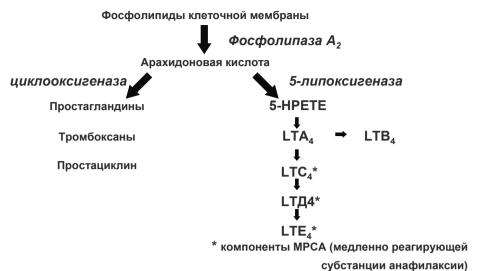


Рис. Синтез цистеиниловых лейкотриенов

котриен А, (LTA,) - нестабильный эпоксид, который затем, соединяясь с водой, может превращаться в дигидроксикислый лейкотриен B_{4} (LTB₄) или, соединяясь с глутатионом, в цистеиновый лейкотриен C_4 (LTC₄). Далее LTC₄ с помощью гаммаглютамилтрансферазы преобразуется в LTD₄ и затем с помощью дипептидаз - в LTE, который подвергается дальнейшим метаболическим превращениям. Синтезировать LTC₄ способны эозинофилы, базофилы, тучные клетки и альвеолярные макрофаги; нейтрофилы синтезируют преимущественно LTB₄ [5].

Основные биологические свойства цистеиниловых LT (бронхоконстрикторное действие, хемотаксический эффект, способность резко стимулировать секрецию слизи, вызывать отек слизистой оболочки бронхов, снижать активность мерцательного эпителия) позволили выделить их в группу наиболее важных ключевых медиаторов, обусловливающих формирование основных компонентов патофизиологического процесса при БА и аллергическом рините (АР). Цистеиниловые LT (LTC₄, LTD₄, LTE₄) опосредуют свое действие через рецепторы на поверхности клеток. Выделяют субтип 1 и субтип 2 цисте-

PRACTALL. Начальная контролирующая терапия легкой/среднетяжелой БА в сочетании с AP у детей с двухлетнего возраста [8]

Ингаляционные кортикостероиды (ИКС) (200 мг будесонида)	Антагонисты лейкотриенов
Первая линия терапии персистирующей астмы	Альтернативная первая линия терапии
Когда астма не контролируется адекватно	Доказаны как начальная контролирующая терапия легкой астмы
Атопия, нарушения легочной функции предполагают хороший ответ	У детей младше 10 лет с высоким уровнем лей- котриенов в моче предполагают хороший ответ на антилейкотриеновые препараты
Если контроль недостаточный, доза ИКС повышается или добавляются β_2 -агонисты длительного действия или лейкотриены	Для больных, которые не могут пользоваться ИКС или отказываются от них
Если у старших детей симптомы исчезают, лечение можно отменить. Есть доказательства об отсутствии модифицирующей роли ИКС на заболевание после прекращения лечения у дошкольников	Используются как дополнение к ИКС
	Предполагаются для вирусиндуцированной астмы
	У детей с шести месяцев
	Особенно показаны при сопутствующем АР

иниловых лейкотриеновых рецепторов (CysLT). Стимуляция CysLT субтипа 1 (CysLT,) лейкотриенами способствует возникновению свойственных БА и АР изменений. Это делает цистеиниловые LT идеальной мишенью для терапевтического воздействия при аллергических реакциях со стороны как верхних, так и нижних дыхательных путей [6]. LT при БА наряду с функциональными гистофизиологическими изменениями могут также обусловливать морфологические изменения в стенке бронха (повышение массы гладкой мускулатуры бронхов, субэпителиальный фиброз, отек, повреждение эпителиальной выстилки бронхиального дерева, обструкции бронхов, гиперреактивности бронхов и воспаления слизистой оболочки дыхательных путей, повышение секреции бронхиальной слизи) [7]. Антилейкотриеновые препараты, обладающие селективным действием, блокирующие эффекты (антагонисты лейкотриеновых рецепторов) или ингибирующие синтез цистеиновых лейкотриенов (ингибиторы 5-ЛО), явились первыми новыми классами препаратов для лечения БА за последние 20 лет.

В 2008 г. был опубликован международный документ PRACTALL (Международный доклад по диагностике и лечению БА и АР у детей), в котором впервые даны рекомендации по лечению антагонистами лейкотриеновых рецепторов (монтелукастом) в качестве монотерапии при легкой/среднетяжелой БА с акцентом на сочетание с АР начиная с двухлетнего возраста. С 2009 г. в России монтелукаст (Сингуляр) также зарегистрирован для лечения БА у детей с двух лет. Монтелукаст представляет собой мощный специфический антагонист лейкотриеновых рецепторов, селективно ингибирующий CysLT – LTC₄, LTD₄, LTE₄. Важным преимуществом монтелукаста является простота назначения, так как препарат применяется в форме жевательных таблеток (для детей от 2 до 14 лет) или таблеток, покрытых оболочкой (для





подростков в возрасте от 15 лет и взрослых), один раз в день [8]. Жевательные таблетки монтелукаста в дозе 4 мг рекомендуются детям этой возрастной группы на основании результатов уникальных фармакокинетических исследований [9]. При однократном применении монтелукаста в дозе 4 мг у детей 2–5 лет в течение 12 недель был получен профиль фармакокинетики, сходный с результатами у взрослых при назначении таблеток в дозе 10 мг.

Применение монтелукаста длительностью до 3,5 месяцев у взрослых и у детей в возрасте от 6 до 14 лет не вызывает тахифилаксии [10]. Для лечения БА монтелукаст рекомендуют принимать вечером перед сном, при лечении АР препарат можно принимать в любое время по желанию пациента и в зависимости от времени наибольшего обострения симптомов. При сочетании АР и БА пациенты принимают монтелукаст один раз в сутки перед сном. При приеме монтелукаста отмечался быстрый клинический эффект в течение первого дня после приема дозы, на фоне продолжения лечения - со статистически достоверно выраженным снижением содержания эозинофилов по сравнению с группой плацебо (p = 0.034).

Возможно ли прогнозировать ответ на терапию антилейкотриенами? Известно, что часть детей с легкой/среднетяжелой БА лучше отвечают на терапию антагонистами лейкотриеновых рецепторов, чем на терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС), что, возможно, связано с тем, что кортикостероиды не оказывают существенного влияния на синтез и высвобождение LT [11] и в силу механизма своего действия не блокируют рецепторы LT. Ранее было показано, что уровень LTE, в моче является биомаркером хорошего ответа на терапию антилейкотриеновыми препаратами. Вероятность ответа на терапию антагонистами лейкотриеновых рецепторов у пациентов, у которых уровень LTE $_4$ был больше или равен 200 пг/мг креатинина, была в 3,5 раза выше, чем у пациентов, у которых уровень LTE $_4$ составлял менее 200 пг/мг креатинина [12]. Оказалось, что отношение LTE $_4$ в моче к оксиду азота в выдыхаемом воздухе (LTE $_4$ /NO) также является предвестником лучшего ответа на монтелукаст, чем на терапию ИГКС, у детей с легкой/среднетяжелой БА (чем больше это отношение, тем лучше ответ на монтелукаст) [13].

В Великобритании [14] 5855 подростков в возрасте 14-18 лет получали монтелукаст в течение 4-6 недель. У 87% пациентов отмечалось уменьшение дневных астматических симптомов, у 89% полностью исчезали ночные симптомы, а у 85% пациентов уменьшались симптомы АР, при этом больные отмечали значительное улучшение качества жизни. Экспериментальные данные показали, что комбинация назальных стероидов (будесонид) и антилейкотриеновых препаратов (монтелукаст) более эффективна в отношении контроля клинических симптомов со стороны верхних и нижних дыхательных путей по сравнению с комбинацией назальных стероидов (будесонид) и антигистаминных препаратов (лоратадин). Результаты других исследований свидетельствуют о том, что у пациентов с аллергической формой БА и сезонным АР комбинированная терапия антигистаминными препаратами и лейкотриенами может быть такой же эффективной, как терапия назальными и ингаляционными кортикостероидами [15].

В открытых перекрестных исследованиях сравнивались преимущества монтелукаста и кромонов [16]. Подавляющее большинство пациентов и их родителей (более 80%) отметили большую удовлетворенность монтелукастом по сравнению с кромонами (р < 0,001). Отмечалась большая эффективность монтелукаста, реже имела место досрочная отмена препарата, реже возникали обострения БА, снижа-

лась потребность в использовании β-агонистов.

Профиль безопасности и переносимости монтелукаста изучали в двойном слепом многоцентровом международном исследовании в 93 центрах по всему миру, включая 56 центров в США и 21 центр в странах Африки, Европы, Северной Америки и Австралии [17]. 689 детей с БА от 2 до 5 лет были разделены на две группы: дети получали монтелукаст в дозе 4 мг в форме жевательных таблеток или плацебо в течение 12 недель. За период лечения наблюдалось статистически значимое улучшение практически всех параметров контроля БА по сравнению с плацебо. Существенно уменьшались дневные (кашель, хрипы в легких, одышка и ограничение активности) и ночные симптомы БА, увеличилось количество дней без симптомов БА, снизилась потребность в В-агонистах или пероральных кортикостероидах, а также количество эозинофилов в периферической крови. Следует отметить, что клиническая эффективность монтелукаста у ряда пациентов определялась уже с первого дня лечения. Улучшение контроля БА было стабильным в разных возрастных группах у детей разного пола, расы и в разных исследовательских центрах. Приблизительно 90% пациентов завершили исследование, 83% пациента из группы монтелукаста получали монотерапию, 34% продолжали получать монтелукаст в дальнейшем. Эффективность препарата не зависела от приема ИКС и кромонов. Не было выявлено статистически достоверных различий при сравнении общей частоты побочных эффектов и частоты повышения уровней печеночных трансаминаз (2,4% в группе плацебо и 1,6% в группе монтелукаста). Это исследование подтвердило возможности применения монтелукаста в терапии у детей младшей возрастной группы (2-5 лет) с персистирующей БА.

ЭФ. Пульмонология и оториноларингология. 2/2011



Монтелукаст может предотвращать бронхоспазм, вызванный физической нагрузкой. В рандомизированном двойном слепом мультицентровом исследовании изучали профилактический эффект комбинаций флутиказона с монтелукастом и сальметеролом для предотвращения снижения FEV, после физической нагрузки у детей 6-14 лет с персистирующей астмой и бронхоспазмом, вызванным физическим усилием. Оказалось, что на фоне комбинации флутиказона с монтелукастом снижение FEV, после физической нагрузки было значительно меньше, чем на фоне комбинации флутиказона с сальметеролом, и восстановление происходило быстрее, а ответ на бронхолитик короткого действия после физической нагрузки был существенно выше [18].

У детей младшей возрастной группы (до 5 лет) часто выявляются интермиттирующие симптомы (т.е. длительные бессимптомные периоды, чередующиеся с эпизодами БА, которые обычно связаны с респираторной инфекцией) [19]. Остается неясным вопрос, является ли интермиттирующая БА вариантом персистирующей БА легкого течения или отдельным состоянием, в частности реактивным заболеванием дыхательных путей, связанным с вирусной инфекцией.

Признание важности воспаления, лежащего в основе патогенеза БА, привело к появлению рекомендаций, предписывающих контролирующую терапию ИКС у всех пациентов с персистирующей БА [20]. Результаты проводимых ранее исследований показали, что регулярное применение ИКС у детей, страдающих интермиттирующей БА, индуцированной вирусной инфекцией, не влияет ни на риск, ни на частоту появления хрипов в легких [21]. Хотя применение системных кортикостероидов при обострении может снизить количество госпитализаций, применение ИГКС в поддерживающих дозах не показало значимых, стабильных клинических преимуществ при БА, индуцированной вирусной инфекцией [22].

В настоящее время имеются доказательства того, что LT играют ключевую роль в патогенезе респираторных заболеваний, индуцированных вирусной инфекцией. Было выявлено повышение концентраций LTC, в назофарингеальной области у детей младшей возрастной группы с поражениями нижних дыхательных путей, связанными с вирусной инфекцией, по сравнению с пациентами, у которых отмечались лишь симптомы со стороны верхних отделов дыхательных путей [23]. Эти изменения, которые обнаруживаются до 4 недель после дебюта респираторного заболевания, индуцированного вирусной инфекцией, указывают на необходимость длительного лечения.

Возможность успешного лечения легкой интермиттирующей формы БА препаратами, предназначенными для контроля симптомов болезни, продемонстрированы в нескольких исследованиях.

Исследование PREVIA (PREvention of Virally Induced Asthma) было спланировано как двойное слепое многоцентровое в параллельных группах с целью изучения значения монтелукаста (антагониста лейкотриеновых рецепторов) для профилактики обострений БА, индуцированных вирусной инфекцией, у детей в возрасте от 2 до 5 лет с эпизодическими симптомами БА в анамнезе [22]. Включались пациенты с обострениями БА, связанными с респираторными инфекциями, и минимально выраженными симптомами между эпизодами. Пациенты получали монтелукаст в дозах 4 или 5 мг (в зависимости от возраста) (n = 278) или плацебо (n = 271) один раз в день в течение 12 месяцев.

Исследование вирусов в назальном секрете проводилось у всех пациентов независимо от наличия респираторной инфекции с помощью полимеразной цепной реакции. Были выявлены риновирусы (27,6%), коронавирусы (ОС43, 229E) (9,0%), респираторный син-

цитиальный вирус (РСВ) (8,3%), а также энтеровирусы, вирусы гриппа (АН1, АН3, В), парагриппа (типы 1, 2 и 3), пневмовирусы, аденовирусы, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*.

В исследование было включено 549 пациентов: 278 пациентов получали монтелукаст и 271 пациент - плацебо. Средняя ежегодная частота обострений БА в течение 12 месяцев в группе монтелукаста составила 1,6 и снизилась на 31,9% по сравнению с 2,34 в группе плацебо (р < 0,001). Монтелукаст статистически значимо снижал общую частоту применения кортикостероидов на 39,8% (p = 0,027) по сравнению с плацебо. В течение года в среднем только 5% пациентов были госпитализированы в связи с БА: 4,2% в группе монтелукаста и 5,8% в группе плацебо. Ни в одной из групп не было зафиксировано серьезных побочных эффектов.

Эффекты лечения монтелукастом были стабильными в течение всего года, что позволяет говорить о статистически значимом эффекте монтелукаста на частоту обострений БА, обусловленных инфекциями дыхательных путей, у детей в возрасте от 2 до 5 лет [24]. Нет четких доказательств, что данная терапия должна регулярно применяться в течение всего года, и в связи с сезонностью обострений лечение монтелукастом предполагается начинать до сезона вирусных инфекций.

Сходные результаты опубликованы в работе H. Bisgaard, A. Swern по использованию монтелукаста в течение 12 недель у детей в возрасте от 2 до 5 лет с интермиттирующей БА [20]. У детей, получавших монтелукаст, снижалась частота приступов БА на 24,5%, а также частота обострений, увеличивалась продолжительность ремиссии. Уменьшался процент пациентов, нуждающихся в ИКС (на 30%) и применении В-агонистов (на 40%), по сравнению с плацебо.

Известно, что пик госпитализации вследствие обострения астмы у детей приходится на ран-



нюю осень, когда они возвращаются в школу. Чтобы определить эффективность терапии монтелукастом с профилактической целью при возвращении детей в школу (в плане снижения обострений астмы в это время года), было проведено рандомизированное мультицентровое двойное слепое плацебоконтролируемое исследование среди детей 6-14 лет с БА. Терапию монтелукастом в дозе 5 мг 1 раз в день начинали на ночь перед первым посещением школы и продолжали в течение 8 недель. При этом разрешалось продолжать прием ИГКС [4].

Несомненно важным вопросом является долгосрочная безопасность монтелукаста у детей раннего возраста [25]. Сравнение безопасности терапии монтелукастом один раз в день в дозе 4 мг в форме жевательных таблеток на ночь (п = 288) и стандартной терапии, включавшей кортикостероиды и кромоглин (n = 119), у детей в возрасте от 2 до 5 лет с БА показало сходный общий профиль безопасности монтелукаста со стандартным лечением за период до 406 дней. Наиболее частыми побочными эффектами в группе монтелукаста и в группе стандартной терапии были кашель (22,2 и 10,1%), симптомы БА (42,7 и 46,2%), лихорадка (36,5 и 28,6%), фарингит (22,9 и 16,8%), инфекции верхних дыхательных путей (40,6 и 40,3%). Важно отметить, что долгосрочное применение монтелукаста является безопасным у детей с БА.

В исследовании В. Кпогг и соавт. (689 детей с БА в возрасте от 2 до 5 лет, получавших монтелукаст и плацебо) к наиболее частым были отнесены побочные эффекты, которые развивались у 8% пациентов или более в любой группе лечения [10]. Клинически значимых различий между группами при оценке общей частоты клинических побочных эффектов выявлено не было. Наиболее часто встречались следующие побоч-

ные эффекты: обострения БА (у 30% пациентов в группе монтелукаста и у 38% в группе плацебо), повышение температуры (у 27% в обеих группах), инфекции верхних дыхательных путей (у 27 и 28% соответственно), рвота (у 16 и 20%), фарингит (у 12 и 15%), кашель (у 13 и 11%), боль в животе (у 11 и 9%), диарея (у 10 и 8%). Статистически значимых различий между группами лечения при оценке частоты лабораторных побочных эффектов выявлено не было: изменение лабораторных показателей было у 13 (5,4%) пациентов в группе плацебо и у 16 (3,5%) пациентов, получавших монтелукаст. Важно отметить, что статистически значимых различий между группами лечения при оценке частоты повышения уровней сывороточных трансаминаз зафиксировано не было. Лишь один пациент прекратил участие в исследовании в связи с повышением уровня щелочной фосфатазы.

У троих детей имела место передозировка лекарственного препарата в дозе 52-72 мг (13-18 таблеток) в связи с тем, что лица, осуществлявшие наблюдение за пациентами, держали препарат в пределах досягаемости детей, поэтому эти пациенты были исключены из исследования. Клинические побочные эффекты при передозировке у этих детей включали жажду (1), мидриаз (1) и сонливость (1). Изменений лабораторных показателей обнаружено не было. В течение 24 часов после приема препарата состояние детей восстановилось.

Интересные данные получены при оценке безопасности и эффективности монтелукаста в лечении рецидивирующих респираторных симптомов после перенесенного бронхиолита, вызванного РСВ. Из 979 детей монтелукаст получали 327 (в дозе 4 мг) и 324 (в дозе 8 мг) пациента, плацебо – 328 детей. Не выявлено статистически значимых различий при сравнении монтелукаста в дозах 4 и 8 мг и плацебо по количеству дней без симпто-

мов бронхиолита, а также по количеству дней, в течение которых не было кашля, не требовался прием β-агонистов, а также частое использование системных кортикостероидов. В трех группах были зарегистрированы такие клинические побочные эффекты, как диарея (у 19,7; 15,0 и 12,9%), повышение температуры (у 28,3; 24,8 и 27,4%), назофарингит (у 20,6; 19,4 и 20,8%), ринит (у 20,0; 18,8 и 18,2%) и инфекции верхних дыхательных путей (у 27,3; 25,1 и 29,6%). Среди серьезных клинических побочных эффектов были отмечены бронхиолит (у 2,5; 2,2 и 3,8%), гастроэнтерит (у 2,5; 1,9 и 2,8%), пневмония (у 1,6; 2,8 и 1,3%), передозировка (у 2,5; 1,3 и 0,9%) и случайная передозировка (у 0,6; 1,3 и 0,6%). Из лабораторных показателей выявляли повышение уровней аланинаминотрансферазы (у 0,3; 0,6 и 0,3%), щелочной фосфатазы (у 0,0; 0,6 и 0,0%), аспартатаминотрансферазы (у 0,3; 0,6 и 0,0%) и кальция (у 0,3;

Назначение монтелукаста детям с бронхиолитом, вызванным РСВ, существенно снижало в дальнейшем, в отличие от плацебо, эпизоды рецидивирующего свистящего дыхания и уровень дегрануляции эозинофилов.

0,0 и 0,0%). Два пациента умерли в период проведения исследования, однако ни один из этих случаев не был связан с терапией исследуемым препаратом. По сравнению с плацебо прием монтелукаста (4 мг в день) приводил к существенному сокращению срока госпитализации и снижению тяжести клинической картины, статистически значимо уменьшал симптомы и частоту обострений бронхиолита у этих детей [16, 26].

В другом рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании у детей с респираторны-



ми симптомами бронхиолита после перенесенной РСВ-инфекции оценивалась безопасность монтелукаста в дозах 4 и 8 мг. В этом исследовании 952 ребенка в возрасте от трех месяцев до двух лет получали монтелукаст в дозах 4 и 8 мг и плацебо один раз в день в течение 24 недель. Статистически значимых различий между группами с одним или более клиническими побочными эффектами, а также побочными эффек

Сегодня определено важное место монтелукаста в лечении БА у детей, что отмечено как в ряде международных рекомендаций, так и в Российской национальной программе «Бронхиальная астма у детей»

тами, связанными с приемом исследуемого препарата, лабораторными побочными эффектами и частотой досрочного окончания лечения выявлено не было. Обе дозы монтелукаста были безопасными у детей первых двух лет жизни. Назначение монтелукаста детям с бронхиолитом, вызванным РСВ, существенно снижало в дальнейшем, в отличие от плацебо, эпизоды рецидивирующего свистящего дыхания и уровень дегрануляции эозинофилов [27].

Важной проблемой, которую решают врачи при назначении терапии детям с БА, является длительность назначаемого лечения. При интермиттирующей БА у детей предлагается короткий курс монтелукаста [3]. В течение года определяли влияние короткого курса терапии монтелукастом на тяжесть острых эпизодов БА у 201 пациента с интермиттирующей БА по сравнению с плацебо у 104 пациентов. Лечение начиналось при появлении первых симптомов БА или вирусной инфекции верхних дыхательных путей и проводилось в течение семи и более дней или до двух суток после разрешения симпто-

мов БА. При каждом последующем обострении пациенты получали одинаковый препарат. Количество обращений в отделения неотложной помоши снизилось на 45,6% (р < 0,05). Общие расходы здравоохранения на неотложную помощь уменьшились на 23,6% (р < 0,01); длительность пропусков занятий в школе снизилась на 36,6% (р < 0,01), время, в течение которого родители пропускали работу, сократилось на 9,4% (р < 0,05). Таким образом, проведение короткого курса монтелукаста сразу после появления первых симптомов БА оказывает положительный эффект на последующее ее течение.

По данным наших наблюдений, монотерапия монтелукастом в течение двух лет курсами по 2-3 месяца эффективна у детей шести лет с БА и АР легкой и средней тяжести [6]. Был показан стойкий клинический эффект в отношении симптомов как БА, так и АР, отмечалось удлинение периодов ремиссии БА и АР, снижение частоты ОРВИ у наблюдаемых детей; улучшение ФВД; снижение частоты использования бронхолитиков и дозы базисных препаратов (кромонов, ИГКС), повышение толерантности к физической нагрузке.

На сегодняшний день известно несколько исследований применения монтелукаста у детей первых двух лет жизни в виде гранул для перорального приема (эта форма зарегистрирована для применения в США и многих странах Европы, но пока не зарегистрирована в России). Так, 175 пациентам с БА от 6 месяцев до 2 лет назначался монтелукаст в дозе 4 мг (плацебо получал 81 ребенок) один раз в день с яблочным пюре вечером в течение 6 недель. При применении монтелукаста реже наблюдалось нарастание тяжести симптомов БА (18,9%) по сравнению с плацебо (22,2%). Также наблюдалась высокая безопасность лечения по клиническим и лабораторным показателям. Различий между группами по уровню трансаминаз до и после лечения выявлено не было [19].

Изучение безопасности и переносимости пероральных гранул монтелукаста в дозе 4 мг один раз в день у детей в возрасте от 6 месяцев до двух лет и 7 месяцев с БА или астматическими симптомами (n = 175) показало хорошую переносимость при применении в течение трех месяцев. В сравнении с детьми, которые получали стандартное лечение такими ингаляционными препаратами, как кромоглин, недокромил, кортикостероиды, статистически значимых различий при оценке клинических и лабораторных побочных эффектов выявлено не было [28]. В последнее время появилась информация о монтелукасте для ингаляционного применения (в настоящее время это только данные исследований). В двойном слепом рандомизированном перекрестном исследовании оценили переносимость и бронходилатирующий эффект монтелукаста при ингаляционном применении в зависимости от дозы у 68 больных астмой 15-65 лет. Монтелукаст доставлялся с помощью порошкового ингалятора в дозировке от 25 до 1000 мкг. По сравнению с плацебо ингаляции монтелукаста в дозах 100, 250 и 1000 мкг существенно увеличивали ОФВ,. Значимых побочных эффектов выявлено не было. Переносимость ингаляционного монтелукаста не отличалась от таковой для плацебо [25].

Таким образом, сегодня определено важное место монтелукаста в лечении БА у детей, что отмечено как в ряде международных рекомендаций, так и в Российской национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008). Изучение международного и приобретение собственного опыта применения монтелукаста у детей с двух лет позволит существенно улучшить эффективность ведения детей с БА и АР начиная с раннего возраста.

Литература → С. 55



Для лечения пациентов с астмой и аллергическим ринитом, которым показан СИНГУЛЯР®†

Инструкция для специалистов по медицинскому применению лекарственного препарата СИНГУЛЯР®† / SINGULAIR®†

Торговое название: СИНГУЛЯР®

Международное непатентованное название: монтелукаст

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой / таблетки жевательные.

Состав. 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит: *Активное вещество*: монтелукаст – 10 мг, 5 мг, 4мг.

евтическая группа: лейкотриеновых рецепторов блокатор. Код ATX: R03DC03.

Показания к применению. Профилактика и длительное лечение бронхиальной астмы у взрослых и детей начиная с 2 лет, включая предупреждение дневных и ночных симптомов заболе вания, лечение аспиринчувствительных пациентов с бронхиальной астмой и предупреждение бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой. Купирование дневных и ночных симптомов сезонных аллергических ринитов (у взрослых и детей с 2 лет) и постоянных аллергических ринитов (у взрослых и петей с 2 пет)

Противопоказания. Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Детский

Применение при беременности и лактации. СИНГУЛЯР следует применять при беременности и в период кормления грудью, только если ожидаемая польза для матери превышает потенциальный

Способ применения и дозы. Внутрь 1 раз в сутки независимо от приема пиши. Для лечения бронхиальной астмы СИНГУЛЯР следует принимать вечером. При лечении аллергических ринитов доза может приниматься в любое время суток – по желанию пациента. Пациенты, страдающие астмой и аллергическими ринитами, должны принимать одну таблетку СИНГУЛЯРа один раз в сутки вечером. Взрослые в возрасте 15 лет и старше с астмой и/или аллергическим ринитами. Доза для взрослых и детей старше 15 лет составляет одну таблетку 10 мг в сутки. *Дети в возрасте от 6 до 14 лет с астмой и/или аллергическими ринитами*. Дозировка для детей в возрасте 2-5 лет составляет одну жевательную таблетку 4 мг в сутки.

Общие рекомендации. Пациенту следует продолжать принимать СИНГУЛЯР как в период достижения контроля за симптомами астмы, так и в периоды ее обострения. Для пожилых пациентов, пациентов с почечной недостаточностью, с легкими или среднетяжелыми нарушениями функции печени, а также в зависимости от пола специального подбора дозы не требуется

(монтелукаст натрия, MSD) азначение СИНГУЛЯРа одновременно с другими видами лечения астмы.

СИНГУЛЯР можно добавлять к лечению пациента бронходилататорами и ингаляционными кортикостероидами.

Побочное действие. В целом, СИНГУЛЯР хорошо переносится. Побочные эффекты обычно бывают легкими и, как правило, не требуют отмены лечения. Общая частота побочных эффектов, о которых сообщалось при применении СИНГУЛЯРа, сопоставима с таковой для плацебо: реакции гиперчувствительности; необычные яркие сновидения; галлюцинации; сонливость; раздражительность; возбуждение, включая агрессивное поведение; утомляемость; бессонница; парестезия/гипестезия и очень редко – судорожные припадки; тошнота, рвота, диарея, боли в животе; головная боль; артралгия; миалгия; мышечные судороги; тенденция к усилению кровоточивости, образованию подкожных кровоизлияний; сердцебиение; отеки.

Передозировка. Данных о симптомах передозировки при приеме СИНГУЛЯРа пациентами бронхиальной астмой в дозе, превышающей 200 мг/сут, в течение 22 недель и в дозе 900 мг/сут в течение 1 недели не выявлено. Имеются сообщения об острой передозировке монтелукаста у детей (прием не менее 150 мг препарата в сутки). Клинические и лабораторные данные при этом свидетельствуют о соответствии профиля безопасности СИНГУЛЯРа

у детей профилю его безопасности у взрослых и пожилых пациентов. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. СИНГУЛЯР можно назначать вместе с другими лекарственными средствами, традиционно применяемыми для профилактики и длительного лечения бронхиальной астмы.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: СИНГУЛЯР в таблетках не рекомендуется назначать для лечения острых приступов бронхиальной астмы. При остром течении астмы пациентам следует назначать лекарств ные препараты для проведения купирующей и предупреждающей приступы астмы терапии. СИН-ГУЛЯРом нельзя резко заменять ингаляционные и пероральные глюкокортикостероиды.

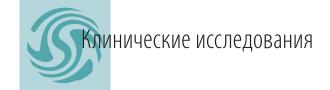
Влияние на способность управлять автомобилем или движущимися механизмами. Данных, свидетельствующих о том, что прием СИНГУЛЯРа влияет на способность управлять автомобилем или движущимися механизмами, не выявлено.

* Многоцентровое, двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование с участием 831 пациента в возрасте 15–85 лет с астмой, имеющего в анамнезе сезонный аллергический ринит. СИНГУЛЯР®† назначали по одной таблетке 10 мг на ночь (n = 415). Плацебо получали 416 пациен-. тов. Основной конечной точкой была ежедневная оценка симптомов ринита: дневные и ночные симптомы.

Литература: 1. ARIA at-a-glance. Allergic Rhinitis Pocket Reference. www.whiar.org. 2. Bousquet J van Cauwenberge P, Ait Khaled N, et al. Pharmacologic and anti-IgE treatment of allergic rhinitis ARIA update (in collaboration with GA2LEN). Allergy 2006;61:1086–1096. 3. Philip G, Nayak AS, Berger WE, et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. Curr Med Res Opin, 2004;20:1549-1558

Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с Полной инструкцией для Врачей.

ООО «МСД Фармасьютикалс»: Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94. www.merck.com Copyright © Merc Sharp & Dohme Corp., подразделение Merc & Co., Inc., Уайтхаус-Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены. †СИНГУЛЯР® — зарегистрированная торговая марка Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, 02-2013-SGA-02-2011-RUS-014-JA



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра детских болезней

Выбор топических средств для лечения заболеваний полости рта и глотки у детей с хронической патологией

К.м.н. М.Д. ВЕЛИКОРЕЦКАЯ, к.м.н. Л.С. СТАРОСТИНА

Ведущее место в структуре инфекционной патологии у детей первых лет жизни (41,6%) занимают заболевания верхних отделов респираторного тракта. Частая заболеваемость сдерживает темпы психомоторного и физического развития ребенка. В среднем за год ребенок болеет острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) до 6–10 раз в год. Эти инфекции вызываются, как правило, вирусами, нередко в ассоциации с микроорганизмами: микоплазмами, хламидиями, патогенными грибками. Заболевание может протекать с осложнениями – формированием тяжелой бронхолегочной патологии или хронических очагов инфекции респираторной системы. Ввиду разнообразия вирусов (более 200 видов) иммунная система человека не в состоянии выработать устойчивый иммунитет, поэтому необходима дополнительная защита или своевременная и адекватная терапия, которая поможет ребенку справиться с заболеванием.

ервым барьером на пути вдыхаемых частиц атмосферного воздуха, который содержит различные микроорганизмы, являются нос и гортань. В них происходит согревание, увлажнение, фильтрация и регуляция потока воздуха. Что защищает респираторный тракт от инфекционных агентов и поллютантов окружающей среды? В первую очередь это слизистая бронхиальных путей – верхних ее отделов, которая выполняет функ-

ции осаждения чужеродных агентов и растворения токсических субстанций. При попадании вирусов на слизистую происходит активация бактериальной инфекции. На этом фоне возникает потеря эпителиальных клеток, несущих реснички, замедление частоты биения ресничек и снижение продукции слизи с изменением ее реологических свойств и транспорта ионов, а также изменение клеточных рецепторов бактериального прилипания.

Тактика терапии в очень малой степени определяется видом вирусного возбудителя, а в большей степени - уровнем преимущественной локализации патологического процесса (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит). Инфекционные заболевания верхних отделов дыхательного тракта вызывают такие местные симптомы, как боль или «першение» в горле (фарингит), ринорея или заложенность носа (50%), чувство давления и боль в области лица (синусит), кашель (40%). Эти симптомы могут сопровождаться общим недомоганием, интоксикацией. Ребенок до определенного возраста не может предъявить конкретной жалобы, поэтому стоит учитывать клинические проявления: изменение окраски слизистых ротоглотки, отказ от приема пищи «кусочками» или появление капризности при приеме пищи. По статистике, боль в горле является наиболее частой жалобой, с которой пациенты обращаются за медицинской помощью. Каж-

дый взрослый в среднем 2-3 раза

в год испытывает боль в горле.

По данным Министерства здраво-

охранения Великобритании, еже-

годно каждый врач общей практи-

ки принимает около 500 человек

с жалобой на боль в горле и ин-

фекциями верхних дыхательных

путей (ВДП).

Основными принципами терапии заболеваний верхних отделов респираторного тракта и полости рта у детей являются: уменьшение выраженности симптомов болезни, предотвращение развития гнойных и негнойных осложнений при бактериальной инфекции, уменьшение частоты развития побочных эффектов лечения. Существуют определенные требования к препаратам, используемым в педиатрии для лечения заболеваний ВДП. Это наличие антимикробного эффекта, противовоспалительные свойства, условие сохранения иммунобиологического баланса слизистых оболочек в той степени, в которой это делают антибактериальные препараты, определение адекватной дозы и оптимальных способов введения препаратов. Антибиотики в лечении ОРВИ показаны только в случае развития бактериальных осложнений (синусит, отит, пневмония, бронхит). Формы выпуска препаратов для местного лечения заболеваний ВДП бывают различны: спрей, растворы для промывания или полоскания, таблетки для рассасывания.

В Университетской детской клинической больнице (УДКБ) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было проведено рандомизированное перспективное сравнительное исследование по использованию антибактериальных препаратов местного лечения при инфекциях, сопровождающихся болью в горле или локальным воспалением в ротоглотке. Всего в данном исследовании участвовало 50 детей в возрасте от 2 до 12 лет (рис. 1).

При присоединении респираторных симптомов дети получали один из выбранных слепым методом препаратов: Гексорал или Тантум Верде.

Препарат Гексорал обладает широким спектром антибактериального и противогрибковым действием, в частности в отношении грамположительных бактерий и грибов рода *Candida*, однако может также оказывать эффект при лечении инфекций, вызванных, например, *Pseudomonas aerugino-*

sa или Proteus. Противомикробное действие препарата связано подавлением окислительных реакций метаболизма бактерий (антагонист тиамина). В концентрации 100 мг/мл препарат подавляет большинство штаммов бактерий. Развитие устойчивости не наблюдается. Действующее вещество гексэтидин оказывает анестезирующее действие на слизистую оболочку ротоглотки, хорошо на ней адгезируется и практически не всасывается. После однократного применения действующего вещества его следы обнаруживают в бляшках на зубах в активных концентрациях до 10-14 часов, а на слизистой лесен - в течение 65 часов после применения.

Тантум Верде – препарат, основным действующим веществом которого является бензидамина гидрохлорид. Это нестероидное противовоспалительное средство из группы индозолов для местного применения в ЛОР-практике и в стоматологии. Оказывает противовоспалительное и местное анальгезирующее действие. Механизм действия препарата связан со стабилизацией клеточных мембран и ингибированием синтеза простагландинов.

При местном применении препарат хорошо абсорбируется через слизистые оболочки и проникает в воспаленные ткани.

В УДКБ дети находились с различной соматической патологией: бронхиальной астмой, бронхитами, ювенильным ревматоидным артри-

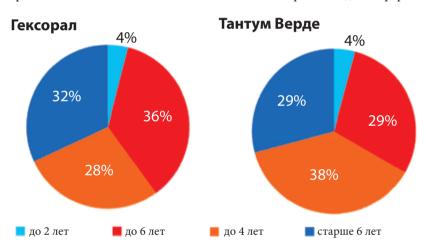


Рис. 1. Возрастные группы детей, получивших один из выбранных слепым методом препаратов – Гексорал или Тантум Верде

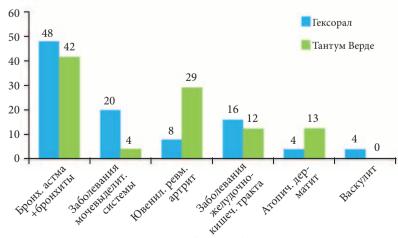


Рис. 2. Основные нозологические формы у детей, получавших местную противовоспалительную терапию

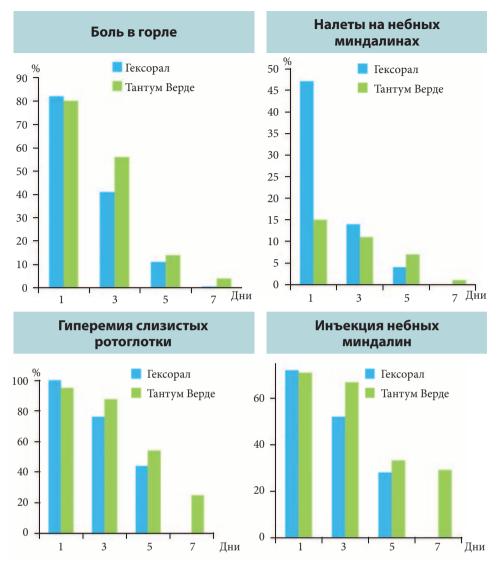
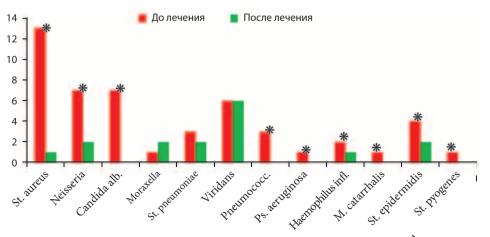


Рис. 3. Распределение основных клинических симптомов в двух исследуемых группах



*изменения статистически достоверны Рис. 4. Динамика редко выявляемых возбудителей ротоглотки до и после лечения препаратом Гексорал

том, заболеваниями желудочнокишечного тракта и мочевыделительной системы (рис. 2) и др. Количество девочек и мальчиков было приблизительно одинаково. Все дети, разделенные на 2 группы в зависимости от получаемого препарата, осматривались педиатром и ЛОР-врачом, у них были взяты мазки на флору из ротоглотки до лечения и на 5–7-й день, а также общий анализ крови на 1-й и 5-й

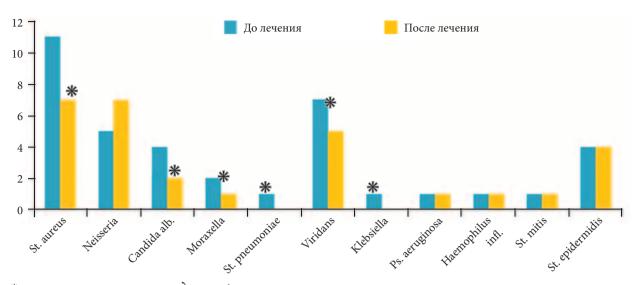
день исследования.

В клинической картине отмечались: боль в горле, налеты на небных миндалинах или только их гиперемия и инъецированность, изменения задней стенки глотки. Данные симптомы распределились в двух исследуемых группах приблизительно одинаково (рис. 3). Однако динамика уменьшения выявленных симптомов была различна. В группе детей, получающих Гексорал (рис. 4), на 3-й день происходило резкое уменьшение всех изменений в ротоглотке, а на 5-7-й день - купирование воспалительного процесса, в отличие от группы, которая получала Тантум Верде (рис. 5) (p < 0,05).

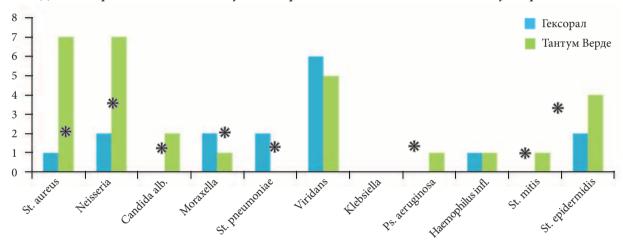
У каждого ребенка были взяты мазки из ротоглотки до начала терапии и на 5–7-й день лечения. В результате посева со слизистой выявлялись различные бактериальные возбудители: St. aureus, Neisseria, Moraxella, St. pneumoniae, Viridans, Klebsiella и другие в достоверных титрах (10^3 и более) (p < 0.05).

Стоит отметить, что на фоне лечения Гексоралом количество возбудителей достоверно сократилось (p < 0.02), а некоторые элиминировали полностью (рис. 6).

В анализах крови, которые исследовались до лечения и на 5-й день проводимой терапии, также отмечены положительные результаты в группе детей, получавших Гексорал, достоверно снижалось количество лейкоцитов и повышенного показателя СОЭ (р < 0,05) (рис. 7). У детей, получающих местную противовоспалительную терапию, не было отмечено ни аллергических, ни других побочных эффектов от применения исследуемых препаратов.



* изменения статистически достоверны Рис. 5. Динамика редко выявляемых возбудителей ротоглотки до и после лечения Тантум Верде



*изменения статистически достоверны Рис. 6. Сравнение результатов по выявленным возбудителям после лечения препаратами Гексорал и Тантум Верде

Учитывая положительную динамику клинических проявлений и лабораторных данных на фоне проводимой терапии, можно предположить основной патогенетический механизм действия препарата Гексорал, направленный на подавление окислительных реакций метаболизма бактерий, вызвавших воспаление в ротоглотке.

Выбирая препараты для лечения воспалительных заболеваний ротоглотки у детей, необходимо использовать наиболее эффективные и безопасные средства, которые способствуют более быстрому выздоровлению, уменьшению выраженности симптомов болезни, не вызывая побочных эффектов от проводимой терапии.

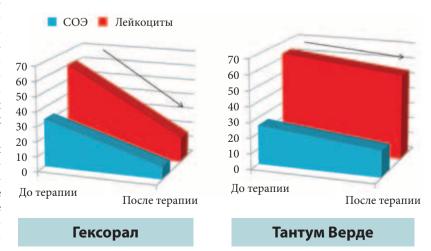


Рис. 7. Динамика лабораторных показателей до и после терапии препаратами Гексорал и Тантум Верде

← Литература

C. 55



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра детских болезней

Значение азитромицина при инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов у детей в амбулаторных условиях

К.м.н. И.А. ДРОНОВ

В современных условиях более чем в 80% случаев показаниями для назначения антибиотиков в педиатрической практике являются инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов. При этом в большинстве случаев антибактериальная терапия проводится в амбулаторных условиях. К антибиотикам, применяемым у детей в амбулаторных условиях, предъявляется ряд важных требований, обеспечивающих успешное лечение.

Высокая эффективность при данном заболевании

В большинстве случаев в амбулаторных условиях проводится эмпирическая антибактериальная терапия, без лабораторного выявления конкретного возбудителя. В связи с этим необходимо, чтобы применяемый антибиотик воздействовал на максимально широкий спектр потенциальных возбудителей.

Высокий профиль безопасности

В амбулаторных условиях, в отличие от стационара, отсутствует перманентное наблюдение медицинского персонала за пациентом и, соответственно, ограничены возможности по раннему выявлению побочных действий при использовании ле-

карственных средств и проведению своевременной коррекции. В данных условиях риск развития нежелательных лекарственных явлений должен быть сведен к минимуму.

Высокая комплаентность

С современных позиций считается недопустимым применение инъекционных лекарственных средств у детей в амбулаторных условиях, кроме отдельных исключительных случаев (например, отказ родителей от госпитализации). Соответственно, для лечения на дому необходимы лекарственные средства, которые можно принимать перорально. Также важным условием является использование у детей, особенно раннего возраста, специальной жидкой формы препара-

та (суспензия, сироп, раствор для приема внутрь). В связи с этим возникает еще ряд важных обстоятельств, например, необходимость приспособления для правильной и удобной дозировки лекарственного средства, а также, если требуется, простота приготовления готовой формы препарата. Также крайне важен оптимальный режим применения лекарственного средства. К основным методам, повышающим комплаентность лечения, относятся уменьшение кратности приема препарата и длительности курса лечения.

Указанным требованиям в полной мере соответствует препарат из группы макролидов азитромицин (Сумамед®). Азитромицин (Сумамед[®]) - полусинтетический антибиотик, по химической структуре является единственным применяемым в клинической практике представителем особой подгруппы 15-членных макролидов, содержащих в своем составе атом азота, в связи с чем препарат часто выделяют в отдельную группу - азалиды. Наличие атома азота определяет многократно большую кислотоустойчивость азитромицина по сравнению с другими макролидами (в 300 раз выше, чем у эритромицина) [1].



Спектр активности

Азитромицин, как и другие макролиды, обладает высокой активностью в отношении многих грамположительных бактерий: стафилококков (метициллинчувствительных), стрептококков (включая Streptococcus pneumoniae), Listeria monocytogenes, Corynebacterium diphtheriae. Азитромицин отличается от других макролидов существенно большей активностью в отношении грамотрицательных бактерий. Он превосходит другие препараты группы по эффективности против Haemophilus spp., Moraxella catarrhalis, Neisseria spp., Bartonella spp. и Campylobacter jejuni; в отличие от других макролидов, в больших концентрациях способен подавлять рост многих бактерий семейства Enterobacteriaceae (Escherichia coli, Salmonella spp., Shigella spp. и др.); так же как другие макролиды, проявляет активность в отношении Bordetella pertussis, Helicobacter pylori и некоторых других. Как и другие макролиды, азитромицин высокоактивен в отношении внутриклеточных возбудителей: Mycoplasma spp., Chlamydia spp., Legionella pneumophila и др. Кроме того, азитромицин наряду с другими макролидами обладает определенной активностью в отношении риккетсий, спирохет, некоторых микобактерий, анаэробных бактерий и простейших (возбудителей токсоплазмоза, криптоспоридиоза и малярии) [1–3].

Азитромицин, как и другие макролиды, оказывает преимущественно бактериостатическое действие, которое обусловлено подавлением синтеза белка на рибосомах бактерий. Однако на основных бактериальных возбудителей респираторных инфекций - Streptococcus pyogenes, S. pneumoniae, Haemophilus influenzae – препарат оказывает бактерицидное действие [1–3]. В отношении этих же возбудителей азитромицин проявляет постантибиотический эффект (подавление роста бактерий, продолжающееся в течение некоторого времени после элиминации антибиотика) [1].

Фармакокинетика

Азитромицин имеет уникальную фармакокинетику, выгодно отличающую препарат от всех макролидов и многих антибиотиков из других групп. Биодоступность азитромицина после приема внутрь составляет 37-38% [1-3]. Благодаря высокой кислотоустойчивости препарат не разрушается в желудке. Пища не влияет на всасывание препарата в форме суспензии, но снижает биодоступность при использовании азитромицина в виде капсул [1]. Максимальная концентрация препарата в крови после приема внутрь наблюдается в среднем через 2-3 часа. Связывание препарата с белками плазмы находится в обратной зависимости от концентрации в крови и составляет от 7 до 51%. Азитромицин в очень большом количестве накапливается внутриклеточно, благодаря чему его концентрация во многих тканях организма в 10-200 раз превышает концентрацию в крови. Наиболее высокие концентрации препарата создаются в миндалинах, аденоидах, бронхиальном секрете, слизистой бронхов, жидкости, выстилающей эпителий альвеол, экссудате среднего уха. Именно там они намного превышают МПК для большинства бактериальных возбудителей, вызывающих инфекции данной локализации. Накапливаясь в большом количестве в фагоцитах, азитромицин с помощью этих клеток транспортируется в очаг воспаления, где происходит постепенное высвобождение препарата. Азитромицин имеет очень большой период полувыведения – от 2 до 4 суток (в среднем 68 часов), благодаря чему эффективная концентрация препарата в тканях сохраняется в течение 4-7 дней после завершения курса лечения. Большая часть азитромицина выводится с желчью, небольшая (4,5-6%) – с мочой [1-3].

По данным большинства исследований, частота нежелательных явлений на фоне приема азитромицина составляет около 9%. При этом в большинстве случаев отмечаются умеренные реакции

со стороны желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота, рвота, диарея и др.), которые, как правило, не требуют отмены препарата. Редко или очень редко наблюдаются изменения со стороны нервной системы (головная боль, головокружение, сонливость и др.), изменения лабораторных показателей (уровень печеночных ферментов и др.), аллергические реакции (кожная сыпь, отек Квинке и др.), развитие вагинального кандидоза и интерстициального нефрита [1–4].

Азитромицин оказывает преимущественно бактериостатическое действие, которое обусловлено подавлением синтеза белка на рибосомах бактерий. Однако на основных бактериальных возбудителей респираторных инфекций – Streptococcus pyogenes, Streptococcus. pneumoniae, Наеторніlus influenzae – препарат оказывает бактерицидное действие. В отношении этих же возбудителей азитромицин проявляет постантибиотический эффект.

Применение в педиатрии

В России оригинальный препарат азитромицина - Сумамед[®] зарегистрирован в виде капсул в дозе 250 мг, таблеток, покрытых оболочкой, в дозе 125 и 500 мг, порошка для приготовления суспензии для приема внутрь в дозе 100 мг / 5 мл и 200 мг / 5 мл (Сумамед[®] форте), а также в виде лиофилизата для приготовления раствора для инфузии в дозе 500 мг. Пероральные формы препарата не имеют возрастных ограничений, но рекомендуются для применения детьми старше 6 месяцев в виде суспензии для приема внутрь и таблеток в дозе 125 мг. Необходимо отметить, что препарат в форме порошка для приготовления суспензии поставляется в комплекте с дозировочной двусторонней



ложкой (на 2,5 и 5 мл) и дозировочным шприцем (на 5 мл), что обеспечивает удобство дозирования препарата.

В России оригинальный препарат азитромицина – Сумамед® зарегистрирован в виде капсул в дозе 250 мг, таблеток, покрытых оболочкой, в дозе 125 и 500 мг, порошка для приготовления суспензии для приема внутрь в дозе 100 мг / 5 мл и 200 мг / 5 мл (Сумамед® форте), а также в виде лиофилизата для приготовления раствора для инфузии в дозе 500 мг.

Показаниями к применению азитромицина у детей являются инфекции верхних дыхательных путей и уха (бактериальный фарингит, тонзиллит, синусит, средний отит), инфекции нижних отделов дыхательных путей (бактериальный бронхит, пневмония, обострение хронического бронхита), а также инфекции кожи и мягких тканей, вызванные чувствительными к препарату бактериями. Фармакокинетические свойства препарата дают основания применять его при большинстве инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов у детей один раз в сутки в виде коротких курсов (до 5 дней) в суммарной дозе от 30 до 60 мг/кг. Отдельного рассмотрения требуют вопросы рационального применения азитромицина при различных заболеваниях.

Стрептококковый тонзиллофарингит

Стрептококковый тонзиллит (ангина) и стрептококковый фарингит, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, являются отдельными заболеваниями, вызванными одним возбудителем – β-гемолитическим стрептококком группы А (S. pyogenes, БГСА). Однако, поскольку в большинстве

случаев отмечается сочетанное поражение миндалин и глотки, оба заболевания имеют сходные проявления, вызывают одни и те же осложнения и требуют одинакового лечения. В настоящее время во многих зарубежных и ряде отечественных руководств используется термин «стрептококковый тонзиллофарингит». Стрептококковый тонзиллофарингит опасен развитием тяжелых осложнений, которые делятся на 2 группы:

- ранние инфекционные осложнения паратонзиллярный абсцесс, лимфаденит, гнойные отит и синусит;
- поздние, неинфекционные осложнения – гломерулонефрит и острая ревматическая лихорадка.

При стрептококковом тонзиллофарингите обязательно проводится антибактериальная терапия, которая направлена не только на излечение пациента, но и на эрадикацию БГСА из организма, что позволяет избежать развития тяжелых поздних осложнений и рецидивов заболевания, а также предотвратить распространение инфекции. БГСА не способен формировать резистентность к пенициллинам, поэтому в качестве препаратов выбора рассматриваются феноксиметилпенициллин и амоксициллин, в особых случаях также может быть использована однократная инъекция бензатина бензилпенициллина. Однако клинический эффект при использовании пенициллинов достигается не всегда. Одной из ведущих причин неэффективности пенициллинов является феноменом ко-патогенности - продукция β-лактамаз другими бактериями полости рта (стафилококки, анаэробные бактерии). В этом случае рекомендуется применение альтернативных препаратов, устойчивых к β-лактамазам, - ингибиторозащищенных пенициллинов или цефалоспоринов 1-го поколения. Второй ведущей причиной неэффективности пенициллинов является низкая комплаентность 10-дневного курса лечения, который требуется для эрадикации БГСА. Макролиды, в том числе азитромицин,

а также линкозамиды позиционируются при стрептококковом тонзиллофарингите как альтернативные средства, прежде всего при аллергии на β-лактамные антибиотики [5–6].

Причина ограниченного применения макролидов при стрептококковых инфекциях - наличие у БГСА механизмов резистентности к этим антибиотикам. Поэтому вопрос о применении макролидов при стрептококковом тонзиллофарнигите должен решаться с учетом локальных данных о чувствительности возбудителя к антибиотикам. По результатам российского мультицентрового исследования ПеГАС-І, проведенного в 16 городах России, резистентность S. pyogenes (включая умеренно-резистентные штаммы) к макролидам в 2001-2003 гг. составляла от 0,3% к мидекамицину до 8% к эритромицину и азитромицину [7]. Однако, по предварительным данным последнего аналогичного исследования ПеГАС-III, резистентность БГСА к эритромицину в 2006-2009 гг. составляла 3% [8]. Полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что резистентность S. pyogenes к макролидам в России не только не увеличивается, но и уменьшается. Безусловно, это является предиктором высокой эффективности макролидов при стрептококковом тонзиллофарингите.

Для всех альтернативных препаратов рекомендуемый курс терапии при стрептококковом тонзиллофарингите также составляет 10 дней. Единственным исключением является азитромицин, который может применяться более коротким курсом. Это обусловлено особенностями фармакокинетики препарата, в частности тем, что после перорального приема в небных миндалинах длительно отмечается очень высокая концентрация азитромицина, многократно превышающая МПК для БГСА. В научной литературе представлены данные многочисленных исследований эффективности азитромицина при стрептококковом тонзиллофарингите у детей. По дан-



таблетки 500 мг, 125 мг капсулы 250 мг порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 200 мг/5 мл,100 мг/5 мл лиофилизат для приготовления раствора для инфузий, 500 мг

...20 rem yonewhoro krahareckoro onuma



Инфекции верхних и нижних дыхательных путей

Признанный стандарт эмпирической антибактериальной терапии в педиатрии





За дополнительной информацией обращаться:

Общество с ограниченной ответственностью «Тева» Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 1 Тел. +7.495.6442234 | Факс. +7.495.6442235 | www.teva.ru Группа компаний Teva: ООО «Тева» | ООО «ПЛИВА РУС» ООО «ратиофарм РУС» | IVAX | PLIVA | ratiopharm



ным кокрановского систематического обзора, короткие курсы азитромицина (3-6 дней) при стрептококковом тонзиллофарингите у детей обладают высокой эффективностью, не уступающей препарату выбора - феноксиметилпенициллину [9]. Однако до настоящего времени окончательно не решен вопрос об оптимальной длительности и курсовой дозе азитромицина при стрептококковом тонзиллофарингите. В частности, в исследовании швейцарской группы по изучению фарингита установлено, что 3-дневный курс азитромицина обеспечивает эрадикацию возбудителя в 2 раза реже по сравнению с 10-дневным курсом феноксиметилпенициллина (38 и 81% соответственно), при одинаково высокой клинической эффективности [10]. Российские эксперты рекомендуют для лечения стрептококкового тонзиллофарингита у детей использовать азитромицин в течение 5 дней в суточной дозе 12 мг/кг [11]. Аналогичной рекомендации придерживается Американская кардиологическая ассоциация [12].

По данным кокрановского систематического обзора, короткие курсы азитромицина не уступают по эффективности стандартным курсам других антибиотиков (более 7 дней), но при этом на фоне приема азитромицина существенно реже отмечаются нежелательные лекарственные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта.

Острый средний отит

Среди бактерий наиболее частыми возбудителями острого среднего отита являются *H. influenzae* и *S. pneumoniae*. Несмотря на то, что до 70% случаев заболевания может проходить без применения антибактериальной терапии, чаще всего антибиотики долж-

ны быть назначены. Это связано с серьезными осложнениями, которые нередко наблюдаются при остром среднем отите – перфорация барабанной перепонки, формирование хронического гнойного отита, гнойный менингит, абсцесс головного мозга и другие.

Препаратом выбора для лечения острого среднего отита является амоксициллин, который в подавляющем большинстве случаев высокоэффективен против гемофильной палочки и пневмококка. В случае неэффективности стартовой терапии амоксициллином в течение 3 дней рекомендуется его замена на ингибиторозащищенный пенициллин или цефалоспорины 2-3-го поколения, которые устойчивы к воздействию β-лактамаз H. influenzae. В качестве альтернативной терапии, прежде всего при аллергии на β-лактамные антибиотики, рекомендуется использовать прежде всего азитромицин, который является единственным макролидом с высокой активностью против гемофильной палочки: МПК кларитромицина в 4-8 раз выше, а другие макролиды не обладают клинически значимой активностью против H. influenzae [1–3, 5]. По данным российского исследования антимикробной резистентности ПеГАС-III, проведенного в 2006-2009 гг. в нескольких десятках городов страны, азитромицин сохраняет высокую активность в отношении 92,7% штаммов S. pneumoniae [13].

Рекомендуемая длительность антибактериальной терапии острого среднего отита составляет 7-10 дней для всех препаратов, кроме азитромицина, который можно использовать только 3 дня. По данным кокрановского систематического обзора, короткие курсы азитромицина не уступают по эффективности стандартным курсам других антибиотиков (более 7 дней), но при этом на фоне приема азитромицина существенно реже отмечаются нежелательные лекарственные реакции со стороны желудочнокишечного тракта [14].

В научной литературе представлено большое количество доказательных клинических исследований, в которых сравнивалась эффективность азитромицина с другими антибиотиками (прежде всего с ко-амоксиклавом) при остром среднем отите у детей. В ряде работ было показано, что клиническая эффективность 3-дневного курса азитромицина (в дозе 10 мг/кг в сутки) сопоставима со стандартным курсом ко-амоксиклава (7-10 дней в дозе 40-45 мг/кг в сутки в расчете на амоксициллин) [15-17]. Также сопоставимая эффективность терапии была получена у детей с рецидивирующим и персистирующим острым средним отитом при использовании высоких доз азитромицина (20 мг/кг в сутки) в течение 3 дней и ко-амоксиклава в течение 10 дней (в дозе 90 мг/кг в сутки в расчете на амоксициллин). При этом комплаентность лечения была выше у пациентов, получавших азитромицин [18].

Гнойный риносинусит

При нетяжелом риносинусите лечение может проводиться в амбулаторных условиях. Основными возбудителями риносинусита, так же как и острого среднего отита, являются S. pneumoniae и H. influenzae. У детей до 5 лет частым возбудителем также является M. catarrhalis. Рекомендуется использовать те же антибиотики, что и при остром среднем отите [5-6]. Азитромицин при риносинусите, так же как при остром среднем отите, назначается на 3 дня. В ряде исследований было показана, что клиническая эффективность 3-дневного курса азитромицина (в дозе 10 мг/кг в сутки) при остром и подостром синусите у детей сопоставима со стандартным курсом ко-амоксиклава (10 дней в дозе 45 мг/кг в сутки в расчете на амоксициллин) [19-20].

Внебольничная пневмония

Возбудители пневмонии существенно различаются у детей разного возраста. Лечение пневмонии у детей старше 6 месяцев



во многих случаях может проводиться амбулаторно. У детей старше 6 месяцев ведущим возбудителем внебольничной пневмонии является S. pneumoniae. В редких случаях пневмонию у детей (как правило, до 6 лет) может вызывать H. influenzae. В то же время частыми возбудителями пневмонии являются атипичные бактерии – Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae, доля которых существенно увеличивается с возрастом, и у подростков они играют основную этиологическую роль при внебольничной пневмонии [5]. В амбулаторных условиях для лечения пневмонии, вызванной типичными возбудителями, препаратами выбора являются амоксициллин и ингибиторозащищенные пенициллины. В качестве альтернативных средств рассматриваются цефуроксима аксетил, а также макролиды, эффективные в отношении гемофильной палочки, - азитромицин и кларитромицин. При пневмонии, вызванной атипичными возбудителями, у детей используются макролиды, которые обладают высокой стабильной активностью в отношении М. pneumoniae и С. pneumoniae. Другие антибактериальные средства при пневмонии данной этиологии не применяются либо из-за отсутствия активности против данных возбудителей (все β-лактамные антибиотики, аминогликозиды, линкозамиды), либо из-за возрастных ограничений (фторхинолоны, тетрациклины).

При нетяжелой пневмонии, вызванной типичными бактериями, продолжительность антибактериальной терапии, как правило, составляет 5–10 дней. При пневмонии, вызванной атипичными бактериями, лечение должно быть более длительным – до 14 дней.

В то же время, независимо от этиологии, курс лечения азитромицином составляет 3 дня.

Учитывая, что в клинической практике далеко не всегда можно дифференцировать пневмонию, вызванную типичными и атипичными возбудителями, для стартовой эмпирической терапии нетяжелой внебольничной пневмонии у детей наиболее рационально использовать антибиотики из группы макролидов, прежде всего азитромицин, который обладает высокой активностью как в отношении типичных (S. pneumoniae, H. influenzae), так и в отношении атипичных возбудителей. Кроме того, целесообразность использования азитромишина при пневмонии основывается на фармококинетических свойствах препарата, поскольку в легочной ткани создаются его высокие концентрации.

Проведенные доказательные исследования показали, по клинической эффективности при внебольничной пневмонии у детей азитромицин не уступает другим антибиотикам. В двух рандомизированных клинических исследованиях было показано, что эмпирическая терапия азитромицином в течение 5 дней у детей в возрасте с 6 месяцев до 16 лет обладает таким же высоким клиническим эффектом, как терапия ко-амоксиклавом (у детей до 5 лет) или эритромицином (у детей старше 5 лет) в течение 10 дней. При этом нежелательные явления при использовании азитромицина наблюдались существенно реже [21-22]. Еще в одном исследовании азитромицин (длительность курса – 3 дня) показал несколько большую эффективность по сравнению с целенаправленной антибактериальной терапией: при пневмонии,

вызванной типичными бактериями, назначали амоксициллин на 7 дней, а при пневмонии, вызванной антипичными бактериями, применяли эритромицин в течение 14 дней [23].

Для стартовой эмпирической терапии нетяжелой внебольничной пневмонии у детей наиболее рационально использовать антибиотики из группы макролидов, прежде всего азитромицин, который обладает высокой активностью как в отношении типичных (S. pneumoniae, H. influenzae), так и в отношении атипичных возбудителей.

В 2010 г. в рамках XX Европейского конгресса по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ECCMID) были представлены результаты проспективного международного многоцентрового исследования SuPoRTI, включавшего 550 взрослых и детей в 26 центрах 3 стран. Показано, что через 20 лет после начала использования в клинической практике азитромицин сохраняет высокую эффективность при инфекциях дыхательных путей (острый фарингит, острый синусит и острый средний отит, обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония) [24]. Таким образом, анализ научной литературы показывает, что препарат азитромицин (Сумамед[®]) обладает оптимальными качествами для антибактериальной терапии при инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов у детей в амбулаторных условиях.

← Литература C. 54



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Университетская детская клиническая больница)

Современные методы лечения кашля при острых респираторных заболеваниях у детей

Д.м.н., проф. Н.А. ГЕППЕ, к.м.н. Н.А. СЕЛИВЕРСТОВА, М.Г. УТЮШЕВА

Острые респираторные заболевания являются самыми частыми заболеваниями у детей. Высокая заболеваемость острыми респираторными инфекциями обусловлена наличием большого количества серотипов возбудителей, их изменчивостью, несовершенством и нестойкостью иммунитета [1]. Наиболее высокая заболеваемость острыми респираторными заболеваниями и возможный риск возникновения серьезных осложнений наблюдаются у детей раннего возраста [2].

еспираторные вирусы повреждают мерцательный эпителий слизистой оболочки дыхательного тракта, увеличивают ее проницаемость для аллергенов, токсических веществ и чувствительность рецепторов подслизистого слоя бронхов, что вызывает повышение бронхиальной гиперреактивности и возникновение обструктивных проявлений у детей [3, 4, 5]. Вирусные инфекции являются наиболее частыми провокаторами возникновения обструктивного синдрома и обострений бронхиальной астмы у детей раннего возраста [6, 7, 8].

При лечении острых респираторных заболеваний нередко возникает необходимость воздействовать на различные компонен-

ты патологического процесса [9]. Для эффективного отхождения мокроты и улучшения бронхиальной проходимости при кашле положительный эффект может быть достигнут при сочетанном назначении муколитиков и бронхолитиков.

Аскорил экспекторант («Гленмарк») является комбинированным препаратом, в состав которого входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин, рацементол. Компоненты Аскорила экспекторанта оказывают бронхолитическое и отхаркивающее действие. Сальбутамол является селективным β_2 -агонистом, практически не оказывает действия на β_1 -адренорецепторы сердца. В некоторых работах отмечается его влияние на мукоцилиарный

клиренс (стимулирует секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия) [10]. Бромгексина гидрохлорид обладает выраженным муколитическим и отхаркивающим действием посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты; он также стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант, который обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания, защиту от неблагоприятных факторов [11]. Гвайфенезин стимулирует секрецию жидкой части бронхиальной слизи, уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты [12]. Ментол (рацементол) оказывает мягкое спазмолитическое действие, обладает слабыми антисептическими свойствами. Все эти свойства различных компонентов Аскорила экспекторанта снижают вязкость мокроты и облегчают ее эвакуацию из дыхательных путей [13]. Целью нашего исследования являлась оценка клинической эффективности и безопасности терапии Аскорилом экспекторантом у детей с острыми респираторными заболеваниями, протекающими с кашлем, в сравнении с Бромгексином.

Под наблюдением находились 105 детей в возрасте от 2 до 10 лет с легким или среднетяжелым течением ОРЗ, у которых острые респираторные заболевания протекали с кашлем вследствие ларингита, фарингита, трахеита, бронхита. Пациенты 1-й группы (75 детей, основная группа) получали лечение Аскорилом экспекторантом, пациенты 2-й группы (30 детей, группа сравнения) получали Бромгексин. Дети в обеих группах были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст детей в 1-й группе составил $4,0 \pm 2,0$ года (мальчиков 51/68,0%и девочек 24/32,0%), во 2-й груп- $\pi e - 4,1 \pm 1,9$ года (20/66,7%) и 10/33,3% соответственно)). Наличие аллергического фона отмечалось у 55,4% детей 1-й группы и у 53,3% детей 2-й группы.

В исследование не включались пациенты, принимавшие бронхолитические, муколитические, антигистаминные препараты, ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, другие противокашлевые препараты, а также пациенты, принимавшие антибиотики в течение предшествующих 10 лней.

При острой респираторной инфекции детям 1-й группы назначался Аскорил экспекторант в возрастной дозировке: детям от 2 до 6 лет по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в сутки, детям от 6 до 10 лет по 5–10 мл (1–2 чайные ложки) 3 раза в сутки. Курс лечения был начат в первые сутки начала заболевания. Продолжительность лечения составляла 7–10 дней в зависимости от динамики состояния пациентов. Детям 2-й группы Бромгексин назначался на такой же период.

Эффективность лечения оценивалась ежедневно по выраженности симптомов ОРЗ, отмечаемых в дневниках родителями, и по данным клинического осмотра врача в 1, 3, 5, 7–10-й дни терапии. На каждого ребенка заполнялась индивидуальная карта, в которой регистрировался диагноз заболевания, динамика клинических симптомов ОРЗ,

оценка выраженности кашля, одышки, выделения мокроты. Клинические симптомы (симптомы ОРЗ, затруднения при откашливании мокроты, выраженность одышки) оценивались в баллах (0 – не выражены, 1 – слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – сильно выражены). Мы также учитывали выраженность кашля в течение дня и ночи. Проводился анализ суммарной балльной оценки симптомов.

В течение всего периода наблюдения проводился мониторинг нежелательных эффектов, связанных с использованием препарата, измерялись также частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое давление до приема препарата и через 20 и 60 минут после приема в первый день лечения и на 7–10-й день терапии. У 10 детей 2–5 лет одновременно оценивались показатели ЭКГ.

У всех детей проводилась оценка функции внешнего дыхания с помощью бронхофонографии, а у детей старше 6 лет оценивались также и спирографические показатели. Исследование проводили до приема и через час после приема Аскорила экспекторанта и Бромгексина в каждое посещение врача.

Спирографическое исследование выполнялось на аппарате «Spirosift Fucuda 3000». Регистрировались форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду, пиковая скорость выдоха (ПСВ), минимальная объемная скорость на уровне 25, 50, 75% ЖЕЛ.

Бронхофонографическое исследование легких проводилось с помощью компьютерного акустического диагностического комплекса (КАДК) «Паттерн-01». Данный метод позволяет зафиксировать звуковые характеристики паттерна дыхания в частотном диапазоне от 200 до 12 600 Гц. Зона высоких частот (выше 5000 Гц) отражает обструктивные изменения в дыхательных путях [14]. С помощью бронхофонографии

можно оценить следующие параметры: частотно-амплитудные характеристики дыхательных шумов; длительность респираторного цикла; длительность и соотношение фаз выдоха и вдоха; наличие высокочастотных колебаний; акустический компонент работы дыхания (АКРД).

Аскорил экспекторант («Гленмарк») является комбинированным препаратом, в состав которого входят сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин, рацементол. Компоненты Аскорила экспекторанта оказывают бронхолитическое и отхаркивающее действие.

На фоне приема Аскорила экспекторанта у больных наблюдалась более быстрая положительная динамика клинических симптомов, чем в группе сравнения. Выздоровление у детей 1-й группы отмечалось к 6-7-му дню терапии, у детей 2-й группы – к 9-10-му дню лечения (p < 0,05). В 1-й группе 3 детям (4%) и во 2-й группе 3 детям (10%) (p < 0,05) в связи с недостаточной эффективностью лечения была добавлена антибактериальная терапия.

У всех детей до начала лечения были затруднения при откашливании мокроты. У детей 1-й группы после назначения Аскорила экспекторанта ко 2-3-му дню лечения кашель становился влажным, наблюдалось облегчение отхождения мокроты, у детей 2-й группы сходное улучшение в балльной оценке было отмечено к 4-5-му дню терапии (p < 0.05).

В период лечения мы фиксировали влияние проводимой терапии как на дневные, так и на ночные симптомы кашля. Симптомы ночного кашля исчезали на 1-2 дня быстрее (в 1-й группе – к 5-6-му дню лечения, во 2-й группе – к 8-10-му дню (р < 0,05)), чем симптомы дневного кашля (в 1-й группе – к 6-7-му дню наблюдения, во 2-й группе –

Клиническая эффективность

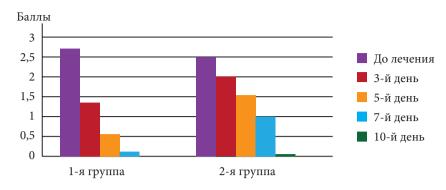


Рис. 1. Динамика симптомов ночного кашля у детей в 1-й и 2-й группах (p < 0.05)

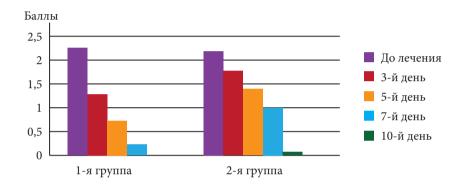


Рис. 2. Динамика симптомов дневного кашля у детей в 1-й и 2-й группах (p < 0.05)

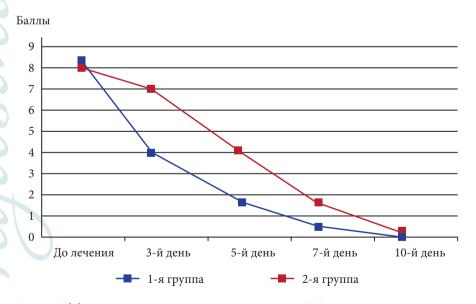


Рис. 3. Эффективность различных схем терапии OP3 по суммарной оценке симптомов (p < 0.05)

к 9–10-му дню (p < 0.05)). Снижение выраженности симптомов кашля сопровождалось улучшением сна, увеличением активности детей, улучшением их эмоционального состояния.

Анализ клинических проявлений в двух группах больных показал, что выраженность симптомов ночного кашля до начала терапии в 1-й группе была 2.7 ± 0.7 балла. В 1-й группе -2.5 ± 0.5 балла. В 1-й группе значительное снижение выраженности симптомов ночного кашля (до 1.0 ± 0.4 балла) отмечалось к 4-му дню приема Аскорила экспекторанта, во 2-й группе (до 1.0 ± 0.3 балла) – к 7-му дню лечения (р < 0.05) (рис. 1).

Так же быстро исчезал дневной кашель. Выраженность симптомов дневного кашля до начала терапии в 1-й группе была $2,3\pm0,6$ балла, во 2-й группе – $2,2\pm0,8$ балла. Значительное снижение выраженности симптомов дневного кашля в 1-й группе (до $1,0\pm0,3$ балла) отмечалось уже к 3-4-му дню приема Аскорила экспекторанта, а во 2-й группе (до $1,0\pm0,4$ балла) — только к 6-7-му дню лечения (р < 0,05) (рис. 2).

У детей, получавших Аскорил экспекторант, исчезновение симптомов кашля отмечалось на 3–4 дня раньше, чем у больных в группе сравнения (р < 0,05).

Суммарная балльная оценка клинических симптомов на фоне лечения показала, что при назначении Аскорила экспекторанта эффективность терапии по сравнению со 2-й группой была достоверно выше (р < 0,05) (рис. 3).

Клиническое улучшение сопровождалось достоверным снижением показателей АКРД в высокочастотном диапазоне (>5–12,6 кГц). Показатели АКРД в высокочастотном диапазоне до начала лечения превышали норму (в 1-й группе они составили 0.32 ± 0.16 мкДж, во 2-й группе – 0.29 ± 0.18 мкДж по сравнению с нормой 0.07 ± 0.04 мкДж (р < 0.05)), что свидетельствовало о наличии у детей бронхиальной обструкции. Уже в первый день после приема Аскорила экс-





Гленмарк - одна из самых динамично развивающихся международных фармацевтических компаний, основана в 1977 г., штаб-квартира находится в г. Мумбай.

основана в 1977 г., штао-квартира находится в г. мумови.
Основные сегменты деятельности: дерматология, пульмонология, гинекология, онкология, гастроэнтерология.
Научно-исследовательские центры компании расположены в Индии, Швейцарии и Великобритании.
Продукция Гленмарк экспортируется в более чем 85 стран мира, включая Европу, США, Японию и др.
В 2008 г. компания Гленмарк признана журиалом «Forbes» лучшей среди компаний с оборотом до миллиарда долларов.
Сегодня компания Гленмарк Импэкс в России — одна из ведущих в области дерматологии и пульмонологии.

OOO «ГЛЕНМАРК ИМПЗКС»: 115191, г. Москва, ул. Большая Тульская, д. 10/9, офис 9510. Тел.: +7 (495) 723-72-90, доб. 801 (факс) www.glenmark-pharma.ru



Клиническая эффективность

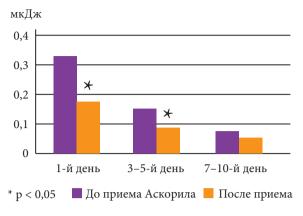


Рис. 4. Динамика показателей АКРД в высокочастотном диапазоне до и после приема Аскорила

пекторанта наблюдалось значительное снижение АКРД в высокочастотном диапазоне. На 3-5-й день терапии существенно улучшилась бронхиальная проходимость, но сохранялись явления обструкции. Через час после приема Аскорила экспекторанта показатели АКРД приблизились к норме. На 7-10-й день терапии показатели АКРД были в норме уже до приема препарата (рис. 4). На рисунке 5 показаны паттерны дыхания больного 4 лет до и после приема Аскорила экспекторанта. До приема Аскорила экспекторанта наблюдались волновые колебания в высокочастотной части спектра (>5–12,6 кГц) (верхний график), после приема препарата отмечалось значительное улучшение бронхофонографических показателей с приближением их к норме (нижний график).

Данные бронхофонографии коррелировали со спирографическими показателями. До приема Аскорила экспекторанта в первый день терапии ОФВ1 был $85,7 \pm 4,9\%$, а через час после приема препарата $92,3 \pm 3,8\%$ (p < 0,05). В группе сравнения достоверной разницы в показателях до и после приема Бромгексина не было (p > 0.05). Переносимость Аскорила экспекторанта была хорошей. У 1 ребенка наблюдалась аллергическая реакция на препарат в виде сыпи. У остальных детей побочных эффектов и нежелательных реакций при назначении Аскорила не было. После приема Аскорила экспекторанта не отмечалось достоверного изменения частоты сердечных сокращений (у 4 детей (10%) отмечалось недостоверное увеличение частоты сердечных сокращений (p > 0.05)), систолического и диастолического давления. У больных не наблюдалось изменений показателей ЭКГ (частоты сердечных сокращений, интервала PQ). Исследование показало, что Аскорил экспекторант является безопасным препаратом при лечении кашля v детей.

Таким образом, назначение Аскорила экспекторанта у детей снижает длительность заболевания, уменьшает необходимость применения антибиотиков, снижает проявления бронхиальной гиперреактивности, способствует более быстрому клиническому выздоровлению.

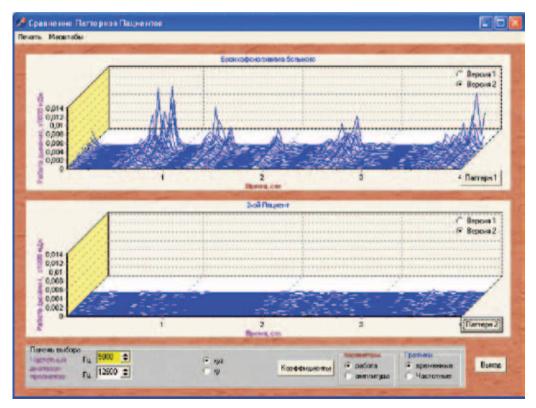


Рис. 5. Паттерны дыхания больного 4 лет в высокочастотной части спектра (>5–12,6 к Γ ц) до и через 60 мин. после приема Аскорила экспекторанта

← Литература C. 53



23-24 мая 2011 года Москва, ГК «Рэдиссон Славянская»

Основные темы для обсуждения:

- Реформирование системы здравоохранения: текущие результаты и дальнейшие шаги;
- Региональные программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы;
- Развитие отечественной фармацевтической и медицинской промышленности;
- Роль профессионального сообщества в отечественном здравоохранении;
- Информатизация и техническое переоснащение отечественной системы здравоохранения.





Н.А. ГЕППЕ, И.В. ОЗЕРСКАЯ

Факторы, влияющие на состояние цилиарного эпителия и мукоцилиарный клиренс

- 1. Косяков С.Я., Пискунов Г.З., Алексеевская О.А. и др. Исследование цилиарной активности как метод экспертной оценки фармакологического воздействия на слизистую оболочку респираторного тракта // Российская ринология. 2008. № 2. С. 44–45.
- Centanni S., Camporesi G., Tarsia P. et al. Effect of atropine on ciliary beat in human upper respiratory tract epithelial cells // Int. J. Tissue React. 1998. Vol. 20. № 4. P. 131–136.
- 3. Физиология человека: Учебник / Под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. М.: Медицина, 2003. 656 с.
- Ingels K.J., Kortmann M.J., Nijziel M.R. et al. Factors influencing ciliary beat measurements // Rhinology. 1991. Vol. 29. № 1. P. 17–26.
- Yager J., Chen T.M., Dulfano M.J. Measurement of frequency of ciliary beats of human respiratory epithelium // Chest. 1978. Vol. 73. P. 627–633.
- Терентьева Ж.Н. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки носа у детей, больных бронхиальной астмой // Российская оториноларингология. 2004. Т. 1. № 8. С. 97–100.
- Снегирева Н.Ю. Нарушения микробиоценоза и функциональные изменения органов дыхания у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями и подходы к коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2009.
- Акимов А.В. Клинико-функциональное обоснование радиоволновой хирургии вазомоторного ринита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2009.
- Clary-Meinesz C., Mouroux J., Cosson J. et al. Influence of external pH on ciliary beat frequency in human bronchi and bronchioles // Eur. Respir J. 1998. Vol. 11. № 2. P. 330–333.
- 10. Van de Donk H.J., Zuidema J., Merkus F.W. The influence of the pH and osmotic pressure upon tracheal ciliary beat frequency as determined with a new photo-electric registration device // Rhinology. 1980. Vol. 18. № 2. P. 93–104.
- 11. *Luk C.K.*, *Dulfano M.J.* Effect of pH, viscosity and ionic-strength changes on ciliary beating frequency of human bronchial explants // Clin. Sci. (Lond.). 1983. Vol. 64. № 4. P. 449–451.
- 12. Chen B., Shaari J., Claire S.E. et al. Altered sinonasal ciliary dynamics in chronic rhinosinusitis // Am. J. Rhinol. 2006. Vol. 20. № 3. P. 325–329.
- 13. Leopold P.L., O'Mahony M.J., Lian X.J. et al. Smoking is associated with shortened airway cilia // PLoS One. 2009. Vol. 4. № 12. P. 8157.
- 14. *Tamashiro E., Xiong G., Anselmo-Lima W.T. et al.* Cigarette smoke exposure impairs respiratory epithelial ciliogenesis // Am. J. Rhinol. Allergy. 2009. Vol. 23. № 2. P. 117–122.
- 15. Zhou H., Wang X., Brighton L. et al. Increased nasal epithelial ciliary beat frequency associated with lifestyle tobacco smoke exposure // Inhal. Toxicol. 2009. Vol. 21. № 10. P. 875–881.
- 16. *Пискунов Г.*3., *Васина Л.*А., *Анготоева И.Б.* Влияние препарата Аквамарис на цилиарную активность реснитчатых клеток у больных полипозным риносинуситом // Российская ринология. 2008. № 2. С. 45–46.
- 17. Kim C.H., Hyun Song M., Eun Ahn Y. et al. Effect of hypo-, iso- and hypertonic saline irrigation on secretory mucins and morphology of cultured human nasal epithelial cells // Acta Otolaryngol. 2005. Vol. 125. № 12. P. 1296–1300.
- 18. *Aivazis V., Bourli E., Maratou E. et al.* Study of mucociliary clearance and peak nasal inspiratory flow rate in children with allergic rhinitis before and after therapy with natural cellulose powder // Nea Pediatr. Chronica. 2005. № 5. P. 101–107.

- 19. Hermens W.A., Merkus F.W. The influence of drugs on nasal ciliary movement // Pharm. Res. 1987. Vol. 4. № 6. P. 445–449.
- 20. Mickenhagen A., Siefer O., Neugebauer P. et al. The influence of different alphasympathomimetic drugs and benzalkoniumchlorid on the ciliary beat frequency of in vitro cultured human nasal mucosa cells // Laryngorhinootologie. 2008. Vol. 87. № 1. P. 30–38.
- Rizzo J.A., Medeiros D., Silva A.R. et al. Benzalkonium chloride and nasal mucociliary clearance: a randomized, placebo-controlled, crossover, doubleblind trial // Am. J. Rhinol. 2006. Vol. 20. № 3. P. 243–247.
- Bernstein I.L. Is the use of benzalkonium chloride as a preservative for nasal formulations a safety concern? A cautionary note based on compromised mucociliary transport // J. Allergy Clin. Immunol. 2000. Vol. 105. Pt. 1. P. 39–44.
- 23. Batts A.H., Marriott C., Martin G.P. et al. The effect of some preservatives used in nasal preparations on the mucus and ciliary components of mucociliary clearance // J. Pharm. Pharmacol. 1990. Vol. 42. № 3. P. 145–151.
- 24. *Васина Л.А*. Влияние местных сосудосуживающих препаратов на мукоцилиарный транспорт полости носа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
- 25. Hofmann T., Gugatschga M., Koidl B., Wolf G. Influence of preservatives and topical steroids on ciliary beat frequency in vitro // Arch. Otolaryngol. Head Neck. Surg. 2004. Vol. 130. № 4. P. 440–445.
- 26. Ho C.Y., Wu M.C., Lan M.Y. et al. In vitro effects of preservatives in nasal sprays on human nasal epithelial cells // Am. J. Rhinol. 2008. Vol. 22. № 2. P. 125–129.
- 27. Song X.H., Zhang L., Han D.M. et al. Effects of oxymetazoline hydrochloride on ex vivo human nasal cilia movement measured with high-speed digital microscopy // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2008. Vol. 43. № 4. P. 268–271.
- 28. Zhang L., Han D., Song X. et al. Effect of oxymetazoline on healthy human nasal ciliary beat frequency measured with high-speed digital microscopy and mucociliary transport time // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2008. Vol. 117. № 2. P. 127–133.
- Hofmann T., Wolf G., Koidl B. In vitro studies of the effect of vasoconstrictor nose drops on ciliary epithelium of human nasal mucosa // Laryngorhinootologie. 1995. Vol. 74. № 9. P. 564–567.
- 30. Субботина М.В., Холбоева Б.А. Влияние препаратов, применяемых для топической терапии ринитов, на состояние мукоцилиарного транспорта носовой полости здоровых людей // Российская ринология. 2008. № 2. С. 46–47.
- Deitmer T., Scheffler R. The effect of different preparations of nasal decongestants on ciliary beat frequency in vitro // Rhinology. 1993. Vol. 31.
 № 4. P. 151–153.
- 32. *Agu R.U., Jorissen M., Willems T. et al.* Effects of pharmaceutical compounds on ciliary beating in human nasal epithelial cells: a comparative study of cell culture models // Pharm. Res. 1999. Vol. 16. № 9. P. 1380–1385.
- Alberty J., Stoll W. The effect of antiallergic intranasal formulations on ciliary beat frequency of human nasal epithelium in vitro // Allergy. 1998. Vol. 53. № 10. P. 986–989.
- 34. *Su X.Y., Li Wan Po A.* The effect of some commercially available antihistamine and decongestant intra-nasal formulations on ciliary beat frequency // J. Clin. Pharm. Ther. 1993. Vol. 18. № 3. P. 219–222.
- Merkus F.W., Schüsler-van Hees M.T. Influence of levocabastine suspension on ciliary beat frequency and mucociliary clearance // Allergy. 1992. Vol. 47. № 3. P. 230–233.



- 36. *Jaffuel D. et al.* Corticoid therapy and bronchial inflammation in asthma. The use of bronchial biopsy // Rev. Mal. Respir. 1998. Vol. 15. № 3. P.225–238.
- Козлов В.С., Державина Л.Л., Крамной А.И. Клинико-функциональные параллели при лечении аллергического ринита мометазоном фуроатом // Вестн. оториноларингологии. 2006. № 2. С. 44–48.
- 38. Hofmann T., Wolf G., Koidl B. Effect of topical corticosteroids and topical antihistaminics on ciliary epithelium of human nasal mucosa in vitro // HNO. 1998. Vol. 46. № 2. P. 146–151.
- Пискунов Г.З., Алексеевская О.А. Воздействие Синупрета на двигательную активность цилиарного аппарата при полипозном риносинусите // Российская ринология. 2008. № 2. С. 45.
- Пискунов Г.З., Алексеевская О.А. Воздействие фенспирида на двигательную активность цилиарного аппарата после острого риносинусита // Российская ринология. 2008. № 2. С. 45.
- Bennett W.D. Effect of beta-adrenergic agonists on mucociliary clearance // J. Allergy Clin. Immunol. 2002. Vol. 110. Suppl 6. P. 291–297.
- Bennett W.D., Almond M.A., Zeman K.L. et al. Effect of salmeterol on mucociliary and cough clearance in chronic bronchitis // Pulm. Pharmacol. Ther. 2006. Vol. 19. № 2. P. 96–100.
- Matthys H., Daikeler G., Krauss B. et al. Action of tulobuterol and fenoterol on the mucociliary clearance // Respiration. 1987. Vol. 51. № 2. P. 105–112.
- 44. Di Benedetto G., Manara-Shediak F.S., Mehta A. The effect of dibutyryl-cyclic AMP on the ciliary activity of human respiratory epithelium in vitro // Proceedings of the physiological society. St. George's meeting, 3–4 Nov. 1989.
- 45. Song X.H., Zhang L., Han D.M. et al. Effects of ephedrine on human nasal cilia movement measured with high-speed digital microscopy // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2006. Vol. 41. № 8. P. 583–586.
- Zhang L., Han D., Song X. et al. Effects of ephedrine on human nasal ciliary beat frequency // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. 2008. Vol. 70. № 2. P. 91–96.
- 47. *Piatti G., Ceriotti L., Cavallaro G. et al.* Effects of zafirlukast on bronchial asthma and allergic rhinitis // Pharmacol. Res. 2003. Vol. 47. № 6. P. 541–547.
- Rutland J., Griffin W., Cole P.J. An in vitro model for studying the effects of pharmacological agents on human ciliary beat frequency: effects of lignocaine // Br. J. Clin. Pharmacol. 1982. Vol. 13. P. 679–683.
- Mallants R., Jorissen M., Augustijns P. Beneficial effect of antibiotics on ciliary beat frequency of human nasal epithelial cells exposed to bacterial toxins // J. Pharm. Pharmacol. 2008. Vol. 60. № 4. P. 437–443.
- 50. Tsang K.W., Rutman A., Kanthakumar K. et al. The effects of low concentrations of antibiotics on epithelial damage caused by non-typable Haemophilus influenzae and bacterial morphology // J. Antimicrob. Chemother. 1995. Vol. 36. № 3. P. 545–549.
- Takeyama K., Tamaoki J., Chiyotani A. et al. Effect of macrolide antibiotics on ciliary motility in rabbit airway epithelium in-vitro // J. Pharm. Pharmacol. 1993. Vol. 45. № 8. P. 756–758.

- 52. *Tamaoki J., Chiyotani A., Sakai N. et al.* Effect of erythromycin on ciliary motility in rabbit airway epithelium in vitro // J. Antimicrob. Chemother. 1992. Vol. 29. № 2. P. 173–178.
- 53. Gosepath J., Grebneva N., Mossikhin S. et al. Topical antibiotic, antifungal, and antiseptic solutions decrease ciliary activity in nasal respiratory cells // Am. J. Rhinol. 2002. Vol. 16. № 1. P. 25–31.
- 54. *Субботина М.В., Дудкин С.В.* Влияние фузафунгина на мукоцилиарный транспорт слизистой оболочки носа здоровых людей // Concilium medicum. 2009. Т. 11. № 11. С. 40–44.
- 55. Hofmann T., Reinisch S., Gerstenberger C. et al. Influence of topical antifungal drugs on ciliary beat frequency of human nasal mucosa: an in vitro study // Laryngoscope. 2010. Vol. 120. № 7. P. 1444–1448.
- 56. Hofer E., Neher A., Schrott-Fischer A. et al. Influence of amphotericin B on the ciliary beat frequency of nasal mucosa // Laryngoscope. 2004. Vol. 114. № 11. P. 1964–1966.
- 57. *Tomkiewicz R.P., App E.M., De Sanctis G.T. et al.* A comparison of a new mucolytic N-acetylcysteine L-lysinate with N-acetylcysteine: airway epithelial function and mucus changes in dog // Pulm. Pharmacol. 1995. Vol. 8. № 6. P. 259–265.
- 58. *Iravani J., Melville G.N., Horstmann G.* N-acetylcysteine and mucociliary activity in mammalian airways // Arzneimittelforschung. 1978. Vol. 28. № 2. P. 250–254.
- 59. *Iravani J., Melville G.N.* Effects of drugs and environmental factors on ciliary movement // Respiration. 1975. Vol. 32. № 2. P. 157–164.
- 60. Low P.M., Dulfano M.J., Luk C.K. et al. Effect of N-acetylcysteine on the ciliary beat frequency of human bronchial explants // Ann. Allergy. 1985. Vol. 54. № 4. P. 273–275.
- 61. *Stafanger G.*, *Bisgaard H.*, *Pedersen M. et al.* Effect of N-acetylcysteine on the human nasal ciliary activity in vitro // Eur. J. Respir Dis. 1987. Vol. 70. № 3. P. 157–162.
- 62. *Ohashi Y., Nakai Y., Sugiura Y. et al.* Effect of S-carboxymethylcysteine on ciliary activity in chronic sinusitis // Rhinology. 1993. Vol. 31. № 3. P. 107–111.
- 63. *Disse B.G., Ziegler H.W.* Pharmacodynamic mechanism and therapeutic activity of ambroxol in animal experiments // Respiration. 1987. Vol. 51. Suppl. 1. P. 15–22.
- 64. *Iravani J., Melville G.N.* Mucociliary function of the respiratory tract as influenced by drugs // Respiration. 1974. Vol. 31. P. 350–357.
- 65. Солопов В.Н., Колганова Н.А. Влияние Ласольвана на мукоцилиарный транспорт у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Клиническая медицина. 1988. № 3. С. 45–47.
- 66. Sisson J.H., Yonkers A.J., Waldman R.H. Effects of guaifenesin on nasal mucociliary clearance and ciliary beat frequency in healthy volunteers // Chest. 1995. Vol. 107. № 3. P. 747–751.

Н.А. ГЕППЕ, Н.А. СЕЛИВЕРСТОВА, М.Г. УТЮШЕВА

Современные методы лечения кашля при острых респираторных заболеваниях у детей

- Proud D. Upper airway viral infections // Pulm. Pharmacol. Ther. 2008. Vol. 21. № 3. P. 468–473.
- 2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». М., 2008.
- Brunetti L., Colazzo D., Francavilla R., Tesse R., De Sario V., Lor M., Armenio L.
 The role of pulmonary infection in pediatric asthma // Allergy Asthma Proc. Vol. 28. 2007. № 2. P. 190–193.
- 4. Xepapadaki P., Papadopoulos N.G. Childhood asthma and infection: virus-in-
- duced exacerbations as determinants and modifiers // Eur. Respir. J. 2010. Vol. 36. \mathbb{N}^{0} 2. P. 438–445.
- Царев С.В., Хаитов М.Р. Роль респираторных вирусов при бронхиальной астме // Российский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 2. С. 136–139.
- Sevin C.M., Peebles R.S. Jr. Infections and asthma: new insights into old ideas // Clin. Exp. Allergy. 2010. Vol. 40. № 8. P. 1142–1154.
- Busse W.W., Lemanske R.F. Jr., Gern J.E. Role of viral respiratory infections in asthma and asthma exacerbations // Lancet. 2010. Vol. 376. Issue 9743. P. 826–834.

ЭФ. Пульмонология и оториноларингология. 2/2011



- Martinez F.D. Inhaled corticosteroids and asthma prevention // Lancet. 2006. Vol. 368. P. 708–710.
- Балясинская Г.Л., Богомильский М.Р. Местная антибиотикотерапия заболеваний верхних дыхательных путей у детей // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т. 1. № 3. Р. 85–88.
- Baker J.G. The selectivity of beta-adrenoceptor agonists at human beta1-, beta2and beta3-adrenoceptors // Br. J. Pharmacol. Vol. 160. 2010. № 5. P. 1048–1061.
- Liu J., Chen X., Hu Y., Cheng G., Zhong D. Quantification of the major metabolites of bromhexine in human plasma using RRLC-MS/MS and its application to pharmacokinetics // J. Pharm. Biomed. Anal. 2010. Vol. 51. № 5. P. 1134–1141.
- Dicpinigaitis P.V., Gayle Y.E. Sensitivity effect of guaifenesin on cough reflex // Chest. 2003. Vol. 124. P. 2178–2181.
- Ainapure S.S., Desai A., Korde K. Efficacy and safety of Ascoril in the management of cough-National Study Group report // J. Indian Med. Assoc. 2001. Vol. 99. № 2. P. 111–114.
- 14. Геппе Н.А., Селиверстова Н.А., Мальшев В.С., Утюшева М.Г., Старостина Л.С., Озерская И.В. Бронхофонографическое исследование легких у больных бронхиальной астмой раннего возраста // Пульмонология. 2008. № 3. С. 38–41.

И.А. ДРОНОВ

Значение азитромицина при инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов у детей в амбулаторных условиях (обзор литературы)

- 1. *Страчунский Л.С., Козлов С.Н.* Макролиды в современной клинической практике. Смоленск: Русич, 1998. 303 с.
- Справочник по антимикробной терапии. Смоленск: МАКМАХ, 2006. 384 с.
- Веселов А.В., Козлов Р.С. Азитромицин: современные аспекты клинического применения // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2006. Т. 8. № 1. С. 18–32.
- Treadway G., Pontani D. Pediatric safety of azithromycin: worldwide experience // J. Antimicrob. Chemother. 1996. Vol. 7. Suppl. C. P. 143-149.
- Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск: МАКМАХ, 2007. 464 с.
- 6. *Геппе Н.А.*, *Колосова Н.Г.* Антибиотикотерапия при острых респираторных заболеваниях у детей // Consilium medicum. Педиатрия. 2005. № 2. С. 4—8.
- Козлов Р.С., Сивая О.В., Шпынев К.В. и др. Антибиотикорезистентность Streptococcus pyogenes в России: результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС-I // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2005. № 2. С. 154–166.
- 8. Стецюк О.У.; НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии. http://www.antibiotic.ru.
- 9. Altamimi S., Khalil A., Khalaiwi K.A. et al. Short versus standard duration antibiotic therapy for acute streptococcal pharyngitis in children // Cochrane Database Syst. Rev. 2009. Vol. 21. № 1. CD004872.
- Schaad U.B., Kellerhals P., Altwegg M. Azithromycin versus penicillin V for treatment of acute group A streptococcal pharyngitis // Pediatr. Infect. Dis. J. 2002. Vol. 21. P. 304–308.
- 11. *Насонова В.А., Белов Б.С., Страчунский Л.С. и др.* Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита и фарингита // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 1999. Т. 1. С. 78–82.
- 12. Gerber M.A., Baltimore R.S., Eaton C.B. et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics // Circulation. 2009. Vol. 119. № 11. P. 1541–1551.
- 13. *Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др.* Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М., 2010. 106 с.

- Kozyrskyj A., Klassen T.P., Moffatt M., Harvey K. Short-course antibiotics for acute otitis media // Cochrane Database Syst. Rev. 2010. Vol. 8. № 9. CD001095
- 15. Arguedas A., Loaiza C., Herrera M., Mohs E. Comparative trial of 3-dayazithromycin versus 10-day amoxycillin/clavulanate potassium in the treatment of children with acute otitis media with effusion // Int. J. Antimicrob. Agents. 1996. Vol. 6. № 4. P. 233–238.
- 16. *Dunne M.W., Latiolais T., Lewis B. et al.* Randomized, double-blind study of the clinical efficacy of 3 days of azithromycin compared with co-amoxiclav for the treatment of acute otitis media // J. Antimicrob. Chemother. 2003. Vol. 52. № 3. P. 469–472.
- 17. Guven M., Bulut Y., Sezer T. et al. Bacterial etiology of acute otitis media and clinical efficacy of amoxicillin-clavulanate versus azithromycin // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2006. Vol. 70. № 5. P. 915–923.
- 18. Arrieta A., Arguedas A., Fernandez P. et al. High-dose azithromycin versus high-dose amoxicillin-clavulanate for treatment of children with recurrent or persistent acute otitis media // Antimicrob. Agents Chemother. 2003. Vol. 47. № 10. P. 3179–3186.
- 19. *Alagi-Smailbegovi J., Saracev E., Sutalo K.* Azythromicin versus amoxicillinclavulanate in the treatment of acute sinusitis in children // Bosn. J. Basic Med. Sci. 2006. Vol. 6. № 4. P. 76–78.
- 20. Ng D.K., Chow P.Y., Leung L. et al. A randomized controlled trialof azithromycin and amoxycillin/clavulanate in the management of subacute child-hood rhinosinusitis // J. Pediatr. Child Health. 2000. Vol. 36. № 4. P. 378–381.
- Harris J.A., Kolokathis A., Campbell M. et al. Safety and efficacy of azithromycin in the treatment of community-acquired pneumonia in children // Pediatr. Infect. Dis. J. 1998. Vol. 17. № 10. P. 865–871.
- 22. Wubbel L., Muniz L., Ahmed A. et al. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children // Pediatr. Infect. Dis. J. 1999. Vol. 18. № 2. P. 98–104.
- 23. Kogan R., Martinez M.A., Rubilar L. et al. Comparative randomized trial of azithromycin versus erythromycin and amoxicillin for treatment of community-acquired pneumonia in children // Pediatr. Pulmonol. 2003. Vol. 35. № 2. P. 91–98.
- 24. Barsic B. Clinical effectiveness of azithromycin in an era of multidrug resistance: results of a prospective international, multicentre observational study (SUPORTI) // Abstracts of the 20th ECCMID (European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases). Vienna, Austria. April 10–13, 2010. S174.



Н.А. ГЕППЕ, И.М. ФАРБЕР

Место антагониста лейкотриеновых рецепторов в терапии детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом

- Российская национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 2008.
- Геппе Н.А., Колосова Н.Г. Современная стратегия лечения детей с бронхиальной астмой // Пульмонология. 2006. № 3. С. 113–118.
- Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Усеня Л.И., Божатова М.П. Терапия персистирующего аллергического ринита // Лечащий врач. 2010. № 6.
- 4. Weiss K.B., Gern J.E., Johnston N.W. et al. The Back to School asthma study: the effect of montelukast on asthma burden when initiated prophylactically at the start of the school year // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2010. Vol. 105. № 2. P. 174–181.
- Modgill V., Badyal D.K., Verghese A. Efficacy and safety of montelukast addon therapy in allergic rhinitis // Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. 2010. Vol. 32. № 9. P. 669–674.
- Геппе Н.А. и др. Результаты лечения детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом антагонистами лейкотриеновых рецепторов в сочетании с интервальными гипоксическими тренировками // Вопросы практической педиатрии. 2009. № 3. С. 28–33.
- Балаболкин И.И. и др. Эффективность лечения монтелукастом детей с бронхиальной астмой // Consilium medicum. M., 2006. № 3. С. 35–38.
- 8. PRACTALL consensus report: Diagnosis and treatment of asthma in childhood // Allergy. 2008. Vol. 63. P. 5–34.
- 9. *Knorr B., Franchi L.M., Bisgaard H. et al.* Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, for the treatment of persistent asthma in children aged 2 to 5 years // Pediatrics. 2001. Vol. 108. № 3. P. E48.
- 10. Knorr B., Matz J., Bernstein J.A. et al.; Pediatric Montelukast Study Group. Montelukast for chronic asthma in 6- to 14-year-old children: a randomized, double-blind trial // JAMA. 1998. Vol. 279. № 15. P. 1181–1186.
- 11. *Bisgaard H., Zielen S., Garcia-Garcia M. et al.* Montelukast reduces asthma exacerbations in 2- to 5-year-old children with intermittent asthma // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005. Vol. 171. № 4. P. 315–322.
- Rabinovitch N., Graber N.J., Chinchilli V.M. et al. Urinary leukotriene E4/ exhaled nitric oxide ratio and montelukast response in childhood asthma // J. Allergy Clin. Immunol. 2010. Vol. 126. № 3. P. 545–551.
- 13. *Cai C., Yang J., Hu S. et al.* Relationship between urinary cysteinyl leukotriene E4 levels and clinical response to antileukotriene treatment in patients with asthma // Lung. 2007. Vol. 185. № 2. P. 105–112.
- 14. Stelmach I. et al. The effect of montelukast and different doses of budesonide on IgE serum levels and clinical parameters in children with newly diagnosed asthma // Pulm. Pharmacol. Ther. 2005. Vol. 18. № 5. P. 374–380.

- 15. Peroni D., Bodini A., Miraglia Del Giudice M. et al. Effect of budesonide and montelukast in asthmatic children exposed to relevant allergens // Allergy. 2005. Vol. 60. № 2. P. 206–210.
- Bisgaard H. for the Study Group on Montelukast and Respiratory Syncytial Virus. A randomized trial of montelukast in respiratory syncytial virus postbronchiolitis // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2003. Vol. 167. P. 379–383.
- 17. Kemp J.P., Skoner D.P., Szefler S.J. et al. Once-daily budesonide inhalation suspension for the treatment of persistent asthma in infants and young children // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1999. Vol. 83. P. 231–239.
- 18. Fogel R.B., Rosario N., Aristizabal G. et al. Effect of montelukast or salmeterol added to inhaled fluticasone on exercise-induced bronchoconstriction in children // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2010. Vol. 104. № 6. P. 511–517.
- Migoya E., Kearns G.L., Hartford A. et al. Pharmacokinetics of montelukast in asthmatic patients 6 to 24 months old // J. Clin. Pharmacol. 2004. Vol. 44. № 5. P. 487–494.
- 20. Bisgaard H. et al. Efficacy of montelukast in patients aged 2 to 5 years with mild asthma // Eur. Respir. J. 2004. Vol. 24 (Suppl. 48). P. 2350.
- Robertson C.F. et al. Short course montelukast for intermittent asthma in children: the Pre-Empt Study // 100th International Conference American Thoracic Society, May 21–26, 2004, Orlando, Florida, USA. Abstract. P. A53.
- Bisgaard H. et al. Montelukast reduces viral-induced asthma exacerbations: The PREVIA Study // Eur. Respir. J. 2004. Vol. 24. P. 212s.
- Ducharme F.M., Di Salvio F. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children // Cochrane Database 9/st Rev. 2004. № 1. CD002314.
- The Childhood Asthma Management Program Research Group. Longterm effect of budesonide or nedocromil in children with asthma // N. Engl. J. Med. 2000. Vol. 343. P. 1054–1063.
- 25. *Philip G., Pedinoff A., Vandormael K. et al* A phase I randomized, placebo-controlled, dose-exploration study of single-dose inhaled montelukast in patients with chronic asthma // J. Asthma. 2010. Vol. 47. № 10. P. 1078–1084.
- 26. Bisgaard H. et al. Study of montelukast for the treatment of respiratory symptoms of post-respiratory syncytial virus bronchiolitis in children // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2008. Vol. 178. № 8. P. 854–860.
- 27. *Kim C.K.*, *Choi J.*, *Kim H.B. et al.* A randomized intervention of montelukast for post-bronchiolitis: effect on eosinophil degranulation // J. Pediatr. 2010. Vol. 156. № 5. P. 749–754.
- 28. Van Adelsberg J. et al. Safety, tolerability, and exploratory efficacy of montelukast in 6- to 24-month-old patients with asthma // Curr. Med. Res. Opin. 2005. Vol. 21. № 6. P. 971–979.

М.Д. ВЕЛИКОРЕЦКАЯ, Л.С. СТАРОСТИНА

Выбор топических средств для лечения заболеваний полости рта и глотки у детей с хронической патологией

- Учайкин В.Ф.. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) у детей (стандарты терапии) //Детский доктор. 1999. № 1.
- Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика» / Союз педиатров России, Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. М., 2002.
- Chalumeneau M., Salannave B., Assathiany R. et al. Connaisance et application par des pediatres de ville de la conference de concensus sur les rhinopharyngites aigues de ienfant // Arch. Pediatr. 2000; 7 (5), 481–488.
- Романенко А.И. Течение и исходы острых респираторных заболеваний у детей: Автореф. дис. . . . канд. мед. наук: М. 1988 .
- 5. Страчунский Л.С., Богомильский А.Н.. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита и фарингита //Детский док-

- тор. 2000. № 3. С. 32–33.
- 6. *Арешев Г.П.* Острый фарингит: лечение и перспективы экспрессдиагностики стрептококковой инфекции // Электр. ресурс: http://www.ditrix.ru/index.htm.
- 7. Полякова Т.С., Полякова Е.П. Хронический тонзиллит: диагностика, лечение, профилактика // РГМУ. Электр. pecypc: http://www.lorhelp.ru/articles/show.html?id=108.
- 8. Николаев М. П., Каримова Ф. С. Современные топические средства для лечения острых респираторно-вирусных и воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей // МНПЦ оториноларингологии Комитета здравоохранения Москвы

ЭФ. Пульмонология и оториноларингология. 2/2011



Татьяна Ильинична ГАРАЩЕНКО, главный детский оториноларинголог Москвы, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФУВ РГМУ, зам. директора ФНКЦ ЛОР ФМБА России, автор учения о лимфоидном кольце глотки как центральном органе мукозального иммунитета у детей



Уважаемые читатели!

В настоящее время отечественная оториноларингология переживает ренессанс. Как в свое время в эпоху Возрождения наблюдался расцвет культуры в Европе, так в последние годы в медицине вообще и в оториноларингологии в частности произошли значительные позитивные изменения.

Поскольку детская оториноларингология – не самостоятельная специальность, а часть общего медицинского направления, все вопросы детской оториноларингологии очень активно обсуждались практически на всех знаковых мероприятиях, которые прошли в оториноларингологии в ушедшем году, при этом они были отдельно рассмотрены в работе основных педиатрических конгрессов. Это важно, прежде всего, потому, что подавляющая заболеваемость, ежегодно регистрируемая у детей, болезни респираторного тракта. И мы в феврале прошлого года на Всероссийском конгрессе педиатров провели большое количество семинаров, симпозиумов, в том числе сателлитных, которые освещали проблемы детской оториноларингологии. Надо сказать, что вопросы детской оториноларингологии собирали многочисленную аудиторию участников конгресса.

Очень важным событием стало создание наших современных стандартов диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов, которые мы готовили совместно с институтом здоровья детей и подростков РАМИ. Эта работа практически завершена. Знаковым было также участие в Пленуме отечественных оториноларингологов в Санкт-Петербурге, где детская оториноларингология была выделена специально и читалась практически в течение целого дня. Это тоже большая победа, поскольку именно данное направление входит сейчас во все национальные проекты.

Не менее значительным событием для нас стал очередной конгресс детских оториноларингологов, проходивший в рамках Всероссийского конгресса «Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии» под эгидой Института педиатрии Министерства здравоохранения РФ. Плодотворной была и работа конгресса ринологов, который проходил в Ярославле и был посвящен по большей части детской оториноларингологии. Тем более что мы отработали стандарты диагностики и лечения таких серьезных заболеваний смежных специальностей в педиатрии, как аденоидиты, риносинуситы, острые синуситы, отиты у детей.

Приятно констатировать, что наши зарубежные коллеги к опыту российских оториноларингологов относятся с большим интересом. Примером тому стало наше участие в прошлом году в Европейском конгрессе детских оториноларингологов в Памплоне в Испании, где мы выступали с докладами и обменивались информацией. Нами уже получено приглашение для участия в следующем европейском конгрессе, который будет проходить в Польше.

Главная задача, которую сейчас выдвигает руководство органов отечественного здравоохранения, – это быстрое обучение врачей современным методам диагностики, лечения, работе на современной аппаратуре, выполнению высокотехнологичных операций, в которых привлекается огромное количество современной техники. Ведь за последние годы произошла революция, которую в свое время мы могли наблюдать с введением эндоскопии в гастроэнтерологии, гинекологии. Такую же эндоско-

пическую революцию претерпела наша специальность. А это уже целое направление, абсолютно другая хирургия, диагностика. Использование плазменных, лазерных скальпелей, различных эндоскопических диагностических систем позволяет осуществлять хирургические вмешательства с использованием компьютерных навигационных систем. И благодаря развитию, последнему техногенному переоснащению наша специальность вышла на уровень возможности хирургии основания черепа. Трансназально сейчас выполняются хирургические вмешательства в области различных структур мозга.

С внедрением современных технологий начали активно развиваться содружества, например, оториноларингологов с офтальмологами. Появилась необходимость в создании самостоятельных отделений хирургии головы и шеи, потому что при определенных тяжелых ситуациях требуется взаимодействие оториноларинголога, офтальмолога и нейрохирурга. В связи с этим большая ответственность ложится на кафедры последипломного образования, особенно на ФНКЦ оториноларингологии. Чрезвычайно важная задача последипломного образования – подготовка не только ежегодных сертификационных циклов по общей информации, но и по «селективному» отбору врачей-оториноларингологов, которые хотят заниматься каким-то определенным направлением.

Сейчас появилась возможность активно развивать такую специализацию в оториноларингологии, как фониатрия. Она представляет собой целый раздел оториноларингологии, который очень активно развивался до 1986 года. Второе рождение получили отиатрия и отохирургия в педиатрии. Сейчас появились новейшие операционные микроскопы практически во всех детских стационарах, и уже подготовлена группа детских отохирургов, которые стажировались за рубежом, а теперь начинают по-новому открывать это направление в детской оториноларингологии в России. Этот вопрос напрямую связан с таким разделом, как современное кохлеарное протезирование, которое направлено на инструментальную реабилитацию слуховой функции у детей. Радует, что сейчас органы здравоохранения уделяют большое внимание детской оториноларингологии.

В последние годы все респираторные конгрессы начинаются с обсуждения вопросов, касающихся верхних дыхательных путей. Это взаимно обогатило все специальности врачей, которые занимаются респираторной проблемой, потому что верхние дыхательные пути неразрывно связаны с нижними дыхательными путями. Ежегодная обращаемость к оториноларингологу практически в 2 раза больше, чем к врачупедиатру. И работа врача-педиатра в области респираторного тракта немыслима без его знания тех вопросов, которые связаны с верхними дыхательными путями. Я считаю, что единство подхода к органам и системам - это тот принцип, который должен быть заложен в образовательном стандарте как оториноларинголога, так и педиатра. Поэтому цикл статей, представленных сегодня на страницах журнала, который объединяет все актуальные проблемы заболеваний респираторного тракта, острых респираторных заболеваний и хронических заболеваний, считаю чрезвычайно целесообразным.

Т. И. Гаращенко



Санкт-Петербургский НИИ ЛОР



Программа реабилитации детей с ограниченными возможностями по слуху «Я слышу мир!»



Начиная с 1997 года в СПбНИИ ЛОР проводятся операции кохлеарной имплантации. За прошедшие 13 лет в стенах этого института были прооперированы и прошли курс слухоречевой реабилитации более 1000 пациентов. Ведущие научные сотрудники института в области кохлеарной имплантации объединили свои усилия для создания программы «Я слышу мир!», чтобы поделиться уникальным опытом, накопленным за эти годы, и привлекли инвесторов для реализации проекта.

Разработанная программа призвана систематизировать организацию реабилитационной помощи детям с нарушенным слухом в масштабах России. Ее осуществление включает в себя следующие направления: разработка методов слухоречевой реабилитации; открытие и поддержка центров «Я слышу мир!» в регионах; обучение специалистов и родителей; организация выездной реабилитации в регионах; координация работы региональных объединений родителей и детей – инвалидов по слуху «Я слышу мир!».

Разработка методов слухоречевой реабилитации

Осознавая значимость педагогической реабилитации детей с нарушенным слухом, важность ее прохождения детьми в раннем возрасте, а также необходимость помощи родителям таких детей, специалисты программы делают особый акцент на разработке интересных и понятных детям пособий, удобных для использования специалистами и родителями. Осенью 2009 года на конференции «Основные проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями по слуху и пути их решения» был представлен портфель с комплектом методических пособий по развитию слухового восприятия и речи у ребенка с нарушенным слухом. С начала 2010 года этот портфель получают все дети, прошедшие операцию имплантации в СП6НИИ ЛОР и других клиниках Петербурга, что служит большим учебно-методическим подспорьем для родителей. Особенностью этой методики и программы в целом является ее оформление с использованием героев мультипликационного сериала «Смешарики». Эти персонажи, знакомые и полюбившиеся всем детям, усиливают интерес к занятиям. Среди прочих смешариков появляется новый герой - львенок Ушарик, разработанный специально для программы «Я слышу мир!» и олицетворяющий ребенка с нарушенным слухом. Дружба Ушарика с другими смешариками – символ интеграции детей с нарушенным слухом в общество слышащих. А интеграция каждого отдельного ребенка – это и есть конечная цель огромной работы родителей и специалистов.

Открытие и поддержка центров «Я слышу мир!» в регионах

Поскольку Россия – самая большая страна мира и расстояние между городами достигает тысяч километров, передвижение сопряжено с большими материальными и временными затратами. Если же ехать приходится с маленьким ребен-

Новости институтов

Санкт-Петербургский НИИ ЛОР

ком, то дорога превращается в настоящее испытание и для него, и для родителей. Так, один раз преодолеть путь из Владивостока в Петербург на операцию к высококлассному хирургу, безусловно, оправданно и необходимо. Но за операцией следуют долгие годы реабилитации: занятия с педагогом, настройка речевого процессора кохлеарного имплантата. В этих случаях пациент должен получать помощь максимально близко к своему месту жительства. Именно поэтому СПбНИИ ЛОР продвигает идею открытия региональных центров слухоречевой реабилитации. Институт проводит обучение специалистов-реабилитологов, организует дистанционные консультации, проводит отбор кандидатов на операцию и осуществляет дистанционные настройки. В настоя-



щее время на территории Российской Федерации насчитывается более 10 таких центров, активно сотрудничающих с институтом.

Координация работы региональных объединений родителей и детей – инвалидов по слуху «Я слышу мир!»

Родители являются наиболее заинтересованными и мотивированными в процессе реабилитации своего ребенка. Объединение родителей – это важный элемент в построении системы помощи детям с нарушенным слухом в каждом отдельном регионе и в России в целом. Большинство жизненно важных инициатив исходит именно от них. Например, разработка плаката «Диагностика слуха», который является отличным дополнением к государственной программе раннего аудиологического скрининга, была инициирована общественной организацией. Такие плакаты размещаются в детских поликлиниках, больницах и других профильных учреждениях, где родители могут в игровой форме провести экспресс-диагностику слуха своего ребенка и, заподозрив нарушения у ребенка, обратиться к специалисту для более детальной диагностики.

Обучение специалистов и родителей, выездная реабилитация в регионах

Команда специалистов программы «Я слышу мир!» регулярно выезжает в регионы для консультации и обучения местных специалистов разным аспектам реабилитации детей с ограниченными возможностями по слуху. А также для осмотра самих детей, предварительного отбора на имплантацию, для настроек речевых процессоров, сурдопедагогических занятий. Ежегодно проводится летняя выездная реабилитация детей с ограниченными возможностями по слуху в Краснодарском крае. С 2008 года в ней принимают участие специалисты и пациенты, съезжающиеся со всей России. Это отличная возможность для специалистов совместить обучение с отдыхом, а для детей и их родителей – отдых с реабилитацией.

В рамках программы ежемесячно проводятся онлайнсеминары, на которых родители и специалисты узнают много нового и полезного о нарушениях слуха и методах их преодоления, а также получают возможность пообщаться с ведущими специалистами России в этой области, задать им вопросы и, конечно же, получить ответы.

«Я слышу мир!» является первой в России программой комплексного развития детей с нарушенным слухом.

Она включена в проект «Защита детей» партии «Единая Россия».

«Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава»
²ГОУ «Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

 $^{1}\Gamma$ ОУ ВПО

Роль топических стероидов при сочетанной патологии лимфоглоточного кольца у детей

Д.м.н., проф. В.П. ВАВИЛОВА¹, д.м.н., проф. Т.И. ГАРАЩЕНКО², к.м.н. О.А. ВАЙМАН¹, д.м.н. Н.И. ТАРАСОВ¹

Хронические воспалительные заболевания лимфоидного глоточного кольца являются наиболее частыми в структуре хронических заболеваний носоглотки в детском возрасте. Гипертрофия глоточной миндалины, поддерживающая хронический насморк и затрудняющая носовое дыхание, способствует уменьшению сопротивляемости ребенка к внешним раздражителям, что приводит к развитию многих хронических заболеваний: синуситов, тонзиллита, отитов, поражений бронхолегочной системы, сердечно-сосудистой патологии и других заболеваний [1].

ронические очаги воспаления в носоглотке изменяют иммунобиологическую реактивность детского организма и обуславливают развитие вторичных иммунопатологических состояний и иммунной недостаточности [2].

У детей хронические заболевания лимфоидного глоточного кольца характеризуются определенными особенностями. Они редко распознаются в первые 2–3 года жизни, когда чаще проявляются гипертрофией миндалин (в большинстве случаев – это гипертрофический тонзиллит и аденоидит). Однако внимание врачей концентрируется на таких проявлениях этих заболеваний, как подверженность частым респираторным вирусным инфекциям (часто болеющие дети) или нарушения дыхания (апноэ

во время сна, нарушения носового дыхания). Хронические воспалительные заболевания лимфоидного глоточного кольца выявляются у 47% часто болеющих детей, что в два раза превышает их частоту у детей в общей популяции [3]. Известен тот факт, что хронические заболевания полости носа, околоносовых пазух и носоглотки часто сочетаются между собой. Течение хронических аденоидитов, как правило, сопровождается хроническими ринитами, в частности аллергическими. Аллергическое воспаление глоточной миндалины и ее последующая гиперплазия значительно усугубляют назальную обструкцию. При аллергическом рините глоточная миндалина становится «шоковым органом», где задерживаются ингаляционные агенты (респираторные аллергены) [4]. Распространенность гиперплазии аденоидных вегетаций при аллергическом рините у детей превышает таковую в общей популяции в 2-3 раза. При аллергологическом обследовании детей с высокой степенью гиперплазии глоточной миндалины более чем в 70% случаев регистрируется положительная реакция на неинфекционные аллергены, а при морфологическом и иммуногистохимическом изучении лимфаденоидной ткани носоглотки выявляются характерные признаки их аллергического воспаления (аллергического аденоидита).

Терапевтическая тактика при аллергическом рините регламентирована многими международными согласительными документами. Однако отсутствие в них рекомендаций по ведению пациентов с сопутствующей патологией лимфаденоидной ткани носоглотки определяет многочисленные разночтения в подходе к такой категории больных: от необоснованно широкого применения аденотомии до недопустимой в данной ситуации выжидательной тактики. Частота рецидивов аденоидных вегетаций у детей после аденотомии колеблется от 4 до 75%. Рецидивы аденоидов после аденотомии развиваются даже при самом тщательном удалении лимфадено-

идной гипертрофированной тка-

ни носоглотки.

Сложной проблемой является и тактика лечения хронического аденотонзиллита у детей. До последнего времени имеет место недооценка методов консервативного лечения, при этом неоправданно расширены показания для применения антибиотиков, а также для хирургического вмешательства (аденотонзиллэктомия, аденоэктомия, тонзиллэктомия). Таким образом, лечение больных с хроническим аденоидитом и сопутствующим аллергическим ринитом является достаточно трудной задачей. Поиск и внедрение новых, щадящих методов лечения данной патологии является оправ-

Внедрение в клиническую практику интраназальных кортикостероидов революционным образом изменило подходы к лечению аллергических ринитов. Приоритетным выбором топического стероида для лечения аллергических заболеваний у детей является соотношение эффективности и безопасности, которое наиболее значимо в педиатрической оториноларингологии, а также удобство применения.

Назальные глюкокортикостероиды обладают выраженным противовоспалительным эффектом, эффективны в отношении всех симптомов аллергического ринита, назначаются 1-2 раза в сутки, имеют превосходство над антигистаминными препаратами и являются препаратами выбора у больных со среднетяжелым/тяжелым персистирующим ринитом с преобладанием назальной обструкции [5]. Для местной глюкокортикоидной терапии хронического аденоидита с аллергическим ринитом важен комплаенс. Данным требованиям отвечает флутиказона пропионат (Назарел, «Тева»).

Цель исследования

Оценить эффективность применения сочетанной противовоспалительной терапии у детей с хроническим аденоидитом на фоне аллергического ринита и сопоставить исходы оперативного и консервативного лечения детей, больных хроническим аденоидитом на фоне аллергического ринита, по частоте рецидивов аденоидных вегетаций и другим параметрам.

Методы исследования

В качестве показателя оценки состояния местного иммунитета исследовали содержание секреторного компонента (SC) иммуноглобулинов класса A (SIgA) в назальном секрете (по Манчини). Исследование неспецифических факторов защиты слизистой верхних дыхательных путей с изучением активности лизоцима в слюне и назальном секрете проводилось нефелометрическим способом по методу В. Г. Дорофейчук (1968), цитологический анализ назального секрета - по методике А. А. Матвеевой (1986), А. Я. Осина (1986).

Были выделены три группы детей дошкольного возраста (6–7 лет) с аллергическим ринитом и хроническим аденоидитом:

- I группа (n = 103): дети, получающие флутиказона пропионат (Назарел 50 мкг интраназально в каждый носовой ход, 1 раз в день, 30 дней);
- II группа (n = 101): дети, получающие монтелукаст (Сингуляр) жевательные таблетки 5 мг на ночь 1 раз в день, в течение 30 дней, и флутиказона пропионат (Назарел) 50 мкг интраназально в каждый носовой ход 1 раз в день в течение 1 месяца;
- контрольная III группа (n = 107): дети, получающие симптоматическую терапию сосудосуживающими препаратами в течение недели, промывание носоглотки изотоническим раствором хлорида натрия 0,9%.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту детей, этиологии, характеру воспаления и состоянию местных факторов защиты.

Мониторинг местных и неспецифических факторов защиты, пикфлуометрию, осмотр специалистов, эндоскопию носоглотки с помощью эндоскопа Eleps проводили до назначения терапии и после проведенной терапии через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Для изучения отдаленных последствий аденотомий также были выделены несколько групп детей: а) дети, страдающие атопией (атопический дерматит, аллергический ринит):

- группа, в которой была выполнена аденотомия по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени (n = 52);
- группа, в которой аденотомия не выполнялась, а применялось симптоматическое лечение по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени (n = 51);
- б) без атопии:
- группа, в которой была выполнена аденотомия по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени (n = 49);
- группа, в которой аденотомия не выполнялась, а применялось симптоматическое лечение по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени (n = 50).

Внедрение в клиническую практику интраназальных кортикостероидов революционным образом изменило подходы к лечению аллергических ринитов. Приоритетным выбором топического стероида для лечения аллергических заболеваний у детей является соотношение эффективности и безопасности, которое наиболее значимо в педиатрической оториноларингологии, а также удобство применения.

Результаты исследования

Нами проведен анализ отдаленных последствий аденотомии у детей г. Кузбасса. Практически у половины (48,8%) детей с атопией, которым была проведена аденотомия, выявлены рецидивы аденоидных вегетаций в течение первого года после проведенной операции (рис. 1). У де-

Клинические исследования

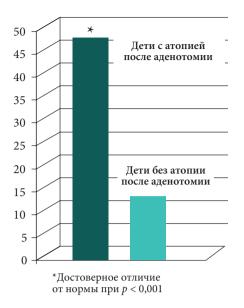


Рис. 1. Частота рецидивов аденоидов (%) вследствие аденотомии

тей без атопии после проведенной аденотомии рецидивы аденоидных вегетаций выявлены достоверно реже (в 14,3% наблюдений) (p < 0,001). Результаты данного исследования доказывают, что склонность к рецидивам аденоидных вегетаций у детей с ато-

пией более выражена, чем у детей без атопии, то есть можно заключить, что на фоне атопии аденотомия была неэффективной практически в половине случаев.

Дети с атопией в течение первого года после аденотомии достоверно чаще болели обструктивными бронхитами (53,8%) по сравнению с группой детей с атопией, но без аденотомии (29,4%) (р < 0,001), что отражено в таблице 1. В течение первого года после аденотомии 11 детям из 52 (17,3%) был впервые поставлен диагноз «бронхиальная астма», в то время как в группе детей с атопией, но без аденотомии данный диагноз был впервые поставлен лишь 4 детям из 51 (7,8%). Это может свидетельствовать о сохранении и усилении гиперреактивности бронхов после операции аденотомии. В противоположность этому в группе детей без атопии после аденотомии отмечалось снижение частоты обострений хронических синуситов (8,2%), в то время как без аденотомии их частота оставалась высокой (28,0%) (p < 0,05).

Дети после аденотомии имели достоверно больше дней непосещения образовательных учреждений в году (38,3 \pm 1,87) по сравнению с детьми, которым проводилось консервативное лечение (27,2 \pm 1,74) (p < 0,05).

Показатели неспецифических факторов защиты слизистой оболочки верхних дыхательных путей (активность лизоцима в слюне и содержание SIgA в назальном секрете) представлены в таблице 2. Отмечено достоверное снижение активности лизоцима в слюне и содержания SIgA в назальном секрете детей, которым проведена аденотомия, как в группе с атопией, так и без атопии. У детей, получавших консервативную терапию топическим стероидом или его сочетанием с монтелукастом, уровни данных неспецифических местных факторов защиты не отличались от нормы после курса лечения.

Данный факт подтверждает предположение о том, что аденотомия ведет к иммуносупрессивному эффекту в отношении слизистых верхних дыхательных путей.

Таблица 1. Последствия аденотомии у детей по данным наблюдения в течение года

	Дети								
		с атопией				без атопии			
Критерии	после аденотомии (n = 52)		без аденотомии (n = 51)		после аденотомии (n = 49)		без аденотомии (n = 50)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Рецидивы аденоидов	25	48,8		_	7	14,3	_		
ОРВИ в течение года		354,0		172,0		257,0		149,0	
Пневмония	9	17,3	3	5,8	5	10,2	2	4,0	
Обструктивные бронхиты	28	53,8**(2)	15	29,4	17	34,7	9	18,0	
Острые синуситы	14	26,9	7	13,7	10	20,4	5	10,0	
Обострение хронич. синуситов	12	23,1	13	25,5	4	8,2*(4)	14	28,0	
Возникновение БА в течение года	11	17,3*(2)	4	7,8	3	6,1	1	2,0	
Дни непосещения ДОУ и школы		38,29 ± 1,87*(2)		27,21 ± 1,74		37,34 ± 1,17*(4)		$29,35 \pm 1,37$	
Число дней нетрудоспособности родителей по уходу за ребенком		25,36 ± 1,72		27,39 ± 1,47		17,48 ± 1,14		14,34 ± 1,57	

^{*} Достоверные отличия при p < 0.05 (в скобках указана группа сравнения).
** То же при p < 0.01

Снижение активности лизоцима в слюне и назальном секрете у детей с атопией и без атопии после аденотомии может способствовать проникновению патогенной микрофлоры в нижние отделы дыхательных путей.

Частота высеваемости Staphilococcus aureus со слизистой носа у детей после аденотомии и на фоне консервативного лечения достоверно не изменялась. Таким образом, можно заключить, что аденотомия у детей с атопией в ряде случаев способствовала увеличению частоты заболеваний обструктивными бронхитами и бронхиальной астмой и у половины пациентов оказывалась неэффективной, то есть разрастания аденоидов рецидивировали. У детей без атопии рецидивы разрастания аденоидов отмечались значительно реже, и, кроме того, аденотомия у них способствовала снижению частоты обострений хронических синуситов.

Отмечено достоверное снижение активности лизоцима в слюне и содержания SIgA в назальном секрете у детей, которым проведена аденотомия, в то время как у детей, получавших консервативную терапию, уровни данных неспецифических местных факторов защиты не отличались от нормы после курса лечения.

Оценена эффективность применения топического стероида флути-

Таблица 2. Активность лизоцима в слюне и содержание SIgA в назальном секрете детей после аденотомии и на фоне консервативного лечения

The same of the sa	Показатели			
Группы детей	Лизоцим, % (M ± м)	SIgA, r/π (M ± M)		
С атопией после аденотомии (n = 52)	$43,2 \pm 2,10^*$	0.13 ± 0.02 *		
С атопией, получавшие флутиказона пропионат (через 1 месяц) ($n = 103$)	$70,2 \pm 2,40$	$0,19 \pm 0,004$		
Без атопии после аденотомии (n = 49)	$44,3 \pm 1,98$ *	$0.14 \pm 0.001^*$		
С атопией, получавшие монтелукаст и флутиказона пропионат (через месяц) $(n=101)$	$69,3 \pm 2,30$	$0,\!20 \pm 0,\!003$		
Норма (у эпизодически болеющих детей)	$62,3 \pm 2,45$	$0,22 \pm 0,001$		

Достоверное отличие от нормы при р < 0,001

казона пропионата (Назарела) в сочетании с антилейкотриеновой терапией с аллергическим ринитом и хроническим аденоидитом.

На фоне применения флутиказона пропионата в I и II группах отмечена более благоприятная динамика клинических симптомов заболевания по сравнению с пациентами контрольной группы (табл. 3). Носовое дыхание нормализовалось у всех больных I $(4,25 \pm 0,45 \text{ дня})$ и II групп $(2,35 \pm 0,25 \text{ дня})$, в контрольной группе нормализации носового дыхания не произошло. Во всех группах у 1/3 детей наблюдался ночной храп, после проведенного лечения остался ночной симптом у 6,5 и 2,3% пациентов соответственно в I и II группах, в III группе положительной динамики не было.

После проведенного лечения в течение месяца у всех пациентов от-

мечено уменьшение степени гипертрофии глоточной миндалины (табл. 3), причем во II группе отмечалось максимальное уменьшение степени аденоидов (p < 0.001). Ни в одном случае применения не отмечено общих либо местных реакций. Положительная динамика размеров глоточной миндалины, улучшение носового дыхания, купирование ночного храпа сохранялись в течение трех месяцев в I и II группах (p < 0,01). У 1/3 детей хорошие клинические результаты и размеры глоточной миндалины в I и II группах сохранялись полгода (p < 0.01).

Объективными показателями проходимости носовых ходов у детей с гиперплазией глоточной миндалины на фоне аллергического ринита были изменения показателей назальной пикфлуометрии (табл. 4).

Таблица 3. Динамика клинической картины через 1 месяц на фоне изучавшихся вариантов лечения хронических заболеваний глоточной миндалины

	Терапия больных с хроническим аденоидитом (случаи на 100)					
П	Назарелом		Назарелом и Сингуляром		симптоматическая	
Показатели	до терапии	через месяц	до терапии	через месяц	до терапии	через месяц
	I группа (n = 103)		II группа (n = 101)		III группа (n = 107)	
Затрудненное носовое дыхание	$96,0 \pm 6,38$	$15,0 \pm 5,64^{\circ\circ\circ}$	$98,5 \pm 6,45$	$10,1 \pm 3,1^{\circ \circ \circ}$	$97,7 \pm 2,30$	$89,2 \pm 7,62$
Ночной храп	$35,3 \pm 3,34$	6,5 ± 1,23°°***	$33,2 \pm 2,91$	$2,3 \pm 0,45^{\circ\circ***}$	$29,2 \pm 2,35$	$28,9 \pm 3,11$
Гипертрофия глоточной миндалины: — II степени	$75,0 \pm 6,84$	$40,0 \pm 6,32^{\circ\circ\circ}$	$72,2 \pm 6,20$	$29,1 \pm 4,7^{\circ \circ \circ \bullet \bullet}$	$51,5 \pm 7,62$	$54,5 \pm 7,59$
— II степени — I степени	$25,0 \pm 6,85$	$60,0 \pm 6,32^{\circ\circ\circ}$	28,8±3,1	$70.9 \pm 7.2^{\circ\circ\circ}$	$48,5 \pm 7,62$	$45,4 \pm 7,59$
Признаки аденоидита	$80,0 \pm 6,32$	$40,0 \pm 5,64^{\circ\circ\circ}$	83,1±6,4	21,2 ± 3,1°°°°	$97,7 \pm 2,30$	$78,4 \pm 6,66$

Примечание. Достоверность различия между показателями:

[—] до и после терапии: $^{\circ\circ}p < 0.01; ^{\circ\circ\circ}p < 0.001;$

[—] I u II rpynn: p < 0.05; p < 0.01; p < 0.00;

[—] I , II и контрольной групп: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

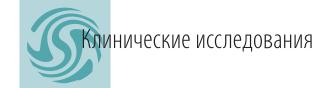


Таблица 4. Динамика назальной пикфлуометрии у детей с разными вариантами лечения

Период	I группа (Назарел) (n = 103)	II группа (Назарел и Сингуляр) (n =101)	III группа (симптоматическая терапия) (n =107)	Норма (у эпизодически болеющих детей)
До лечения	$50,1 \pm 1,15$	$52,3 \pm 1,35$	$51,4 \pm 1,97$	$100,3 \pm 2,35$
Через 1 мес.	78,3 ± 1,95**	98,9 ± 1,85**	$50,3 \pm 1,85$	
Через 3 мес.	67,2 ± 2,17**	85,3 ± 1,9**	$49,4 \pm 1,87$	
Через 6 мес.	58,2 ± 2,18**	$74,7 \pm 2,1**$	$49,4 \pm 1,88$	
Через 12 мес.	$52,1 \pm 2,54$	67,9 ± 1,9**	$44,3 \pm 1,54$	

^{*} Достоверные отличия от показателей до лечения при p < 0.01. ** То же при p < 0.001

Таблица 5. Динамика показателей местного иммунитета и неспецифических факторов защиты у детей

	Факторы защиты						
Период	Лизоцим, % (M ± м)	SIgA, г/л (M ± м)					
I группа (n = 103) (получающие Назарел)							
До лечения	$52,9 \pm 1,88$	$0,18 \pm 0,005$					
Через 1 месяц	70,2 ± 2,40***°	$0,19 \pm 0,004$					
Через 3 месяца	66,3 ± 2,20***°	$0,\!18 \pm 0,\!004$					
Через 6 месяцев	59,9 ± 1,88**°	$0,19 \pm 0,005$					
II группа (n = 101) (получающие Назарел и Сингуляр)							
До лечения	$54,3 \pm 1,93$	$0,18 \pm 0,005$					
Через 1 месяц	69,3 ± 2,30***°	$0,20 \pm 0,003$					
Через 3 месяца	68,8 ± 2,18***°	$0,19 \pm 0,003$					
Через 6 месяцев	66,8 ± 2,35***°••	$0,18 \pm 0,004$					
III группа, контрольная (n = 107) (симптоматическое лечение)							
До лечения	$49,2 \pm 0,60$	$0,17 \pm 0,002$					
Через 1 месяц	$49,1 \pm 1,98$	$0,18 \pm 0,005$					
Через 3 месяца	$51,1 \pm 1,68$	$0,18 \pm 0,004$					
Через 6 месяцев	$49,2 \pm 0,60$	$0,18 \pm 0,005$					

Примечание. Достоверность различия цитологических показателей:

- до и после лечения: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001;
- между I и II группами: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001;
- между I, II и III группами: °p < 0,05, °°p < 0,01, °°°p < 0,001.

В результате проведенной пикфлуометрии было установлено, что применение флутиказона пропионата, особенно в сочетании с монтелукастом достоверно снижает выраженность назальной обструкции, но через полгода-год при изо-

лукаста эффект практически нивелируется, а при сочетанном лечении - еще сохраняется. Симптоматическая терапия практически не оказывала влияния на выраженность назальной обструкции. В контрольной группе степень гипертрофии глоточной миндалины не изменялась. Оценка местных факторов защиты представлена согласно выделенным группам (табл. 4). В назоцитограммах после применения флутиказона пропионата адсорбция плоского эпителия микробной флоры достоверно не отличалась от нормальных значений, отмечалось уменьшение количества эозинофилов до нормы и сохранялось таковым 4-6 месяцев (p < 0.001). В контрольной группе у детей не происходило нормализации фагоцитирующей активности нейтрофилов и эозинофилов.

лированном применении монте-

Изменение местного иммунитета и неспецифических факторов защиты слизистых верхних дыхательных путей на фоне проводимого лечения документировано динамикой лизоцима, SIgA (табл. 5). Лечение с применением флутиказона пропионата сопровождалось увеличением через месяц уровня лизоцима в назальном секрете с 52,9 до $70,2 \pm 2,4$ (p < 0.001), во II группе лечение с применением флутиказона пропионата и монтелукаста увеличением сопровождалось

уровня лизоцима в назальном секрете с $54,3 \pm 1,93\%$ до $69,3 \pm 2,30\%$ (p < 0.001). Причем через полгода при лечении флутиказоном пропионатом и монтелукастом уровень лизоцима оставался в пределах нормальных величин $(66,8 \pm 2,35)$, при лечении флутиказоном пропионатом снижение лизоцима отмечалось в период с 3 до 6 месяцев после проведенного лечения. В контрольной группе на фоне симптоматической терапии показатели, характеризующие состояние местного иммунитета, достоверно не изменялись. Показатели секреторного иммуноглобулина А в динамике во всех группах не имели статистически значимых отличий.

Заключение

Аденотомия при аденоидах I и II степени у детей с атопией в половине случаев (48,8%) неэффективна (аденоидные разрастания рецидивируют) и способствует учащению обструктивных бронхитов (53,8% детей) и развитию бронхиальной астмы (17,3% детей). У детей без атопии аденотомия приводила к снижению частоты обострений хронических синуситов до 8,2% (в группе без аденотомии их частота составила 28%).

На фоне применения флутиказона пропионата (Назарела) в течение месяца у детей с хроническим аденоидитом в сочетании с аллергическим ринитом значительно снизилось количество жалоб, уменьшилась гипертрофия глоточной миндалины у 2/3 детей.

Сочетание терапии флутиказоном пропионатом (Назарелом) и монтелукастом, применяемое в течение месяца, оказывало более значимый и продолжительный эффект у детей с хроническим аденоидитом.

Успех терапии хронического аденоидита на фоне аллергического ринита определяется своевременным назначением местных глюкокортикостероидов.

Литература → C. 107



Современная базисная терапия аллергических ринитов:

- Быстрое устранение симптомов заболевания
- Высокое качество
- Хорошая переносимость
- Доказанная эффективность

НАЗАРЕЛ®

флутиказона пропионат, 50 мкг/доза, 120 доз спрей назальный дозированный



Реклама

Способ применения и дозы

Взрослым и детям 12 лет и старше: по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, желательно утром. В некоторых случаях необходимо вводить по 2 дозы в каждый носовой ход 2 раза в день (максимальная суточная доза 400 мкг). После достижения терапевтического эффекта можно вводить поддерживающую дозу по 50 мкг в сутки в каждый носовой ход (100 мкг). Максимальная суточная доза не должна превышать 400 мкг (по 4 дозы в каждый носовой ход).

Детям в возрасте от 4 до 12 лет: по одной дозе (50 мкг) один раз в сутки в каждый носовой ход, желательно утром. Максимальная суточная доза не должна превышать 200 мкг в каждый носовой ход. **Показания:** профилактика и лечение сезонного и круглогодичного аллергических ринитов. Взрос-

лым и детям с 4-х лет.

Данная информация предназначена для медицинских специалистов. Перед назначением препарата ознакомьтесь с подробной инструкцией по применению.





¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, научная группа при кафедре болезней уха, горла и носа

² Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Сравнительная эффективность различных способов элиминационной терапии в комплексном лечении тонзиллофарингитов у детей

Д.м.н., проф. Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ 1 , Е.К. ОНУФРИЕВА 2 , Е.К. ИСАЕВА 2 , И.Е. ПОГОСОВА 1

Воспалительные заболевания глотки являются одной из основных причин обращения к педиатрам, терапевтам и оториноларингологам. В зависимости от локализации воспалительного очага в различных отделах глотки выделяют различные нозологические формы заболевания, например аденоидит или эпиглоттит, однако в большинстве случаев причиной обращения пациента является поражение, локализующееся в ротоглотке, и в первую очередь – тонзиллит или фарингит.

большинстве случаев эти состояния обусловлены респираторными вирусными инфекциями, которые шираспространены. ко в Москве, по данным Роспотребнадзора, за период с января по март 2010 г. зарегистрировано более 810 тыс. заболеваний ОРВИ и гриппом, при этом более 530 тыс. - у детей. Основным симптомом, характерным для тонзиллофарингитов, является наличие боли или дискомфорта в горле различной интенсивности. До 80% острых хронических респираторных заболеваний и их обострений могут сопровождаться этим симптомом; более того, острые тонзиллофарингиты являются причиной 1,1% всех посещений пациентами врачей и 6% всех визитов к педиатру [1, 2].

Обычно острые фарингиты вызваны вирусами, поражающими слизистую оболочку верхних дыхательных путей, в первую очередь риновирусами, коронавирусами, аденовирусами и т.д., иногда в ассоциации с условно-патогенной микрофлорой, колонизирующей верхние дыхательные пути [3]. Основным бактериальным агентом, вызывающим острые тонзиллиты и фарингиты, являетβ-гемолитический стрептококк группы А, который выявляют у 15-36% детей с болью в горле. Другими частыми причинами бактериальных тонзиллофарингитов являются иные стрептококки, стафилококки, М. pneumonia, С. pneumonia и т. д. [2, 5].

Принципы рациональной антибактериальной терапии острых тонзиллитов и фарингитов пред-

усматривают назначение системных антибиотиков при выявлении бактериальной этиологии заболевания. В большинстве случаев при вирусной этиологии заболевания и отсутствии выраженной общей реакции организма достаточно использовать симптоматическую терапию. Традиционно для лечения острых тонзиллофарингитов используют обильное теплое питье, местные антисептики в форме таблеток для рассасывания, лекарственных аэрозолей, полоскание горла настоями трав, дезинфицирующими, щелочными растворами и т. д. [1, 5, 6, 8]. Однако у детей, особенно младшего возраста, во многих случаях применение элиминационного метода лечения невозможно или крайне затруднено в связи с неумением полоскать горло. Кроме того, приготовленные в домашних условиях растворы для полоскания могут быть нестерильными и содержать потенциально токсичные вещества. В связи с этим несомненно важной является возможность использовать для элиминационной терапии официнально приготовленные препараты. В последние годы на российском фармацевтическом рынке широко представлены спреи и капли для интраназальной элиминационной терапии, приготовленные из на-

аквалор

для полости РТА и ГОРЛА

Натуральная гипертоническая морская вода с алоэ вера и римской ромашкой

HE COMERMUT 3 TAHOTI

Лечение и профилактика:

- ✓ фарингитов
- ✓ тонзиллитов
- ✓ стоматитов



modula laduna luna

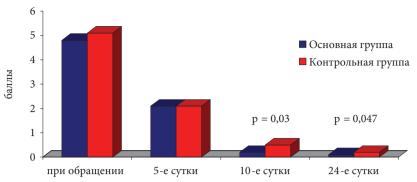


Рис. 1. Динамика оценки больными болевого синдрома (в баллах) по данным визуально-аналоговой шкалы (среднее значение)

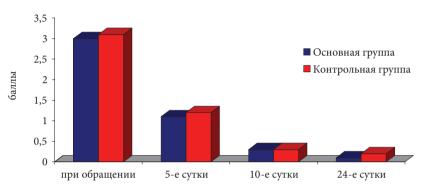


Рис. 2. Динамика оценки больными дискомфорта в горле (в баллах) по данным визуально-аналоговой шкалы (среднее значение)

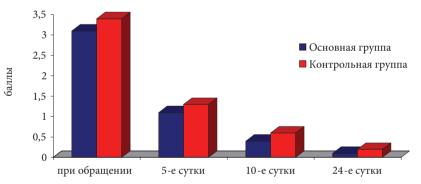


Рис. 3. Динамика фарингоскопической картины (в баллах) по данным визуально-аналоговой шкалы (среднее значение)

туральной морской воды. Недавно разрешены к применению подобные спреи для горла. Одним из таких препаратов является Аквалор для горла с алоэ и ромашкой (YS Lab, Франция), изготовленный из натуральной стерильной гипертонической морской воды. Препарат содержит все активные вещества и микроэлементы (K, Mg, Na, Cl, Se, I, Ca, Zn, Cu, Fe и др.) морской воды; дополнительно в состав препарат входят природные экстракты алоэ вера

и римской ромашки. Препарат не содержит консервантов и этанола и разрешен к применению с 6-месячного возраста.

Нами была оценена эффективность элиминационной терапии в комплексной терапии заболеваний, проявляющихся синдромом боли в горле в детском возрасте. Исследование завершили 84 ребенка (40 девочек и 44 мальчика) в возрасте от 3 до 16 лет (в среднем 9,8 ± 3,24 лет), обратившихся в клинику по поводу боли в гор-

ле, связанной с воспалительным заболеванием ротоглотки. В соответствии с процедурой рандомизации пациенты были распределены в 2 группы. В основную группу вошли 43 ребенка (24 девочки и 19 мальчиков; средний возраст 9.7 ± 3.24 года), в том числе с острым фарингитом -21 больной (48,8%), с острым тонзиллитом - 9 (20,9%), с обострением хронического фарингита - 9 (20,9%) и с обострением хронического тонзиллита - 4 (9,3%) пациента. Срок от начала заболевания до обращения в клинику составил в среднем $2 \pm 1,51$ суток. Контрольную группу составили 41 пациент (16 девочек и 25 мальчиков; средний возраст 9,9 ± 3,12 года), в том числе с острым фарингитом - 19 (46,3%), с острым тонзиллитом - 5 (12,2%), с обострением хронического фарингита - 10 (24,4%) и с обострением хронического тонзиллита – 7 (17,1%) детей (длительность заболевания на момент обращения в среднем 1,8 ± 1,14 суток). Группы были статистически сопоставимы по параметрам «возраст», «пол», «клинический диагноз», «срок обращения в клини-Ky» (p > 0,05).

Всем больным назначали местные антисептики. Пациентам с острым и обострением хронического тонзиллита дополнительно к местным антисептикам назначали системную антибактериальную терапию (препараты группы пенициллинов, цефалоспорины, при аллергии на пенициллины - макролиды). При необходимости допускалось применение других препаратов, выбор которых зависел от конкретного клинического наблюдения. Больные основной группы, наряду со стандартной терапией, получали элиминационную терапию препаратом Аквалор для горла с алоэ и ромашкой орошение задней стенки глотки и небных миндалин не реже 5-6 раз в сутки в течение минимум 10 дней; больные контрольной группы ежедневно полоскали горло раствором фурациллина с такой же частотой и продолжительностью.

При обращении, а также на 5-е, 10-е и 24-е сутки по данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) производилась субъективная оценка выраженности симптомов (боль в горле, першение / ощущение инородного тела в горле / желание «прочистить горло») и результата лечения. Объективная оценка включала данные фарингоскопии и микробиологического исследования.

При обращении в клинику выраженность болевого синдрома, дискомфорта в глотке и фарингоскопической картины у больных обеих групп были статистически сопоставимы (р > 0,05) и составляли в среднем соответственно: 4.8 ± 2.03 и 5.1 ± 2.41 баллов по шкале ВАШ; 3.0 ± 2.94 и 3.1 ± 2.35 баллов и 3.1 ± 1.14 и 3,4 ± 1,28 баллов. Таким образом, на момент обращения в клинику группы были сопоставимы не только по основным демографическим, но и по клиническим признакам.

При контрольном осмотре на 5-е сутки все больные отмечали значительное уменьшение болевого синдрома и дискомфорта в горле: в обеих группах выраженность этих симптомов по шкале ВАШ уменьшилась более чем в 2 раза; при этом на фоне терапии у всех больных отмечено значительное улучшение фарингоскопической картины (рис. 1–3).

На 10-е сутки пациенты основной группы отмечали статистически достоверно меньшую (p = 0.03)выраженность болевого синдрома по сравнению с больными контрольной группы: незначительные болевые ощущения сохранялись у 18,6% детей основной группы по сравнению с 34,1% в контрольной. Выраженность дискомфорта в горле у пациентов обеих групп была сопоставима. Эти симптомы сохранялись соответственно у 23,6% и 24,3% больных. В фарингоскопической картине основной группы были некоторые улучшения, хотя и статистически недостоверные (p = 0.058): полная нормализация фарингоскопической картины произошла у 70,7% детей основной группы по сравнению с 48,8% в контрольной.

Следует отметить, что сходная динамика показателей получена и при осмотре на 24-е сутки. Пациенты основной группы статистически достоверно реже (р = 0,047) отмечали незначительные болевые ощущения по сравнению с детьми в контрольной группе (в обеих группах - до 1 балла по ВАШ) - соответственно в 7% и 19,5% наблюдений, хотя частота и выраженность дискомфорта в горле статистически не различалась. При этом фарингоскопические признаки заболевания сохранялись у 16,3% больных основной группы и у 14,6% контрольной группы; у всех этих больных на момент включения в исследование было диагностировано обострение хронического фарингита или тонзиллита.

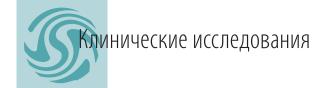
По данным микробиологического исследования материала, полученного с поверхности задней стенки глотки/небной миндалины при первичном осмотре у 31 (72,1%) пациента основной группы, были выявлены следующие представители добавочной и транзиторной микрофлоры: β-гемолитический стрептококк (со степенью обсеменения 10^3-10^6 КОЕ/мл) – у 9,3%; Staphylococcus aureus (10³-10⁷) y 18,6%; Streptococcus pneumoniae (10^3-10^5) – у 23,3%; грибы рода Candida (10^2-10^4) – у 20,9% детей. Добавочная и транзиторная микрофлора, выявленная у 27 (65,8%) детей контрольной группы, была представлена: β-гемолитическим стрептококком (со степенью обсеменения 10^3-10^6 KOE/мл) – у 7,3%; Staphylococcus aureus (10³-10⁷) y 19,5%; Streptococcus pneumoniae (10^3-10^5) – у 19,5%; грибы рода Candida $(10^{2}-10^{4})$ - y 19,5% naциентов. При повторном микробиологическом исследовании, проведенном на 24-е сутки, добавочная и транзиторная микрофлора (во всех случаях в ассоциации с постоянной микрофлорой) была выделена у 7 (16,3%) больных основной групны и у 9 (21,9%) контрольной и была представлена: $Staphylococcus aureus (10^1–10^3 KOE/мл) – у 11,6% детей основной группы и у 17,1% – контрольной; грибы рода Candida (<math>10^1–10^3$) соответственно у 4,6% и 7,3%.

Оценку эффективности и удобства применения препаратов элиминационной терапии пациенты (их родители) оценивали на 5-е, 10-е и 24-е сутки лечения. В течение всего периода наблюдения пациенты основной группы оценивали удобство применения препарата Аквалор с алоэ и ромашкой для горла статистически достоверно (р < 0,05) выше, чем пациенты контрольной группы - традиционное полоскание горла раствором фурациллина. В частности, на 5-е сутки лечения отметили переносимость элиминационной терапии как «отличную» и «хорошую» 81,4% пациентов основной группы и лишь 53,7% контрольной; на 10-е сутки – соответственно 86% и 82,9%; на 24-е сутки - 95,4% и 85,3% больных.

Побочных эффектов или аллергических реакций в ходе исследования не было выявлено ни в одном случае.

Таким образом, на основании полученных результатов можно рекомендовать препарат Аквалор с алоэ и ромашкой для горла в качестве стартового препарата элиминационной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний ротоглотки у детей. Применение этого препарата статистически достоверно уменьшает выраженность болевой реакции на 10-24-е сутки лечения по сравнению с традиционным полосканием горла раствором фурациллина, а значительно лучшая оценка эффективности и удобства применения препарата пациентами (их родителями) повышает приверженность к лечению.

← Литература С. 106



Новосибирский государственный медицинский университет

Оценка эффективности применения Имудона в комплексной терапии острой и рецидивирующей стрептококковой инфекции у детей

Д.м.н., проф. Е.И. КРАСНОВА, С.О. КРЕТЬЕН

Чрезвычайная распространенность стрептококка группы А (СГА) как респираторного патогена, множество его серотипов, строго типоспецифическое формирование постинфекционного иммунитета и легкость передачи предопределяют его тотальную распространенность у детей, особенно в организованных коллективах [1].

уществуют стандарты лечения скарлатины, а так-ет стрептококковую природу в 70% случаев, по данным инфекционного стационара Новосибирска) на основе использования этиотропных, патогенетических и симптоматических средств. Многочисленными исследованиями показано, что СГА уже более 50 лет остается чувствительным к препаратам пенициллинового ряда вследствие того, что не выделяет пенициллиназу, как другие возбудители. Вместе с тем при нерациональной терапии либо в случаях частого реинфицирования новыми серотипами СГА при генотипически обусловленных особенностях реактивности организма (сенсибилизации с развитием иммунопатологических реакций) возможно развитие осложнений в виде ревматизма, гломерулонефрита и др.

В 50-е годы XX века в связи с преобладающей циркуляцией ревматогенных штаммов СГА МЗ РФ был издан приказ об обязательной однократной бициллинопрофилактике всех детей, перенесших стрептококковую ангину либо скарлатину после проведения 10-дневного курса лечения антибиотиками. Данный приказ не отменен до настоящего времени, несмотря на то, что случаи ревматизма в последние годы регистрируются редко, отечественные бициллины 3 и 5 являются многокомпонентными и требуют усовершенствования (их введение приводит к образованию пиковых концентраций в крови в первые дни с быстрой утратой бактерицидного эффекта, по данным Института ревматологии РАМН) [2]. В справочнике по лекарственной терапии В. К. Таточенко «Педиатру на каждый день» (с. 125) появилось

Решение антибиотической комиссии МЗ РФ и РАМН «Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита (острого) и фарингита» (Методические рекомендации. М., 1999): «Бициллины назначают при невозможности провести 10-дневный курс лечения, при ревматическом анамнезе, а также при вспышках БГСА-инфекции При остром в коллективах. А-стрептококковом тонзиллите у больных, имеющих факторы риска развития острой ревматической лихорадки (отягощенная наследственность, неблагоприятные социально-бытовые условия и др.), целесообразно применение бензилпенициллина 10 дней с последующей однократной инъекцией бензатилбензилпенициллина. В остальных случаях необходимо проводить только 10-дневный курс антибиотиков (амоксициллина)» [3]. Однако в регионы не поступало регламентирующих указаний об отмене старого приказа, в связи с чем во многих поликлиниках и стационарах продолжают его выполнять. Многие врачи не удовлетворены результатами данной агрессивной схемы терапии химиопрепаратами. Несмотря на ее применение, после перенесенной ангины возникают ее ранние и поздние рецидивы, формируется группа часто болеющих детей с постоянным или периодическим выделением СГА из ротоглотки, возникают случаи сенсибилизации организма в виде узловатой эритемы, синовиитов и др. В таких ситуациях становится очевидным, что использование одних антибиотиков не решает проблемы стрептококкозов, а только усугубляет процессы дисбактериоза как в ротоглотке, так и в организме в целом [4].

Существенным достижением в терапии частых ОРЗ явилось обоснование и внедрение в повседневную практику бактериальных лизатов. В последние годы появились данные о том, что дети подвержены частым ОРЗ, поскольку у них несовершенна «мукозальная» система зашиты: снижена продукция секреторного IgA. Общепризнано, что иммуномодуляторы бактериального происхождения являются наиболее эффективными и безопасными средствами для профилактики острых и рецидивирующих респираторных инфекций. Было показано, что включение в терапию часто болеющих ОРЗ детей препаратов, изготовленных на основе компонентов бактерий (ИРС-19, Имудона, Рибомунила, Бронхомунала), способствовало сокращению длительности клинических проявлений, числа бактериальных осложнений и рецидивов болезни. В состав топического иммуномодулятора Имудон входят очищенные лизаты патогенов, играющих важную роль в заболеваниях слизистой оболочки полости рта, лимфоглоточного кольца и респираторного тракта: *S. pyogenes* groupe A; *E. faecium*; E. faecalis; S. sanguinis; Staph. aureus; K. pneumonia; C. pseudodiphtericum; C. albicans; L. acidophilus; L. fermentatum; L. helveticus; L. delbrueskii subsp. Lactis (регистрационный № ЛСР-002867/08 от 18.04.2008). Уникальный состав Имудона, включающий антигены микроорганизмов, которые являются этиологическими агентами при инфекционных процессах в ротоглотке, делает актуальным его применение у пациентов со стрептококкозами. Последние нередко рецидивируют на фоне дисбиоза полости рта, в том числе и с преобладанием грибковой инфекции.

Под воздействием антигенных структур, содержащихся в Имудоне, стимулируются неспецифические факторы защиты, одним из которых является фагоцитоз, а также активизируется выработка лизоцима, осуществляющего бактерицидное действие (осмотический лизис микробов). Аналогично лизоциму активируется выработка лактоферина, фибронектина, катионных белков, миелопероксидазы и других факторов неспецифической защиты. Под действием Имудона иммунитет обеспечивается и специфическими компонентами, усиливается продукция секреторных иммуноглобулинов А и М, которые нейтрализуют действие микробных клеток [5].

Целью работы явилась оценка эффективности и безопасности Имудона при острой и рецидивирующей стрептококковой инфекции ротоглотки.

Материалы и методы

В наблюдение включены 47 детей со стрептококковой инфекцией в возрасте от 3 до 12 лет (1-я группа), из них у 25 диагностирована реинфекция ОРЗ с синдромом стрептококкового тонзиллита, у 6 – скарлатина и еще у 16 – инфекционный мононуклеоз с наличием синдрома ангины и выделением СГА при бактериологическом исследовании (мазка из зева на микрофлору). Последнее проводилось всем обследованным либо амбулаторно, либо в стационаре при поступлении ребенка.

Контрольная группа (2-я): 39 детей, сопоставимых по возрасту, из них 21 – с реинфекцией стрептококкового тонзиллита, 8 – со скарлатиной и 10 – с инфекционным мононуклеозом и наличием стрептококковой ангины, не лечившихся Имудоном. Частота рецидивирования тонзиллофарингита была от 1 до 3 раз, при этом из исследования исключались дети с хроническим тонзиллитом и ревматологическим анамнезом. Отягощенный преморбидный фон

в виде аллергических заболеваний кожи отмечен у 3 больных 1-й группы и у 4 – второй, рецидивирующий обструктивный бронхит у 3 детей 1-й группы и у 2 – второй. Сопутствующая патология - признаки реактивного панкреатита (рецидивирующая рвота, повышение амилазы в крови, увеличение размеров поджелудочной железы по данным УЗИ, стеаторея в копрограмме) выявлены у 2 детей 1-й группы и у 2 - второй. Из антибактериальных препаратов по поводу ангины на 3-е ± 0,2 суток от начала заболевания 23 ребенка получали пенициллины, 46 - аминопенициллины, 12 - цефалоспорины, 5 – макролиды, курсом 10 дней. Синдром ангины у всех больных сопровождался лихорадкой, из них у 85% - фебрильной и у 15% – субфебрильной.

Имудон давали детям опытной группы по 4–6 таблеток в сутки в течение 14 дней. Лечение проводили в стадии ремиссии или в стадии реконвалесценции после 10-дневного курса антибиотикотерапии пенициллинами либо макролидами. Дети контрольной группы получали однократно бициллин.

Микрофлора из зева полуколичественным методом исследовалась 3 раза: при поступлении, через 10 дней по окончании курса антибиотиков и через месяц от начала болезни.

Синдром ангины у всех больных сопровождался фебрильной лихорадкой. Длительность лихорадки составила в среднем 4,3 ± 0,5 дня. Старшие дети предъявляли жалобы на боли в горле при глотании. Ангина у всех больных, взятых в исследование, отмечена как лакунарная, она характеризовалась:

- яркой гиперемией небных миндалин и прилегающих участков мягкого неба и небных дужек, четко отделенной от неизмененной слизистой оболочки твердого неба;
- увеличением миндалин за счет инфильтрации (при моноинфекции СГА), отека и инфильтации (при микст-СГА ± вирус Эпштейна-Барр), наличием белых, бело-желтых или серых налетов вблизи устьев лакун;

Клинические исследования

Уникальный состав Имудона, включающий антигены микроорганизмов, которые являются этиологическими агентами при инфекционных процессах в ротоглотке, делает актуальным его применение у пациентов со стрептококкозами.

 резкой болезненностью и увеличением в размерах регионарных лимфатических узлов, располагающихся позади угла нижней челюсти.

Продолжительность местных проявлений составила 5–10 суток. У больных скарлатиной наряду с интоксикационным синдромом и проявлениями лакунарной ангины наблюдались и другие характерные признаки заболевания:

- бледный носогубный треугольник на фоне гиперемии щек и яркости губ;
- появление мелкоточечной сыпи на 1−2-е сутки болезни;
- динамика изменения языка «малиновый язык»;
- крупнопластинчатое шелушение кожи пальцев рук и ног, появляющееся после полного очищения языка от налета;
- повышение титров антистрептолизина О.

При инфекционном мононуклеозе Эпштейна–Барр-этиологии, кроме интоксикационного синдрома и ангины, наблюдались:

- генерализованная полилимфаденопатия с преимущественным поражением заднешейных лимфатических узлов;
- воспаление не только небных, но и глоточной миндалины (аденоидит);
- гепатоспленомегалия;
- атипичные мононуклеары в общем анализе крови;
- обнаружение ДНК вируса Эпштейна-Барр в крови и слюне методом ПЦР;
- в ИФА с определение VEA IgG, VCA IgM к вирусу Эпштейна–Барр.

Осмотры больных опытной и контрольной групп проводили через 1 мес. от начала болезни.

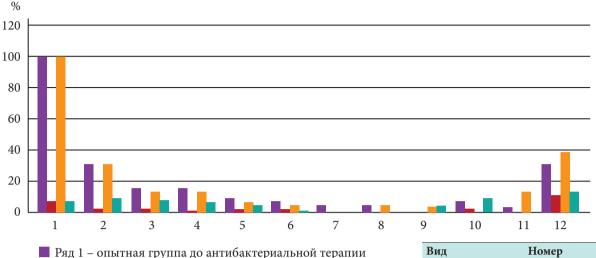
Результаты и обсуждение

Результаты бактериологических исследований мазка из зева у детей опытной и контрольной групп до и после 10 дней антибактериальной терапии представлены на рис. 1. У детей обеих групп в начале болезни отмечено проявление тонзиллофарингеального дисбиоза с одинаковой частотой высева СГА, условно-патогенной флоры и дрожжеподобных грибов. При этом чаще всего наряду с пиогенным стрептококком обнаруживались стафилококки и значительно реже - другие микроорганизмы. Почти у 30% больных как 1-й, так и 2-й групп отмечен высев Staph. aureus (причем с бета-гемолизом и количеством колоний в среде до 100 и более). Он, как правило, имеет высокую резистентность к препаратам пенициллинового ряда. Str. pneumonia высевался у 7 детей 1 группы (14,8%) и у 5 - 2-й (12 штаммов, 12,8%). По данным литературы, у пневмококков встречается устойчивость к препаратам пенициллинового ряда. Грамотрицательная флора была представлена Moraxellae cataralis, Hemophilus influence, условнопатогенными энтеробактериями, псевдомонадами. Moraxellae cataralis выделены из зева 7 детей 1-й группы (14,8%) и 5 (12,8%) – 2-й (12 штаммов). Эти возбудители способны выделять беталактамазы, разрушающие пенициллины. Hemophilus influence, также образующие беталактамазы, дали рост у 3 больных 1-й группы (6,4%) и 2 – второй (5%). Условнопатогенные энтеробактерии выявлены у 2 больных 1-й группы (4,2%) и у 1 - второй (2,5%) (3 штамма), псевдомонады - у 3 (6,4%) и 1 (2,5%) ребенка соответственно (4 штамма, из них 3 с синегнойной активностью и 1без нее). Данные возбудители также формируют выраженную резистентность к препаратам пенициллинового ряда за счет ингибирования β-лактамазы, что может способствовать неудачам пенициллинотерапии и рецидивам инфекции.

По окончании 10-дневного курса антибиотиков обследовано 22 ребенка 1-й группы и 21 – 2-й. Положительные сдвиги в микробиоценозе ротоглотки проявлялись тем, что произошло сокращение общего количества микроорганизмов. При этом у 90% прекратился высев СГА, однако у 2 детей со скарлатиной и у 2 с рецидивирующей ангиной сохранялось реконвалесцентное носительство данного патогена. В 3-4 раза уменьшилось выделение стафилококков, нейсерий, мораксел, энтерококков. Количество детей с выделением грибов рода Кандида возросло до 10%. Полученные данные указывают на то, что 10-дневный курс антибиотиков оказывает выраженный эффект, но к полной санации ротоглотки от УПВ и патогенных микроорганизмов не приводит. Кроме того, в глубине лакун могут сохраняться и другие микроорганизмы, недоступные обнаружению при бактериологическом обследовании, но продуцирующие β-лактамазу, разрушающие антибиотики, главным образом пенициллинового ряда.

Результаты исследований указывают на нецелесообразность использования бициллинов после окончания основного курса лечения химиопрепаратами. Однако 2-я группа получила данный препарат, в то время как 1-я группа курс иммунотерапии Имудоном. Результаты исследования микробиоценоза ротоглотки через месяц от начала болезни представлены на рис. 2.

Положительные сдвиги в биоценозе ротоглотки у пациентов 1-й группы проявлялись тем, что произошло сокращение общего количества выделенных микроорганизмов. При этом высев СГА сохранялся только у 1 ребенка с рецидивирующим тонзиллофарингитом (3%). До единичных случаев уменьшилось выделение стафилококков, грибов. Количество детей 2-й группы с выделением пиогенного стрептококка возросло до 19%, золотистого стафилококка - до 33,5%, грибов рода Candida - до 48%. Таким образом,



Ряд 1 – опытная группа до антибактериальной терапии

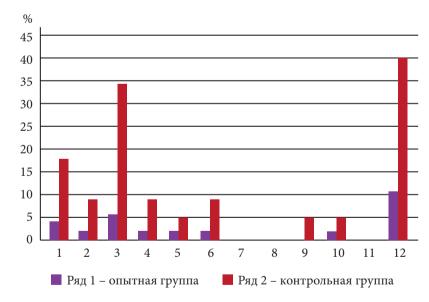
Ряд 2 – опытная группа после антибактериальной терапии

Ряд 3 – контрольная группа до антибактериальной терапии

Ряд 4 – контрольная группа после антибактериальной терапии

Рис. 1. Состав микрофлоры ротоглотки у детей опытной и контрольной групп до и после 10 дней антибактериальной терапии

Вид микрофлоры	Номер группы	Вид микрофлоры	Номер группы
Str. pyogenes	1	Pseudomonas aeruginosa	7
Staph. aureus	2	Neisseria spp.	8
Str. pneumonia	3	Bacillus	9
Mor. cataralis	4	Klebsiella	10
Hemophil. influence	5	Staph. spp.	11
Enterococcus.	6	C. albicans	12



Вид микрофлоры	Номер группы	Вид микрофлоры	Номер группы
Str. pyogenes	1	Enterococcus	7
Str. spp.	2	E. coli	8
Staph. aureus	3	Bacillus	9
Staph. spp.	4	Klebs.	10
Neisseria spp.	5	Pseudomonas aeruginosa	11
Mor. cataralis	6	C. albicans	12

введение бициллина приводит ные свидетельствуют о несомненк усилению дисбиоза ротоглотки, ном эффекте Имудона и позвов то время как терапия Имудоном ляют рекомендовать его вместо является альтернативой с отчетлибициллинов при ангинах СГАвым положительным микробиолоэтиологии по окончании антибактериальной терапии.

Частота возникновения реци-Выводы дивирующих тонзиллитов со-

• Бициллинопрофилактика рецидивов стрептококковой инфекции показана только узко-

Рис. 2. Состав микрофлоры ротоглотки у детей опытной и контрольной групп через месяц от начала болезни

му кругу пациентов, имеющих факторы риска развития ревматизма.

Включение Имудона в комплексную терапию с 10-го дня заболевания существенно повышает санирующую эффективность базисной терапии и улучшает состав микрофлоры зева в периоде реконвалесценции.

← Литература C. 106

ставила 30% у пациентов основ-

ной группы и 60% - контроль-

ной (p < 0.01). Полученные дан-

гическим результатом.

¹ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава, кафедра детской оториноларингологии, Москва

²Консультативнодиагностический центр
Северо-Западного
административного
округа Москвы на базе
детской городской
поликлиники № 94, оториноларингологическое
отделение

Новый подход к лечению острого ринита у детей с тубарной дисфункцией

Д.м.н., проф. Е.П. КАРПОВА 1 , к.м.н. Д.А. ТУЛУПОВ 1 , к.м.н. М.П. БОЖАТОВА 1 , И.Е. КАРПЫЧЕВА 2

ОРВИ – самые распространенные инфекционные заболевания у детей. Значительный уровень заболеваемости ими обусловлен высокой восприимчивостью, особенно в раннем возрасте, к возбудителям данных инфекций. Распространенность острых инфекций дыхательных путей в целом составляет 18 тыс. на 100 тыс. человек, в детской популяции уровень заболеваемости в 3,6 раза выше – более 67 тыс. случаев на 100 тыс. населения детского возраста [1].

большинподавляющем стве случаев острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом, являются пусковым механизмом для развития дисфункции слуховой трубы. Ключевым моментом в развитии данных функциональных нарушений является отек слизистой носа и носоглотки, а также скопление секрета, что ведет к нарушению вентиляционной функции слуховой трубы (в норме при носовом дыхании воздух через слуховую трубу попадает в среднее ухо, уравновешивая давление по обе стороны барабанной перепонки) и снижению интратимпанального давления. Данные изменения приводят к снижению активности цилиарного транспорта в слуховой трубе и среднем ухе, повышая риск инфицирова-

ния среднего уха и развития острого среднего отита [2].

Среди существующего ряда клинических проявлений тубарной дисфункции самым легким является евстахеит (тубоотит). Данное состояние при отоскопии проявляется втяжением барабанной перепонки без признаков ее воспаления (мирингита). При евстахеите ребенок может предъявлять жалобы на заложенность уха или неприятные тянущие ощущения в нем. Однако в большинстве случаев дети дошкольного возраста жалоб не предъявляют [3].

В ряде случаев евстахеит переходит в острый средний катаральный отит, обязательным клиническим проявлением которого является ушная боль. Острый средний катаральный

отит чаще отмечается у детей дошкольного возраста. По данным отечественных авторов, в первые три года жизни хотя бы один эпизод острого среднего катарального отита переносят 90% детей [4]. При этом в последние годы увеличилось число ятрогенных острых средних катаральных отитов, возникающих как следствие назначения пациенту методов струйной ирригации полости носа без учета анамнеза со стороны отиатрической патологии [5].

При длительно сохраняющейся тубарной дисфункции у детей возможно развитие экссудативного среднего отита. Еще A. Politzer в 1862 г. описал болезнь уха, которая по характерным клиническим симптомам напоминала это заболевание. G. Bezold в 1906 г. разработал научные основы клиники заболевания, которые послужили толчком для последующих исследований. Существует множество синонимов названия этого заболевания, в зависимости от точки зрения автора на преобладающее значение того или иного фактора в развитии болезни: «хроническая тубарная дисфункция», «туботимпанит», «отосальпингит», «секреторный отит», «клейкое ухо», «острый негнойный средний отит» и т. д. [6]. По последним данным, распространенность экссудатив-

Клинические исследования

ного среднего отита в детской популяции составляет 6–8% [7–8]. Большую проблему педиатрической оториноларингологии представляет недостаточно высокая клиническая эффективность как консервативных, так и хирургических методов лечения экссудативного среднего отита [9].

Одним из основных направлений в лечении тубарной дисфункции принято считать противовоспалительную терапию, при этом наиболее популярным методом лечения тубоотитов в России является применение назальных сосудосуживающих препаратов [2]. Преимущества вазоконстрикторов заключаются в простоте применения и быстром наступлении эффекта. Однако существует множество побочных эффектов, связанных с применением назальных сосудосуживающих препаратов у детей. В отличие от взрослых, у детей осложнением применения назальных сосудосуживающих препаратов чаще является не развитие медикаментозного ринита, а острое отравление α-адреномиметиками. По последним данным, в структуре госпитализируемых в педиатрические токсикологические отделения детей не менее 20-30% составляют случаи отравления нафазолином [10]. Помимо воздействия на сосудистую систему полости носа вазоконстрикторы отрицательно действуют и на функцию мерцательного эпителия. Экспериментальные исследования показали, что большинство деконгестантов замедляет частоту биения ресничек [11]. Наибольшей цилиотоксичностью обладают препараты нафазолина, оксиметазолина и препараты тетризолина на масляной основе [12]. Однако последние исследования показали, что львиная доля цилиотоксического эффекта назальных сосудосуживающих препаратов обеспечивается консервантами-антисептиками (бензалкония хлорид, моногидрат лимонной кислоты, цитрат натрия), входящими в состав большинства деконгестантов [13-14]. Возникновение жжения, явления

раздражения и сухости слизистой полости носа при применении сосудосуживающих назальных препаратов также определяются консервантов-антидействием септиков. Последними исследованиями было установлено, что разные консерванты-антисептики в составе сосудосуживающих препаратов имеют различную степень цилиотоксичности: угнетение частоты биения ресничек мерцательного эпителия полости носа в меньшей степени проявляется при применении носовых капель, содержащих бензалкония хлорид, чем при наличии в качестве консерванта-антисептика комплекса моногидрата лимонной кислоты и натрия цитрата [14].

Возможной альтернативой назальным сосудосуживающим препаратам в лечении воспалительных заболеваний полости носа являются комплексные гомеопатические препараты, среди них - Коризалия («Лаборатория Буарон», Франция). Благодаря своему составу Коризалия устраняет не только воспалительные изменения полости носа (действие Belladonna, Gelsemium), но и нормализует количество (действие Alium сера, Sabadilla, Belladonna) и реологию секрета (действие Kalium bichromicum, Pulsatilla) в полости носа и носоглотке, быстро и эффективно устраняя симптомы ринита и аденоидита. При этом ранее накопленный клинический опыт применения препарата Коризалия в педиатрической практике говорит об отсутствии противопоказаний и побочных эффектов, связанных с его использованием [15–16]. В проведенном исследовании повышения клинической эффективности терапии детей с острым ринитом и тубарной дисфункцией приняли участие 150 детей в возрасте от 3 до 15 лет с клиническими признаками острого ринита и тубарной дисфункции. Исследуемые дети были распределены на три группы. В 1-й группе 50 пациентам ежедневно проводили промывание полости носа препаратом Аквалор® Софт (не менее 3 раз в сутки), а также давали препарат Коризалия по схеме (1-й день – 1 таблетка рассасывать под язык каждый час; 2–5-й дни – 1 таблетка каждые 2 часа); во 2-й группе 50 пациентам в качестве терапии было назначено интраназальное применение физиологического раствора и дозированного спрея 0,05%-ного (до 6 лет) и 0,1%-ного раствора ксилометазолина на семидневный курс лечения; в 3-й группе 50 пациентов получали монотерапию препаратом Коризалия в течение 5–7 дней.

Альтернативой назальным сосудосуживающим препаратам в лечении воспалительных заболеваний полости носа являются комплексные гомеопатические препараты, среди них – Коризалия («Лаборатория Буарон», Франция). Благодаря своему составу Коризалия устраняет не только воспалительные изменения полости носа (действие Belladonna, Gelsemium), но и нормализует количество (действие Alium сера, Sabadilla, Belladonna) и реологию секрета (действие Kalium bichromicum, Pulsatilla) в полости носа и носоглотке, быстро и эффективно устраняя симптомы ринита и аденоидита.

Критериями исключения из исследования были приняты: клинически подтвержденные первичные и вторичные иммунодефициты; онкологические заболевания; гипертрофия аденоидных вегетаций III степени; клинически значимые изменения архитектоники полости носа (искривления носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин); хронические формы ринитов и риносинуситов; гнойные формы средних отитов; самовольное или самостоятельное применение лекарственных препаратов, которые не включены в схему лечения по протоколу исследования.

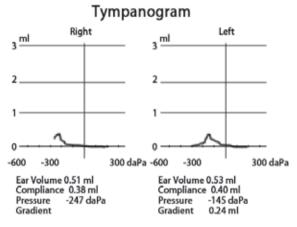


Рис. 1. Тимпанограмма типа С (нарушение тубарной функции)

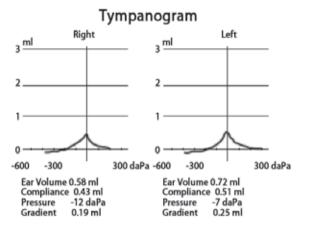


Рис. 2. Тимпанограмма типа А (норма)

Оценку эффективности лечения проводили на основании как субъективных, так и объективных критериев. Субъективная оценка эффективности лечения (степень затруднения носового дыхания, количество выделений из носа) давалась родителями пациентов по десятибалльной ВАШ, в которой отсутствие симптома соответствовало 0 баллов, максимальная его выраженность равнялась 10 баллам. Также учитывались жалобы пациентов (или со слов их родителей) на заложенность уха или снижение слуха. На стадии «визит 0» (1-й день) учитывали особенности строения носоглотки (степень гипертрофии аденоидных вегетаций, состояние устья слуховой трубы). На стадии «визит 3» (21-й день) родители пациентов давали свою оценку результату лечения (положительный или отрицательный). Объективную оценку получали на основании результатов эндоскопического исследования полости носа и носоглотки: определяли степень отечности слизистой полости носа (по десятибалльной ВАШ).

Риноэндоскопическое исследование осуществлялось жесткими эндоскопами диаметром 2,7 мм с 0° торцевым сечением по стандартной методике. Оценку функции слуховой трубы проводили по данным акустической тимпанометрии по стандартной методике на импедансометре Interacustics AT235 h. Типы тимпанограмм определялись в соответствии с классификацией Jerger (1970): тип А - отсутствие патологии среднего vxa и нормально фvнкционирующая слуховая труба, давление в барабанной полости равно атмосферному (поэтому максимальная податливость регистрируется при создании в наружном слуховом проходе такого же давления, принимаемого за «0»); тип В – полость среднего уха заполнена экссудатом (поэтому изменение давления в наружном слуховом проходе не приводит к существенному изменению податливости - тимпанограмма выглядит как ровная или слегка выпуклая линия без видимого пика); тип С – нарушение вентиляции полости среднего уха и возникновение в нем отрицательного давления ниже -100 мм вод. ст. (рис. 1-2).

Контрольные осмотры проводились на 5-й, 10-й и 21-й день после начала лечения.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Statistica v.6.0. Для сравнения результатов использовали критерий Вилкоксона. Разницу считали статистически достоверной при p < 0,05.

Результаты исследования

Анализ динамики субъективных данных в процессе лечения выявил более значительные положительные сдвиги у детей в 1-й группе по сравнению с детьми во 2-й и 3-й группах. Так, степень затруднения носового дыхания у пациентов в группах исследования, со-

гласно показателям ВАШ, до начала лечения составила: в 1-й группе - 8,1 ± 1,5 балла; во 2-й группе - 8,7 ± 1,3; в 3-й группе - 7.9 ± 1.6 балла. При контрольном осмотре на 5-й день лечения отмечали положительную динамику во всех группах наблюдения: показатель ВАШ в 1-й группе составил $2,2 \pm 0,6$ балла; во 2-й груп- $\pi e - 2.6 \pm 1.2$; в 3-й $- 3.2 \pm 0.8$. При этом не было выявлено статистически достоверного различия между пациентами во 2-й группе, получавшими традиционную терапию острого ринита, и пациентами в 1-й и 3-й группах, получавших комплексное лечение препаратом Коризалия и препаратом изотонического раствора стерильной морской воды Аквалор® Софт. При этом достоверное различие между группами было получено при контрольном осмотре на 10-й день лечения. Так, показатель ВАШ у пациентов во 2-й группе, получавших в качестве симптоматической терапии ринита дозированный спрей ксилометазолина, составил 3,4 ± 1,1 балла, тогда как в 1-й группе – 0.8 ± 0.4 и в 3-й груп- $\pi e - 1.4 \pm 0.4$ балла (p < 0.05). Подобное соотношение показателей ВАШ отмечали и при контрольном осмотре на 21-й день лечения: в 1-й группе – 1,3 \pm 0,5 балла, во 2-й группе - 3,8 ± 1,4 и в 3-й группе - $1,5 \pm 0,6$ балла (p < 0,05) (рис. 3). Выраженность ринореи, согласно показателям ВАШ, в 1-й группе до начала лечения составила $7,8 \pm 0,45$ балла, во 2-й груп- $\pi e - 6.8 \pm 1.3$ и в 3-й груп- $\pi e - 8.2 \pm 0.8$ балла. На 5-й день лечения отмечалась статистически достоверная разница между пациентами во 2-й группе, получавшими традиционную терапию острого ринита, и пациентами в 1-й и 3-й группах. Так, у пациентов во 2-й группе показатель ВАШ составил 3.6 ± 1.6 балла, тогда как у детей в 1-й группе данный показатель был 0.6 ± 0.2 , а в 3-й группе – 1.4 ± 0.5 балла (p < 0.05). При контрольном осмотре на 10-й день лечения показатель ВАШ у пациентов в группах исследования уже не имел статистически достоверной разницы: в 1-й группе - 0.8 ± 0.3 балла, во 2-й – 1.2 ± 0.5 , в 3-й – 1,4 \pm 0,3 балла (p > 0,05). Однако на 21-й день наблюдения разница между показателями в 1-й и 2-й группах вновь была статистически достоверна: в 1-й груп- $\pi e - 1,0 \pm 0,4$ балла, во 2-й $- 2,2 \pm 0,8$ (p < 0.05). В 3-й группе показатель составил 1,6 ± 0,4 балла и не имел достоверного различия с пациентами во 2-й группе (р > 0,05) (рис. 4). По данным риноэндоскопической картины отек слизистой оболочки полости носа пациентов был выражен в баллах ВАШ. До начала лечения данный показатель составил в 1-й группе исследования 9,2 ± 0,6 балла, во 2-й группе – 9,4 ± 0,6 и в 3-й группе – 9,5 ± 0,6 балла. На 5-й день исследования данные показатели составили: в 1-й группе - 5,5 ± 1,6 балла, во 2-й группе – 4,8 ± 1,2 и в 3-й группе – 5.8 ± 1.2 балла (p > 0.05). Не было получено достоверной разницы между показателями ВАШ у пациентов групп исследования и на 10-й день после начала лечения: 1-я группа – 3,8 ± 1,4 балла, 2-я группа – 3,6 \pm 1,5 и 3-я груп- $\pi a - 4.2 \pm 1.8$ балла (p > 0.05). При контрольном осмотре на 21-й день была отмечена отрицательная динамика у пациентов во 2-й группе исследования, где показатель ВАШ составил 4.4 ± 1.6 балла, тогда как у пациентов в 1-й и 3-й группах исследования значительной отрицательной динамики выявлено не было, и показатель ВАШ в 1-й группе составил $3,2 \pm 1,2$ балла, в 3-й группе - 4,0 ± 1,6 балла. При этом было получено статистически достоверное различие между показателями ВАШ в 1-й и 2-й группах исследования (p < 0.05) (рис. 5). По данным эндоскопического об-

По данным эндоскопического обследования носоглотки выявлена гипертрофия аденоидных вегетаций II степени у 117 (78%) пациентов, I степени – у 33 (22%). При эндоскопическом осмотре носоглотки наиболее часто встречались различные варианты обструкции глоточных устьев слуховых труб аденоидными вегетациями II степени: у 46 из 117 детей (31%). А у 38 (25%) пациентов аденоиды II сте-

пени имели преимущественно горизонтальный рост, не прикрывали при этом устья слуховых труб, но плотно прилегали к трубным валикам. Гипертрофия трубных валиков обнаружена у 27 (18%) детей.

При анализе отиатрических симптомов до начала лечения было выявлено, что на периодическую заложенность ушей предъявляли жалобы по 47 (94%) пациентов в 1-й и 2-й группах и 44 (88%) пациента в 3-й группе. При контрольном осмотре через 5 дней после начала лечения подобные жалобы сохранились у 14 (28%) пациентов в 1-й группе исследования, у 19 (38%) - во 2-й группе, у 23 (46%) детей - в 3-й группе. На 10-й день наблюдения заложенность периодическую ушей отмечали 4 (8%) ребенка во 1-й группе, 17 (34%) – во 2-й и 14 (28%) – в 3-й группах исследования. Сохранение данных жалоб на 21-й день отмечали у 7 (14%) детей в 1-й группе исследования, у 21 (42%) – во 2-й и у 15 (30%) пациентов – в 3-й группе (рис. 6). По данным тимпанометрии до начала лечения были получены следующие результаты (табл. 1). Тим-

типу А (норма): у 17 (17%) пациентов в 1-й группе, 14 (14%) – во 2-й группе, 19 (19%) – в 3-й группе;

панометрия, соответствующая:

- типу С: у 79 (79%) пациентов в 1-й группе, 85 (85%) – во 2-й группе, 77 (77%) – в 3-й группе;
- типу В: у 4 (4%) пациентов в 1-й группе, 1 (1%) – во 2-й группе, 4 (4%) – в 3-й группе.

При контрольном осмотре на 5-й день лечения были получены тимпанограммы:

- типа С в 51 (51%) случае, типа В – в 3 (3%) в 1-й группе исследования;
- типа С в 62 (62%); типа В в 1 (1%) случае во 2-й группе,
- типа С в 64 (64%), типа В в 4 (4%) случаях в 3-й группе. При контрольном осмотре на 10-й день лечения были получены тимпанограммы:
- типа С в 19 (19%), типа В в 2 (2%) случаях в 1-й группе исследования;

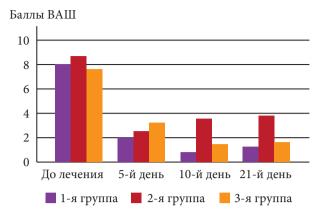


Рис. 3. Динамика затруднения носового дыхания у детей в группах исследования

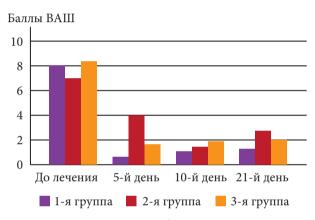


Рис. 4. Динамика ринореи у детей в группах исследования

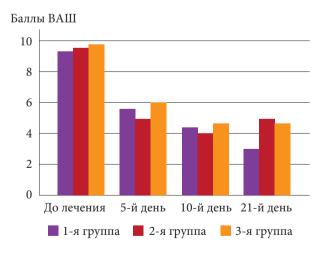


Рис. 5. Динамика отека слизистой полости носа у детей в группах исследования

- типа С в 47 (47%) случаев, типа
 В − в 1 (1%) случае во 2-й группе;
- типа С в 39 (39%), типа В –
 в 3 (3%) случаях в 3-й группе.

Клинические исследования

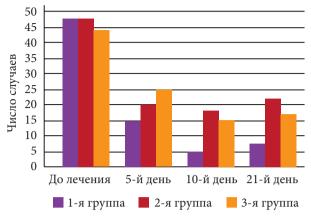


Рис. 7. Частота жалоб на заложенность ушей у детей в группах исследования

При контрольном осмотре на 21-й день от начала лечения были получены тимпанограммы:

- типа С в 17 (17%) случаях, типа В – в 2 (2%) случаях в 1-й группе исследования;
- типа С в 54 (54%) случаях, типа
 В − в 3 (3%) случаях во 2-й группе;
- типа С в 34 (34%) случаях, типа В в 3 (3%) случаях в 3-й группе. При субъективной оценке пациентами и их родителями результатов лечения на 21-й день от начала наблюдения результат охарактеризован как положительный в 1-й группе в 39 (78%) случаях; во 2-й группе − в 31 (62%) случае, в 3-й − в 35 (70%) случаях. Основными причинами, мотивирующими дать отрицательную оценку результатам лечения, являлись сохранение жалоб пациентов на заложенность уха,

появление болей в нем, затяжное проявление симптомов ринита.

В ходе наблюдения за пациентами в течение исследования был выявлен ряд осложнений ринита. Сохранение его симптомов (негнойная форма) после 10-го дня наблюдения отмечали: 1 пациент (2%) в 1-й группе исследования, 7 (14%) пациентов во 2-й и 6 (12%) в 3-й группах исследования. При контрольном осмотре на 21-й день наблюдения данным больным была проведена коррекция терапии и рекомендовано дальнейшее наблюдение оториноларинголога. У 2 пациентов во 2-й группе был диагностирован острый риносинусит, что потребовало проведения антибактериальной терапии и динамического наблюдения ЛОР-врача.

Жалобы на боль в ухе за период наблюдения предъявляли 2 (4%) пациента в 1-й группе исследования, 5 (10%) детей во 2-й группе и 3 (6%) детей в 3-й группе. У всех пациентов был диагностирован острый средний катаральный отит, что потребовало назначения симптоматической терапии (с целью аналгезии) и 2 детям (в возрасте до 5 лет) – антибактериальной терапии. Ни у одного ребенка в ходе исследования не было выявлено клинических признаков гнойной формы среднего отита. Повторные эпизоды ОРВИ были отмечены только у 5 (10%) детей во 2-й группе исследования после 10-го дня наблюдения (табл. 2).

Литература **→**

C. 106

Таблица 1. Типы тимпанометрии у детей в группах исследования

Inomina 1. Innot munitimente in party of the area of pyrinter accessed to the control of the con						
	Тип С	Тип В	Тип С	Тип В	Тип С	Тип В
Осмотры	1-я гј	руппа	2-я гр	уппа	3-я гј	руппа
До лечения	79	4	85	1	77	4
5-й день	51	3	62	1	64	4
10-й день	19	2	47	1	39	3
21-й день	17	2	54	3	34	3

Таблица 2. Осложнения, диагностированные в ходе исследования у пациентов (n = 150)

Диагностированные осложнения	1-я группа, n = 50	2-я группа, n = 50	3-я группа, n = 50
ОРВИ	0	5 (10%)	0
Затяжное течение ринита	1 (2%)	7 (14%)	6 (12%)
Острый риносинусит	0	2 (4%)	0
Острый средний катаральный отит	2 (4%)	5 (10%)	3 (6%)

Всем пациентам, у которых после завершения исследования оставались жалобы на периодическую заложенность ушей, была проведена коррекция терапии (противовоспалительная терапия, мукоактивные препараты, физиотерапия, продувание слуховых труб по Политцеру, пневмомассаж барабанных перепонок) и рекомендовано дальнейшее наблюдение оториноларинголога.

Выводы

Результаты проведенного следования подтверждают, что применение комплексного меопатического препарата Коризалия в лечении острых ринитов, осложненных легкой степенью тубарной дисфункции у детей, дает эффект, сравнимый с традиционно принятым применением таких современных селективных α₂-адреномиметиков, как ксилометазолин. При этом благодаря комплексному действию (противовоспалительный, мукоактивный эффект) и отсутствию побочных эффектов, сопровождающих применение α₂-адреномиметиков, препарат Коризалия снижает риск развития осложнений острого ринита. В ходе исследования доказано, что применение препарата Коризалия в комплексе с регулярным орошением полости носа изотоническим раствором стерильной морской воды Аквалор® Софт значительно повышает клиническую эффективность терапии острого ринита и ассоциированной с ним тубарной дисфункции, а также достоверно снижает риск возникновения осложнений данной патологии у детей по сравнению с применением назальных форм α_3 -адреномиметиков, в том числе и на фоне ирригационноэлиминационной терапии изотоническим раствором натрия хлорида.

Заключение

Наилучший результат лечения был получен в группе пациентов, получавших комплексный гомеопатический препарат Коризалия в сочетании с орошением полости носа стерильным раствором морской воды Аквалор® Софт.



ОЦИЛЛОКОКЦИНУМ°

ТАК ПРОСТО БЫТЬ **ЗДОРОВЫМ!**





- Профилактика и лечение гриппа и простуды вне зависимости от стадии заболевания
- Для профилактики всего 1 доза гранул в неделю
- Отсутствие возрастных ограничений

КОРИЗАЛИЯ°

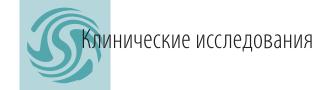
Лечение ринитов различной этиологии





- Устраняет заложенность носа, ринорею
- Имеет таблетированную форму выпуска
- Не повреждает слизистую носа
- Не вызывает привыкания
- **√** Имеет приятный вкус
- **√** Не имеет возрастных ограничений





ФГУ «Научноклинический центр оториноларингологии ФМБА России»

Результаты фитотерапии больных с патологией верхних дыхательных путей

Д.м.н., проф. Г.Д. ТАРАСОВА

Высокая распространенность острых респираторных инфекций (ОРИ) во всем мире среди всех возрастных категорий населения определяет актуальность проблемы их профилактики, а также предупреждения осложнений со стороны верхних дыхательных путей (хронический инфекционный ринит, риносинусит, фарингит, тонзиллит, средний отит, ларингит и др.), которые нередко имеют весьма серьезный характер и ведут к внутричерепным и внутриглазничным осложнениям. При простудных заболеваниях у детей, имеющих высокую реактивность, в воспалительный процесс обычно вовлекаются полость носа, околоносовые пазухи, носо- и ротоглотка, реже гортаноглотка и среднее ухо [3, 4, 8, 9, 10, 13, 16, 18].

ак правило, ОРИ протекает с вовлечением в воспалительный процесс слизистой оболочки нескольких отделов верхних дыхательных путей (ВДП) и сопровождается сосудистыми нарушениями. Нередко процесс распространяется и на нижние дыхательные пути, проявляясь клиникой трахеита, бронхита или, реже, пневмонии. Респираторные вирусы оказывают первичное повреждающее действие на слизистую оболочку ВДП, что приводит к нарушению ее защитной функции, как механической (расстройство функций реснитчатого эпителия, нарушение продукции и реологических свойств слизи, что снижает эффективность мукоцилиарного клиренса), так и системы местной неспецифической (трансферрин, лизоцим и др.) и специфической иммунной защиты (снижается выработка секреторного иммуноглобулина А, интерферона и способность макрофагов к лизису бактерий).

Ежегодно каждый третий житель планеты заболевает ОРИ. Но наиболее остро эта проблема стоит перед детскими врачами (педиатрами и оториноларингологами). Наличие четырех и более эпизодов ОРИ позволяет отнести детей к группе часто болеющих. Группа

часто болеющих среди детей раннего возраста, посещающих организованные коллективы, составляет около 40%. При этом частые ОРИ в детском возрасте представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, ухудшая качество жизни не только детей, но и их родителей. Это выражается в нетрудоспособности родителей этих детей, а также в дополнительных материальных затратах. Частые простудные заболевания также приводят к нарушению физического и нервно-психического развития ребенка, способствуют формированию рецидивирующих заболеваний и хронических очагов в области ВДП. Такие заболевания принимают характер психосоматических [7, 14].

Наиболее частым осложнением ОРИ среди взрослого населения является риносинусит. В последние годы наблюдается рост заболеваемости риносинуситом как в нашей стране, так и в мире. Среди причин этого явления основной является ухудшение экологической ситуации, что увеличивает нагрузку на иммунную систему. Это, в свою очередь, ведет к ее ослаблению и сбоям в иммунном ответе (развитию атопии). Кроме того, рост урбанизации населения повышает контагиозность, а зна-

чит, увеличивает прежде всего распространенность ОРИ и, как следствие, количество осложнений риносинусита. По отчетным данным, заболеваемость разными формами риносинусита в России составляет от 5 до 15% [8, 9].

Следует отметить, что слизь имеет двухфазную структуру, состоящую из водянистого слоя золя (перицилиарный слой, в котором реснички совершают движения) и более поверхностного слоя геля, лежащего над ресничками. Движения ресничек транспортируют слой геля. С химической точки зрения секрет – щелочной пептид, который при рН 7,5–7,6 превращается из золя в гель. При воспалительных процессах происходит сдвиг рН в щелочную сторону.

Необходимо отметить, что любое воспалительное заболевание в области ВДП сопровождается повышением продукции секрета, который имеет отклонения в своем составе, чаще обусловливая его сгущение и трудности в отношении удаления из организма. При этом в ряде случаев в связи с особенностями архитектоники полости носа и околоносовых пазух секрет не имеет возможности самостоятельно покидать воспаленные полости (околоносовые пазухи и среднее ухо). Это происходит за счет блокирования соустий пазух и слуховой трубы воспаленной, а следовательно, отечной слизистой оболочкой. В этой ситуации требуемая помощь заключается в разблокировке соустий пазух и слуховой трубы, восстановлении работы слизистой оболочки и эвакуации содержимого из вовлеченных в воспаление полостей.

Кроме того, в конце XX века сформировалось представление об особой форме организации микробной флоры, в том числе в организме человека, – биопленке (biofilm) – хорошо организованном взаимодействующем сообществе микроорганизмов, покрывающих поверхности слизистых оболочек.

В организме человека биопленки распространены повсеместно (кишечник, зубы, кожа и т.д.).

Установлено, что свыше 95% существующих в природе бактерий находятся в биопленках. Бактерии в биопленке распределены неравномерно. Они сгруппированы в микроколонии, окруженные обволакивающим межмикробным матриксом. Матрикс пронизан каналами, по которым циркулируют питательные вещества, продукты жизнедеятельности, ферменты, метаболиты и кислород. Эти микроколонии имеют свои микросреды, отличающиеся уровнями рН, усваиваемостью питательных веществ, концентрациями кислорода. Бактерии в биопленке общаются между собой посредством химических раздражений (сигналов). Эти химические раздражители вызывают выработку бактериями потенциально вредных белков и ферментов.

Такая организация обеспечивает физиологическую и функциональную стабильность биопленки, поэтому таким сообществом трудно управлять извне – чувствительность микроорганизмов, ассоциированных в биопленку, к антибиотикам не соответствует установленной в лабораторных условиях на клинических изолятах чистых культур бактерий [7, 14, 15, 16, 18, 19].

В связи с этим терапия ОРИ должна быть комплексной, направленной на все звенья патологического процесса и профилактику возможных осложнений.

С юридических позиций и позиций доказательной медицины основным методом лечения бактериальных инфекций ЛОР-органов является системная антибиотикотерапия. В связи с тем, что она является эмпирической, необходимо основываться на знании типичных возбудителей, а также на регулярном мониторинге чувствительности и резистентности культур микроорганизмов, выявляемых в очагах воспаления ЛОР-органов. Однако не всегда выявленная чувствительность микроорганизмов in vitro является залогом эффективности антибактериальной терапии. Учитывая эти особенности, в международной оториноларингологии наметилась тенденция к использованию в терапии риносинуситов топических глюкокортикостероидов, фармакодинамика которых направлена на все звенья воспалительного процесса. На основании этого созданы рекомендательные документы по ведению пациентов, страдающих различными формами риносинусита (EPOS-3). Эти документы приняты в европейском сообществе оториноларингологов в качестве руководства к действию и находят одобрение и среди отечественных специалистов. В этих документах указан не только план действия врача при различных формах риносинусита, но и то, что терапия должна быть комплексной, причем все эти заключения сделаны на основании метаанализа результатов исследований, проведенных в разных странах. В рекомендованный комплекс терапии риносинусита составной частью входит муколитическая терапия с уровнем доказательности D. В России использование муколитиков получило широкое распространение в связи с тем, что они как раньше (сиропы от кашля, мукалтин и т.п.), так и теперь (препараты Синупрет, Геломиртол и т.п.) имеют природное происхождение, то есть производятся на основе растительного сырья [11, 16, 17, 18].

Следует отметить, что множество клинических исследований доказало высокую эффективность и безопасность препарата Синупрет при терапии различных заболеваний ЛОР-органов (ОРИ, ринит, риносинусит, ларингит). Следует определить задачи мукоактивной терапии при ее использовании в комплексной терапии ЛОР-патологии. Эти задачи включают: стимуляцию выведения слизи, разжижение слизи, уменьшение внутриклеточного образования слизи, регидратацию. При этом следует учитывать: фармакодинамику каждого препарата, совместимость его с пищей, изменение всасываемости при остром воспалении. При назначении муколитиков необходимо помнить общие для этой группы препаратов противопоказания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, а также состояния, при которых отмечается легочное кровотечение. Кроме того, недопустимо одновременное использование противокашлевых и муколитических препаратов. В комплексной терапии болезней органов дыхания у детей выбор муколитических препаратов должен быть строго индивидуальным и учитывать механизм фармакологического действия лекарственного средства, характер патологического процесса, преморбидный фон и возраст ребенка

В России использование муколитиков получило широкое распространение в связи с тем, что они как раньше (сиропы от кашля, мукалтин и т.п.), так и теперь (препарат Синупрет) имеют природное происхождение, то есть производятся на основе растительного сырья.

[1, 2, 5, 6, 12, 16].

В настоящее время в России имеется множество препаратов, обладающих муколитическими свойствами, даже создана их рабочая классификация. В нашей практике еще с 1996 г. хорошо себя зарекомендовал препарат Синупрет, производимый компанией «Бионорика» (Германия) уже в течение более 75 лет. Синупрет является секретолитиком растительного происхождения, не проявляет негативного взаимодействия с другими препаратами, хорошо переносится больными, поэтому пригоден для долговременной терапии. Он выпускается в жидкой форме для приема внутрь и дозируется каплями, а также в виде драже для взрослых. В состав комбинированного препарата входит водноспиртовой экстракт корня горечавки, цветков первоцвета, травы щавеля и вербены, бузины. Входящие в состав вещества оказывают муколитическое, иммунокорригирующее, отхаркивающее и противовоспалительное действие, что способствует оттоку экссудата из полостей (околоносовых пазух и среднего уха) и уменьшению отека слизистой оболочки. Дозирование препарата производят следующим образом: детям с 2-х лет назначают по 15 капель, с 5 до 8 лет - по 25 капель или по 1 драже 3 раза в день, детям старшего возраста и взрослым по 50 капель или по 2 драже 3 раза в сутки. Капли Синупрет детям рекомендуют добавлять в чай, сок или растворять в воде. Однако капли можно употреблять и в неразведенном виде. Драже принимают внутрь, не раскусывая, с небольшим количеством жидкости. Длительность применения препарата определяется клинической картиной и динамикой процесса. В связи с отсутствием противопоказаний к применению препарата его можно назначать без каких-либо ограничений.

Препарат Синупрет имеет ряд преимуществ по сравнению с другими лекарственными средствами этого класса. Прежде всего, это оригинальный растительный препарат, который обладает уникальным сочетанием лечебных эффектов. Он оптимален для лечения риносинусита, пригоден для профилактики синусита при ОРИ и его рецидивах при хроническом течении, эффективен при экссудативных средних отитах, хорошо переносится, способствует повышению качества жизни больных хроническим синуситом, может назначаться детям с двух лет и беременным. Эти преимущества препарату присущи не только за счет особенной технологии выращивания и обработки растительного сырья, но и вследствие механизмов его действия. Как рефлекторный секретолитик, он регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи; устраняет мукостаз; обладает противоотечным и противовоспалительным воздействием на слизистую оболочку; восстанавливает дренаж и вентиляцию околоносовых пазух;

нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей против экзогенных и эндогенных повреждающих факторов; прерывает порочный круг при воспалении околоносовых пазух; достоверно улучшает результаты антибактериальной терапии; имеет положительное воздействие на внутренние защитные свойства (соотношение Т4/Т8). Кроме того, препарат Синупрет способен действовать на отек, которым обычно сопровождаются воспаление, манипуляции и микровмешательства.

Во многих клиниках России как у детей, так и у взрослых доказана терапевтическая эффективность препарата Синупрет. Нами было проведено исследование, целью которого было оценить возможности использования препарата Синупрет как средства профилактики рецидивов хронического риносинусита. Актуальность такого исследования была определена распространенностью хронической формы риносинусита как у детей, так и у взрослых. Такое течение заболевания наблюдается у пациентов с вторичным иммунодефицитом, существенно ухудшая качество жизни пациента. В связи с этим профилактика развития рецидивов хронического риносинусита является весьма актуальной задачей.

Мы провели неконтролируемое, проспективное, нерандомизированное, открытое клиническое исследование. В него было включено 60 пациентов (30 человек – основная группа и 30 человек – контрольная). Возраст больных находился в пределах от 7 до 40 лет (средний возраст – $21,0\pm3,6$ года). Распределение больных по возрасту отражено в таблице 1. Все пациенты проживали в городе Москве.

Препарат Синупрет в качестве профилактического средства назначали пациентам основной группы наблюдения, перенесшим очередное обострение (рецидив) хронического риносинусита. Общая длительность лечения в основной группе препаратом Синупрет составила 4 недели. Использовали



Рис. 1. Оценка тяжести состояния пациентов в основной и контрольной группах

препарат в форме капель для приема внутрь, соблюдая возрастной режим дозирования, рекомендуемый фирмой-производителем. Осуществляли наблюдение больных в процессе лечения и последующее наблюдение в течение года. Контрольную группу составили 30 пациентов с аналогичным состоянием, которым после окончания терапии рецидива хронического риносинусита назначений не делали (обычная практика ведения таких пациентов). Их осматривали через год после первого визита.

В соответствии с критериями включения в исследование были включены пациенты, страдающие рецидивирующим хроническим инфекционным риносинуситом с числом рецидивов 3 и более раз в год.

В исследование не включались больные младше 7 и старше 40 лет, страдающие интермиттирующим аллергическим ринитом, назальным полипозом, психическими заболеваниями; перенесшие оперативные вмешательства на околоносовых пазухах; имеющие резкое затруднение носового дыхания, обусловленное нарушением архитектоники полости носа; пациенты, имеющие сопутствующие хронические воспалительные заболевания ЛОР-

органов и острые воспалительные заболевания других органов и систем; а также лица, принимающие другие мукоактивные и иммунокорригирующие препараты; больные, не соблюдающие режим дозирования препарата.

Пациентам были разъяснены цель исследования и условия их участия в исследовании, ими было подписано информированное согласие на участие в исследовании. Методы исследования включали: осмотр общий и инструментальный, рентгенологическое и микробиологическое обследование, оценку состояния фагоцитоза, оценку тяжести состояния, уточнение количества рецидивов заболевания за предыдущий год. Обследование пациентов проводили при включении в исследование (визит 1), через 28 дней, то есть по окончании терапии (визит 2), и через 12 месяцев от момента включения в исследование (визит 3). При оценке тяжести состояния (в баллах от 0 до 3) учитывали: количество выделений из носа, затруднение носового дыхания, отечность слизистой оболочки полости носа, наличие лихорадки, симптомов общей интоксикации и изменений в показателях пери-

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Возраст	Основная группа	Контрольная группа	Bcero
7-10 лет	10	9	19
11-20 лет	8	9	17
21 год – 30 лет	6	7	13
31 год – 40 лет	6	5	11
ОТОГО	30	30	60

Таблица 2. Число рецидивов в основной и контрольной группах за год наблюдения

Количество рецидивов риносинусита	Основная группа	Контрольная группа
0	9	4
1	8	5
2	11	12
3	2	9
Всего	36	56
Среднее количество рецидивов хронического риносинусита	1,2	1,9

Таблица 3. Результаты наблюдения в основной и контрольной группах

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
Среднее количество рецидивов	1,2	1,9
Прогнозируемое количество рецидивов	13%	30%
Общее количество дней нетрудоспособности	252	392
Среднее количество дней нетрудоспособности	8,4	11,1

ферической крови, рентгенологических изменений околоносовых пазух на рентгеновском снимке, а также состояние транспортной функции слизистой оболочки полости носа. При этом максимальное количество баллов у пациентов было равно 24, а минимальное – 7 (рис. 1). При этом учитывали также качество жизни пациентов на основании оценки физического функционирования, ролевой деятельности, телесной боли и общего здоровья.

Первичный целевой критерий заключался в определении общего количества рецидивов риносину-

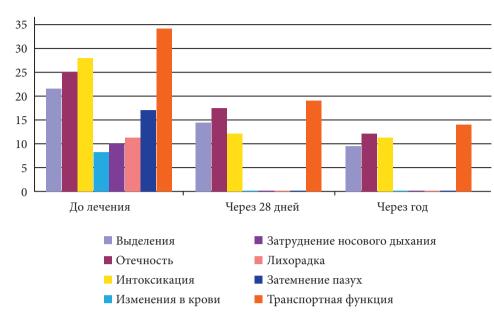


Рис. 2. Состояние пациентов основной группы при включении в исследование (визит 1) и при выходе из него (визит 3)

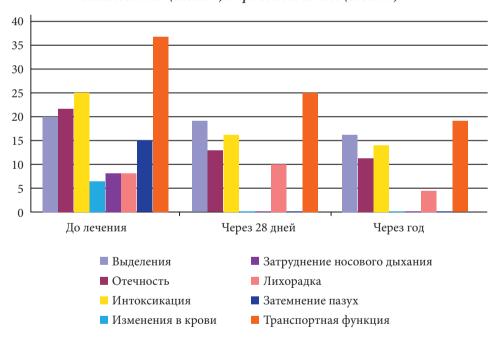


Рис. 3. Состояние пациентов контрольной группы при включении в исследование (визит 1) и при выходе из него (визит 3)

сита за год, прогнозируемого количества рецидивов риносинусита, шансов развития рецидивов риносинусита, среднего количества дней нетрудоспособности за год наблюдения за пациентом и состояния фагоцитоза на 1-м и 3-м визитах. Вторичным целевым критерием была оценка безопасности, которая основывалась на нали-

чии, количестве и выраженности побочных реакций и осложнений. Результаты, полученные по окончании исследования в основной и контрольной группах, отражены на рисунках 2 и 3.

Результаты отмеченных рецидивов риносинусита за год наблюдения в основной и контрольной группах отражены в таблице 2.

Сводные результаты в основной и контрольной группах отражены в таблице 3. Полученные данные свидетельствуют о снижении среднего количества рецидивов риносинусита за год наблюдения в основной группе по сравнению с контрольной. Полученное при статистической обработке прогнозируемое число рецидивов в основной группе также значительно ниже, чем в контрольной. Суммарное число дней нетрудоспособности в основной группе по сравнению с контрольной было значительно ниже (в 1,56 раза). Среднее число дней нетрудоспособности для пациентов в основной группе было 8,4, в то время как в контрольной -11,1, что в 1,3 раза меньше. Эти данные свидетельствуют о значительном улучшении состояния пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой в течение года после получения курса профилактической терапии препаратом Синупрет в возрастной дозировке. Кроме того, были зарегистрированы положительные изменения в состоянии фагоцитоза у больных контрольной группы, что указывает на иммунокорригирующие свойства использованного препарата. При статистической обработке отношение шансов развития рецидивов риносинусита составило 0,36, что также указывает на значительный терапевтический эффект такого подхода к ведению подобных больных. Также можно отметить высокие прогностические возможности назначения профилактического курса терапии препаратом Синупрет у пациентов, страдающих хроническим риносинуситом.

Заключение

Использование Синупрета с целью профилактики рецидивов хронического риносинусита дает высокий терапевтический эффект и значительно снижает шанс развития рецидивов риносинусита. Следовательно, целесообразно назначать препарат Синупрет детям и взрослым, перенесшим обострение хронического риносинусита или его острую форму.

Литература → С. 107

Синупрет

Целебная сила растений против затяжного насморка и синусита

- Устраняет отек и воспаление
- Снимает заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Рекомендован с 2-х летнего возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:

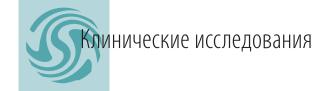




БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19 http://www.bionorica.ru e-mail: bionorica@co.ru





ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Федеральный научноклинический центр АОР

Проблемы затрудненного носового дыхания и аллергические заболевания верхних дыхательных путей

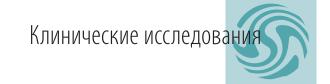
Д.м.н., проф. Т.И. ГАРАЩЕНКО

Высокий уровень распространенности заболеваний органов дыхания определяет пристальный интерес к проблеме патологии респираторного тракта. Функциональная связь между верхними и нижними отделами дыхательного тракта играет большую роль в возникновении хронических заболеваний бронхолегочной системы. Одним из наиболее частых симптомов острых инфекционновоспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) является затрудненное носовое дыхание. Периодическое или постоянное затруднение носового дыхания влияет на состояние нижних дыхательных путей за счет носолегочных, носогрудных рефлексов, обусловливает увеличение легочного сопротивления.

иносинусобронхиальный рефлекс, связанный единой иннервацией блуждающим нервом полости носа, носоглотки, ротоглотки или бронхов, приводит к бронхоконстрикции, наблюдаемой при бронхиальной астме у больных с первичной локализацией патологического процесса в верхних дыхательных путях. Длительное воздействие пыли, наличие очагов хронической инфекции в полости носа и околоносовых пазухах нарушают самоочищение органов дыхания, способствуют формированию бронхообструктивного синдрома, преобладаю-

щего в клинических проявлениях бронхиальной астмы. Носовое очищение (мукоцилиарный барьер) обеспечивает санацию 13-15 тыс. литров воздуха, ежедневно проходящих через верхние дыхательные пути в легкие. Функционирование своеобразного кондиционера, обусловленного кровенаполнением гломусных сосудов и кавернозных тел слизистой оболочки носа, играет важную роль в регуляции влажности и температуры воздуха, направляемого в легкие. При затруднении носового дыхания у детей значительно снижается качество жизни, наблюдаются когнитивные расстройства, снижается память, усиливается сонливость. Длительное затруднение носового дыхания, снижение нормального вдоха через нос или имеющееся в полости носа препятствие ограничивают поступление лекарственных веществ, необходимых для лечения самой носовой обструкции. Заложенность носа является поводом к включению ротового дыхания, у детей грудного возраста может вести к аспирационному эффекту во время кормления, у старших детей способствует активному поступлению аллергенов, патогенных микроорганизмов, поллютантов, холодного воздуха в легкие. В раннем детском возрасте существует ряд анатомо-физиологических особенностей строения полости носа, носоглотки, гортани, которые при развитии воспалительного процесса в полости носа при обычной респираторной инфекции создают значительные проблемы носового дыхания. Среди них можно указать ряд наиболее важных:

- узкая носовая полость;
- нижний отдел полости носа составляет 1/3 общего объема полости носа;
- развитие полости носа происходит дискретно и связано с ростом и сменой зубов;



- рост полости носа в длину и ширину происходит медленнее роста дна полости носа;
- у детей до года носовые ходы очень узкие из-за хорошо развитых и крупных раковин;
- отсутствуют нижний, средний носовые ходы, носовые раковины поджаты, имеются рудиментные дополнительные раковины в задних отделах свода носа;
- низкое стояние основной пазухи и щелевидная носоглотка с преобладанием поперечного размера являются причиной так называемого сопения у детей первых 6 месяцев жизни;
- низкая, толстая носовая перегородка и незначительная перпендикулярная пластинка решетчатой кости;
- отсутствие кавернозной ткани в области свободных краев носовых раковин у детей первых лет жизни определяет невысокую эффективность применения сосудосуживающих капель и т.д.

Аномалии развития полости носа должны быть исключены или подтверждены в процессе детального обследования, а их устранение – один из этапов комплексного лечения детей с затруднением носового дыхания. Нейровегетативная дисфункция отражается на выраженности клинических симптомов, ментальном поведении больного с признаками затруднения носового дыхания.

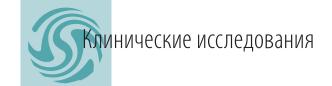
Наиболее часто встречающейся причиной затруднения носового дыхания у детей является гипертрофия глоточной миндалины, расположенной в носоглотке позади хоан. Глоточная миндалина является неотъемлемой частью системы муконазального иммунитета, ассоциированной со слизистыми оболочками (MALT). Глоточной миндалине отводят важную роль в поддержании, формировании иммунной системы полости носа, околоносовых пазух и среднего уха. В постнатальном периоде превалирующее поступление антигенов через полость носа является физиологическим стимулом к развитию функциональной активности им-

мунокомпетентной лимфоидной ткани носоглотки, что приводит к физиологической гиперплазии глоточной миндалины в возрасте 2-4 лет. Однако увеличенная глоточная миндалина, к сожалению, в 45-55% случаев у детей дошкольного и младшего школьного возраста связана с наличием хронического воспалительного процесса (аденоидита). Заболевание сопровождается, как правило, патологическим увеличением глоточной миндалины (аденоиды II-III степени). Это не только ведет к развитию и поддержанию воспаления в полости носа, околоносовых пазухах, среднем ухе (так называемое горизонтальное инфицирование близлежащих отделов), но и способствует нисходящему распространению инфекции в гортаноглотку, бронхи, легкие. Наиболее частыми причинами гиперплазии глоточной миндалины могут быть несколько состояний. Острая инфекция респираторного тракта, вызываемая вирусами, тропными к лимфоидной ткани (аденовирусы, RSG-вирус, вирусы ЕСНО, Коксаки и др.), приводит к быстрому развитию аденоидита на высоте клинических проявлений ОРВИ. Причиной острого поражения глоточной миндалины могут быть вирус Эпштейна - Бар при мононуклеозе, цитомегаловирус, вирусы кори, краснухи, ветряной оспы при детских инфекциях, при которых симптомы аденоидита могут появляться раньше, чем типичные клинические проявления. Особой тропностью к глоточной миндалине обладают так называемые возбудители внутриклеточных инфекций – М. pneumonia, Chl. pneumonia. Мощный каскад провоспалительных цитокинов вирусного воспаления приводит к резкому отеку лимфоидной ткани в носоглотке, блокаде задних отделов полости носа и слуховых труб. Обильное слизеобразование, сопровождающее вирусное воспаление в полости носа и носоглотке, единые механизмы нейровегетативной иннервации способствуют фор-

Дети с длительным затруднением дыхания через верхние дыхательные пути обязательно должны проходить расширенное обследование с использованием не только обычных клинических, но и современных эндоскопических методов при участии широкой группы специалистов.

мированию тубоотита, экссудативного среднего отита, риносинусита.

Патологические причины острых и рецидивирующих заболеваний респираторного тракта разнообразны. Вирусная инфекция сопровождается значительным отеком и инфильтрацией слизистой оболочки, цитопатическим эффектом по отношению к мерцательному эпителию. Бактериальное воспаление, следующее, как правило, за вирусной инфекцией, усугубляет клиническое течение вирусной агрессии. При этом активация условно-патогенной микрофлоры, персистирующей на слизистой оболочке респираторного тракта, приводит к формированию агрессивных микросообществ (биопленок) с их адгезией, инвазией и развитием бактериального воспаления. Дисбиотические изменения на слизистых оболочках респираторного тракта могут наблюдаться при рецидивировании заболевания, хроническом течении, при рефлюкс-эзофагите с присутствием микотической инфекции, хеликобактера, кишечной, синегнойной палочки, протея на слизистой оболочке полости носа, носоглотки, околоносовых пазух и среднего уха. Иммунодефициты, топические и системные, создают условия для прогрессирования как вирусной, так и бактериальномикотической инфекции. Врожденная и приобретенная мукоцилиарная дисфункция может служить фоном для формирования хронического воспаления, поэтому риноэндоскопическая кар-



тина (отек, полипообразование, характер, вязкость, объем секрета и др.) должна быть учтена при выборе метода лечения. Аллергия во многом определяет тяжесть, длительность, клинические проявления респираторной дисфункции, которые охватывают практически все отделы ВДП.

Таким образом, дети с длительным затруднением дыхания через верхние дыхательные пути обязательно должны проходить расширенное обследование с использованием не только обычных клинических, но и современных эндоскопических методов при участии широкой группы специалистов.

Постоянно персистирующей в полости носа и носоглотке условно-патогенной микрофлорой создаются условия для активного размножения, что в дальнейшем приводит к более тяжелому, длительному бактериальному поражению. Именно хроническая лимфотропная вирусная инфекция, внутриклеточные инфекции и персистирующая условнопатогенная микрофлора (пневмококк, золотистый стафилококк, моракселла, гемофильная палочка, бета-гемолитический стрептококк высокой (III-IV) степени обсеменения) являются ведущими причинами аденоидита. Однако аденоидит не всегда сопровождается гиперплазией глоточной миндалины. Склонность к гиперплазии глоточной миндалины чаще конституционально предопределена и наиболее часто встречается у детей с лимфатическим и атопическим типами иммунных диатезов. У детей с атопией пики затруднения носового дыхания совпадают с периодами активной поллинации (апрель, май, июнь при сезонном аллергическом рините; октябрь, ноябрь при круглогодичном рините). В это время наблюдается и подъем хирургических вмешательств в носоглотке у детей. Развитие аденоидита с гиперплазией глоточной миндалины также может быть связано с рефлюксэзофагитом и забросом содержимого желудочно-кишечного тракта с его микрофлорой в носоглотку.

Одной из актуальных проблем современной медицины являются аллергические риниты (AP) в связи с неуклонным ростом заболеваемости ими среди населения Земли, как и всеми аллергическими заболеваниями в целом.

В структуре аллергических заболеваний удельный вес AP значителен и составляет 60–70%. Около четверти населения Земли всех возрастных групп страдают этим заболеванием [1, 2].

Эпидемиология

По данным Н.И.Ильиной, в разных регионах России распространенность АР составляет: в г. Москве – 12%, Ленинградской области – 12,7%, Брянской – 15%, Ростовской – 19%, Свердловской – до 24% [3]. Как видно, распространенность АР во многом зависит от промышленных и климатических условий и особенностей произрастающей флоры региона (для сезонных ринитов).

Эпидемиологические исследования, проведенные в Пензенской области, показали, что распространенность АР составляет 4,0-8,7% в различных возрастных группах [4], а у взрослых – 11,7%. Распространенность АР, по данным официальной статистики, то есть по данным обращаемости, занижена у детей в 11-23 раза. Распространенность АР у детей и подростков в Ростовской области составила 23,9-40,7%. Благодаря анкетированию удалось выяснить, что у 23-37% школьников Пензенской области в течение последних лет имели место длительные симптомы ринита [4]. Специальные направленные аллергические исследования показали, что около трети всех случаев ринитов могли быть связаны со специфическими аллергическими воспалениями слизистой оболочки полости носа.

Диагностика

У детей особенно сложна диагностика аллергического ринита, поскольку ребенок, впервые входящий в детский коллектив, неоднократно переносит ОРВИ, бактериальный риносинусит. Причиной длительной заложенности носа у детей может быть гипертрофированная аденоидная ткань. Существует множество причин, вызывающих острое и хроническое воспаление слизистой оболочки носа у детей. Врожденные особенности строения костных структур полости носа, носовой перегородки (в том числе пороки развития), структуры латеральной стенки носа и ее изменяющаяся в связи с ростом детей архитектоника, прорезывание зубов во многом предопределяют склонность к стойкой заложенности носа, которая может расцениваться как хронический ринит. Эти же факторы являются предпосылкой развития хронического воспаления, в том числе аллергической природы. Создаются условия высокой концентрации аллергенов и их задержки на слизистой оболочке носовой полости с последующим развитием типичного аллергического воспаления, что ведет к росту числа пациентов с АР и полипозной гиперплазией.

Аллергический ринит характеризуется IgE-опосредованным воспалением в слизистой оболочке полости носа и клинически проявляется заложенностью носа, выделениями, чиханием и зудом в полости носа. В зависимости от варианта АР в клинической картине могут преобладать заложенность носа, выделения (круглогодичные риниты - КАР, по действующей классификации персистирующие риниты) или ринорея, зуд, чихание (сезонные аллергические риниты - САР, поллиноз), для которого характерно интермиттирующее течение, согласно современной классификации ARIA.

Без специальных диагностических приемов в педиатрической практике сложно установить причину ринита. АР необходимо дифференцировать с инфекционным воспалением вирусно-бактериальной и грибковой (аспергиллез, кандидоз) природы. Причиной хрони-

ческого воспаления могут быть туберкулез, сифилис, склерома полости носа, хроническая герпетическая, микоплазменная и хламидийная инфекции.

Структурные изменения в полости носа, при которых доминирует заложенность носа, могут быть связаны с аденоидами, полной и неполной атрезией хоан, длительно существующими инородными телами, гипертрофией носовых раковин (костной или мягкотканной). В связи с этим тщательное эндоскопическое исследование у детей с заложенностью носа или длительными выделениями является обязательным. Особенно это важно при аллергическом рините, так как ожидаемые от медикаментозной терапии АР результаты могут быть в значительной мере хуже по вышеперечисленным причинам. Вазомоторные риниты, связанные с дисфункцией вегетативной иннервации полости носа, наблюдаемой в период смены зубов, пубертатном и предменструальном периодах, во многом напоминают симптоматику аллергического ринита. Новообразования носоглотки (лимфоретикулосаркома, саркома Капоши), гранулематозы, системная красная волчанка, первичный иммунодефицит, ВИЧинфекция у детей сопровождаются симптомами блокады носа и выделениями.

У детей во многих случаях имеется сочетание АР с другими причинами затрудненного носового дыхания, поэтому у детей диагностика АР может быть трудной и длительной. Диагностика АР в первую очередь зависит от тщательности сбора анамнеза (связь с определенными периодами жизни при сезонном АР (рините с интермиттирующим течением), с факторами внешнего воздействия при персистирующих ринитах - домашняя пыль, контакт с мягкими игрушками, с животными, птицами, рыбками). Уменьшение или исчезновение симптомов заболевания при смене места жительства и условий жизни, изменении факторов внешней среды, смене постельных

принадлежностей (так называемый эффект элиминации) косвенно указывают на аллергическую природу заболевания. Подробно собранный анамнез, внимательная оценка клинических проявлений ринита у детей в большом проценте случаев позволяет заподозрить аллергическую природу заболевания.

Во многих случаях оптимизирует процесс диагностики АР у детей использование направленных анкет-опросников. Это отражается на экономических затратах, идущих на диагностику АР в рамках ОМС [4, 5]. Такой подход позволяет заподозрить АР еще до постановки аллергопроб. В связи с ложноотрицательными результатами аллергопроб, анализ анамнеза развития заболевания, включая семейную предрасположенность, у детей раннего возраста может быть единственным фактором, указывающим на аллергическую природу ринита. Например, усиление выделений из полости носа или ее заложенность при проявлениях пищевой аллергии на коже.

Клинические подходы к лечению

Симптоматика AP имеет определенные характерные черты в разных возрастных группах. У детей раннего возраста преобладают заложенность носа и выделения слизистого характера, реже наблюдаются чихание и зуд. Чихание, зуд и ринорея, аллергические тики чаще присутствуют у детей после 5 лет, при этом они наблюдаются как при сезонных, так и при круглогодичных AP и характерны и для интермиттирующего, и для персистирующего вариантов течения ринита.

В пубертатном периоде заложенность носа вновь превалирует над зудом и чиханием при круглогодичных персистирующих ринитах. Чихание и зуд доминируют в период поллинации, при этом заложенность носа сохраняется вне зависимости от сезона года. Необходимо отметить, что многократное чихание и зуд, являющиеся следствием раздра-

жения рецепторов гистамином, могут наблюдаться при провокации триггерами (холодный воздух, свет, психогенные реакции). Длительная однообразная ринорея с водянистыми жидкими прозрачными выделениями также говорят в пользу АР, поскольку для инфекционного воспаления характерна периодическая смена вязкости и цвета носового секрета с течением времени. Заложенность полости носа со скудными выделениями в течение года, периодически усиливающимися, более характерны для круглогодичного АР с персистирующим течением заболевания. Однако именно этот симптом требует обязательного обследования ВДП для исключения других причин или констатации осложненных форм АР (полипоз, обострение бактериального риносинусита, аденоидита). Поскольку бактериальные риносинуситы в 70% случаев

В структуре аллергических заболеваний удельный вес AP значителен и составляет 60–70%. Около четверти населения Земли всех возрастных групп страдают этим заболеванием

сопровождают АР, таким пациентам по показаниям в ряде случаев необходимо проводить рентгенологические и КТ-обследования. Сочетание АР с поражением среднего уха в 50% случаев (особенно в период поллинации) требует динамического наблюдения слуховой функции на всех этапах течения АР и в последующие 3-6 месяцев после завершения периода поллинации. От наличия сопутствующих заболеваний (экссудативный отит, аденоидит) зависит длительность как системной противоаллергической терапии, так и применения топических кортикостероидных препаратов (от 1 до 6 месяцев и более при персистирующем рините).

Изучение мазков и смывов из полости носа позволяет дифференцировать аллергические и инфекционные риниты и может использоваться как экспресс-тест. Международные рекомендации направлены на популяризацию этого метода и внедрение его в практическую деятельность врача общей практики, педиатра, оториноларинголога, поскольку характеризуются неинвазивностью, в отличие от клинических анализов крови, используемых в повседневной практике. Необходимо помнить, что при таких забо-

Неадекватная диагностика ведет к неадекватной терапии. У многих детей формируются медикаментозные риниты в ответ на частое использование сосудосуживающих капель, развиваются дисбиотические явления в области ВДП, ЖКТ после многократных курсов антибиотикотерапии, формируется медикаментозная аллергия.

леваниях, как неаллергический ринит с синдромом эозинофилии, при глистной инвазии уровень эозинофилов может быть повышен.

Однако при хроническом риносинусите у больных с АР в период обострения последнего может нарастать и уровень нейтрофилов. Наиболее фармакоэкономически оправданными являются кожные пробы как менее затратные и высоко достоверные. Постановка этих диагностических реакций методом скарификации или укола (прик-тест), безусловно, прерогатива только врача-аллерголога [5, 15]. Интерпретировать же результаты исследований должны уметь все специалисты, принимающие участие в лечении пациента с АР (педиатр, оториноларинголог). Развернутый иммунологический

анализ с определением уровня об-

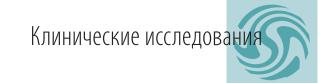
щего и аллерген-специфических

IgE используется врачом-аллер-

гологом для уточнения диагноза; при наличии противопоказаний к кожному тестированию (выраженные проявления атопического дерматита, инфекционные заболевания кожи); в случае негативного отношения ребенка к многократным уколам; при наличии в анамнезе аллергических системных реакций на кожное тестирование; при расхождении клинической картины с результатами кожных проб [6]; для дифференциальной диагностики IgE-зависимого и IgE-независимого развития заболевания [7].

К сожалению, определение аллергенспецифических антител радиоаллергосорбентным (РАСТ), радиоиммунным, иммуно-ферментным или хемолюминисцентным (МАСТ) методами с набором стандартных панелей для диагностикумов не доступен для массовых исследований из-за высокой стоимости. Однако именно использование данных методик позволило выявить среди детей Ростовской области превалирование поздней сезонной аллергии (август - октябрь) в клиническом течении персистирующего АР [8]. Эти методики ценны именно для подобных регионов, так как позволяют дифференцировать «позднюю» поллинацию от эпидемических инфекционных ринитов, нарастающих в детских коллективах после возвращения с летнего отдыха. Именно в этот период врачу общей практики, педиатру, ЛОР-врачу сложно установить истинную причину вялотекущего ринита при возобновлении контакта с домашними аллергенами. Нередко такие обострения круглогодичного АР лечатся по стандартам инфекционного ринита, ОРВИ, а не как среднетяжелый круглогодичный персистирующий АР. Неоправданно используются сосудосуживающие капли, топические и системные антибиотики, физиотерапия. В сложных случаях аллергологом могут использоваться внутриносовые провокационные тесты, однако их необходимо проводить специально оборудованных

кабинетах, где имеются условия для оказания неотложной помощи. Данные исследования вошли в стандарт диагностики АР [7]. К сожалению, как показали данные ФГОУ «Институт иммуно-Федерального медикологии биологического агентства РФ» [9], средние сроки постановки диагноза AP составляют $8,1 \pm 7,9$ лет, и только 12% пациентов диагноз был поставлен в течение первого года, только у 10% был диагностирован АР при первичном обращении, более чем у 50% пациентов срок диагностики превышал 5 лет. Неадекватная диагностика ведет к неадекватной терапии. У многих детей формируются медикаментозные риниты в ответ на частое использование сосудосуживающих капель, развиваются дисбиотические явления в области ВДП, ЖКТ после многократных курсов антибиотикотерапии, формируется медикаментозная аллергия. К сожалению, рано выполняются неоправданные хирургические вмешательства (аденотомия, резекция носовых раковин, носовой перегородки) с кратковременным клиническим эффектом. Несвоевременная диагностика АР отражается на качестве жизни пациента. В соответствии с рекомендациями ARIA (2001, 2008), критерий «качество жизни» положен в основу оценки степени тяжести АР. Для легкого течения АР характерны нормальный сон, отсутствие изменений в повседневной деятельности, занятиях спортом, отсутствие влияния симптомов АР на работу и учебу в школе. При этом симптомы АР наблюдаются менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в год (интермиттирующий АР). При среднетяжелом и тяжелом течении усилены все вышеперечисленные позиции, что делает затруднительной или невозможной нормальную жизнь пациента. Симптомы заболевания присутствуют более 4 дней в неделю или более 4 недель в году (персистирующий АР). В соответствии с тяжестью заболевания и формой его течения выстраивается лечебная тактика у детей с АР.



В лечении АР применяется методика ступенчатого подхода:

- 1) устранение контакта с аллергеном;
- 2) аллерген-специфическая терапия;
- 3) фармакотерапия;
- 4) обучение пациента.

Устранение контакта с причиннозначимыми аллергенами является залогом успеха медикаментозной терапии, определяет во многом ее длительность, фармакологическую нагрузку на пациента.

Элиминационные мероприятия направлены на удаление аллергенов из окружающей среды и со слизистой оболочки полости носа. Если в первом случае требуется проведение серьезных санитарно-гигиенических мероприятий в доме, где проживает ребенок, и не всегда они могут быть проведены в полной мере (устранение домашней и библиотечной пыли, постоянно проживающих домашних животных), то направленная элиминационноирригационная терапия полости носа может быть выполнена у каждого ребенка. При этом можно использовать изотонические или слабо гипотонические растворы орошающих полость носа препаратов (натрия хлорид, раствор морской соли). Разнообразные формы выпуска и сила направляемой струи позволяют использовать препараты у детей разных возрастов: у грудных капельные (Аква Марис капли) или так называемые бэби-формы (Аква ЛОР бэби), у старших детей – спрей с орошающим эффектом (софт-эффект) или нормальной силой струи.

Промывание полости носа у детей с АР должно стать их повседневным гигиеническим навыком. Оно необходимо после утреннего сна, после посещения детского коллектива, перед сном. Дополнительно следует промывать нос во время уборки помещения в доме, после контактов с животными, после прогулки на улице в период поллинации и т.д. Как показали наши многолетние исследования, применение ирригационно-элиминационной

терапии снижает фармакологическую нагрузку в период поллинации, нивелирует возможные нежелательные топические эффекты интраназальных кортикостероидов (атрофия, корки, сухость, кровотечения), а также уменьшает длительность их применения в период поллинации [10].

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) применяется для лечения респираторной аллергии. Она обладает высокими лечебными свойствами. Современные способы АСИТ (подкожный, сублингвальный, интраназальный) показали свою высокую эффективность у взрослых и детей, вошли в рекомендательные документы (ARIA, 2008). Разумное сочетание АСИТ с фармакотерапией дает наилучшие результаты, предупреждает прогрессирование АР, изменяет характер течения заболевания, снижает фармакологическую нагрузку в период поллинации или обострения круглогодичных ринитов. У детей рано начатая и систематизированная АСИТ позволяет добиться ремиссии на многие годы [11].

Среди препаратов **медикаментозной терапии** АР выделяют следующие группы:

- 1) оральные антигистаминные препараты (АГ);
- 2) интраназальные антигистаминные препараты (ИАГ);
- 3) интраназальные кортикостероиды (ИКС);
- 4) интраназальные кромогликаты (ИКГ);
- 5) антилейкотриеновые препараты (АЛТ);

6) топические деконгестанты (ТД). Антигистаминные препараты первого поколения не рекомендуются детям в связи с седативным эффектом, влияющим на когнитивную (познавательную) функцию, а также другими нежелательными эффектами (кокаиноподобный, хининоподобный, прибавка в весе, влияние на выделительные функции, зрение), кроме того, их действие кратковременно, что требует частого приема препаратов, к ним быстро развивается привыкание (тахифилаксия) [12]. К со-

жалению, чаще врачи применяют антигистаминные препараты первого поколения, и лишь половина пациентов (по данным ФГОУ «Институт иммунологии Федерально-

Промывание полости носа у детей с АР должно стать их повседневным гигиеническим навыком. Оно необходимо после утреннего сна, после посещения детского коллектива, перед сном. Дополнительно следует промывать нос во время уборки помещения в доме, после контактов с животными, после прогулки на улице в период поллинации и т. д.

го медико-биологического агентства $P\Phi$ ») лечится современными антигистаминными препаратами второго поколения [7].

Важное место антигистаминных препаратов второго поколения в педиатрической практике обусловлено рядом их преимуществ. В первую очередь это отсутствие (дезлоратадин, фексофенадин, лоратадин, эбастин) или незначительно выраженный (цетиризин и левоцетиризин) седативный эффект. Незначительное прохождение через гематоэнцефалический барьер при применении препаратов в терапевтических дозах позволяет сохранить в полном объеме познавательную деятельность ребенка. Это особенно важно в весеннее время, когда поллинация совпадает с экзаменационным периодом в школах, поступлением детей в средние и высшие учебные заведения, именно в это время дозы антигистаминных препаратов наиболее высоки. В то же время частота приема антигистаминных препаратов второго поколения 1 раз в сутки обеспечивает им высокий комплаенс. Сниженные антихолинергический и антисеротониновый эффекты, отсутствие влияния на вес важны для подростков, особенно для девочек.

Клинические исследования

Топические кортикостероидные препараты наиболее эффективно контролируют все клинические проявления аллергического ринита.

Возможность применения топических кортикостероидов уже с двухлетнего возраста при их низкой биодоступности (менее 0,1% у мометазона фуроата) делает их широко применимыми в детской практике на разных ступенях лечения АР.

Преимуществом антигистаминных препаратов (АГ) второго поколения является возможность их совмещения с часто используемыми в педиатрии группами препаратов - противогрибковыми, макролидами, поскольку эти АГ не метаболизируются печенью (дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин) и возможно их применение при гепатитах. Немаловажно снижение у препаратов последней генерации аддитивного эффекта с алкоголем (дезлоратадин, фексофенадин), поскольку социальное поведение подростков, принимающих по поводу АР антигистаминные

препараты, контролировать трудно. У ряда антигистаминных препаратов второго поколения (эбастин) есть способность изменять внутрисердечную проводимость. Этот эффект может быть усилен одномоментным приемом макролидов и кетоконазола. Поэтому особенно у подростков, имеющих преходящую склонность к таким нарушениям сердечного ритма, их назначают с осторожностью.

Местные антигистаминные препараты (азеластин) удачно сочетают одновременно ряд эффектов, таких как противоотечный, противовоспалительный и антигистаминный, что позволяет их применять самостоятельно не только при легких формах АР, но и при вазомоторном и инфекционном ринитах. Достоинством азеластина является возможность длительного применения (до 6 месяцев). Топические антигистамины при легких формах АР могут применяться как монотерапия.

В некоторых работах указывается на выявление противовирусных свойств второго поколения (левоцетиризин), что, несомнено, может быть полезным при возникновении ОРВИ, острого риносинусита у детей с АР, тем более что прием АГ у таких пациентов желателен и внесен в международные рекомендации по ле-

чению риносинусита. Заслуживает внимания в лечении АР у детей группа интраназальных кромонов, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток. Особенно ценно данное свойство в плане профилактики, так как заблаговременное использование препарата предотвращает раннюю и латентную фазы АР в период поллинации. Недостатком их является необходимость длительного (до 3 месяцев) применения и ежедневные частые приемы (3-6 раз в день). Тем не менее у маленьких пациентов они могут быть альтернативой, например, при непереносимости других видов терапии.

При анализе данных эпидемиологического исследования пациентов с АР в Пензенской области было показано, что 94% пациентов беспокоили симптомы ринита, а 21,8% детей они беспокоили в значительной степени [4]. Такие формы заболевания, безусловно, требуют применения топических кортикостероидных препаратов, поскольку именно они наиболее эффективно контролируют все клинические проявления аллергического ринита. Возможность применения топических кортикостероидов уже с двухлетнего возраста (мометазона фуроат, флутиказона фуроат), расширение спектра кортикостероидов, назначаемых с четырехлетнего возраста, за счет флутиказона пропионата, при низкой биодоступности топических кортикостероидов (от 0,1% у мометазона фуроата до 8,0% у некоторых других ИКС), делает их широко применимыми в детской практике на разных ступенях лечения АР.

Вышеуказанные препараты при длительном применении не влияют на рост и развитие костной и соединительной ткани, на систему «гипоталамус – надпочечники», что особенно важно, так как именно у детей требуются продленные курсы кортикостероидных топических препаратов (до 3–4 месяцев и более), поскольку необходимо воздействовать не только на слизистую оболочку полости

Назонекс® у детей с гипертрофией глоточной миндалины – уменьшение ее размеров [13]

Выраженное уменьшение аденоидных вегетаций через 40 дней терапии



До лечения Закрыто 90% носоглотки



После лечения Глоточная миндалина закрывает 50% левой хоаны

Группа активного лечения n = 30 77,7% «респондеров» (21 из 27) Размер глоточной миндалины: с 88% до 64%

Группа плацебо n = 30 0% «респондеров»

Рис. 1. Состояние аденоидных вегетаций до и после лечения

Назонекс®

(мометазона фуроат)

назальный спрей на водной основе

эксперт в устранении заложенности носа

- при сезонном аллергическом рините
- при круглогодичном аллергическом рините
- при обострении синуситов*
- при полипозе носа



- ✓ Назонекс® быстро* и эффективно уменьшает заложенность носа¹
- **✓** Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита²
- **✓** Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР⁸
- **✓** Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов^{3,4}
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
 - Самая низкая системная биодоступность (≤0,1%) в группе назальных стероидов⁸
 - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа⁵
- ✓ Назонекс® интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет⁸
- **✓** Назонекс® прост и удобен в применении^{6,7}:
 - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении.

*Острый рецидивирующий синусит, как в комбинации с антибиотиками, так и и в монотерапии

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

Мармакологическое действие: Мометазон (томсе вомоне действие: Мометазон (томсокортикокостероид (ГКС) для интраназального введения с противовоспалительным и противоаллергическим действием в дозах, при которых не возникает системных эффектов, имеет пренебрежимо малую биодоступность (≤0,1%). Показания к применению: Сезонный и круглогодичный аллергические риниты у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста. Острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве веспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками. Профилактического сонусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления). Полипоз носа, с нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). Противопоказания: Гиперчувствительность к какому-либо из веществ, входящих в состав препарата. Присутствие нелеченной местной инфекции и с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. — до заживления рань (в связи с интибирующим действием ГКС на процессы заживления). Детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергических ринитах — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. С осторжностью при туберкулезаной инфекции или латентной) респираторного тракта, нелеченных инфекциях по указанию Верача). Применение во время беременности и лактации: НАЗОНЕКС® следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. Способ применения: Речение сезонного или круглогодичного аллергического ринита. Взрослые и подростки с 12 лет: профилактическая доза — 2 инталяции (50 мкг. каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день (200 мкг/сугки). По достижении эффекта возможно уменьшения дозы до 100 мкг. Вспомотательное лечение сезонного или обострения хроническ

Список литературы

1. Berkowitz RB, Roberson S, Zora J, et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor (park), acute exposure setting. Allergy Asthma Proc 1999;20:167-172 2. Schenkel E, LaForce C, Gates D: Mometasone furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. Allergy Clin Immunol Int 2007;19:50-53. 3. Small at all. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. J Allergy Clin Immunol. 2005; vol 116(6): 1275-81 4. Stjärne P, Olsson P. Efficacy of Mometasone Furoate Nasal Spray in the Postsurgical Treatment of Nasal Polyposis. EAACI, 2008 5. Minshall E, Ghaffar O, Cameron L, et al. Assessment by nasal biopsy of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;118(5):648-654. 6. Nasonex Claims Evaluation. Synovate Market Research, 2006. 7. www.arthritis.org 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс*. Регистрационный номер – П№014744/01



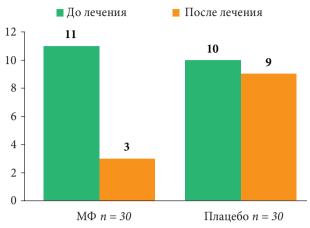
ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2 Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94



Назонекс® уменьшал симптомы, сопровождающие ГГМ [13]

Улучшение общего балла симптомов через 40 дней терапии



Балл симптомов включал назальную обструкцию, ринорею, кашель, храп, обструктивные апное во сне.

0 = нет, 1 = редко, 2 = часто, 3 = днем и ночью.

Рис. 2. Состояние симптомов, сопровождающих ГГМ

носа, но и на участвующую в аллергическом воспалении ткань аденоидных вегетаций.

По данным исследования Berlucchi и соавт., применение мометазона фуроата (Назонекс®) у детей с выраженной обструкцией хоан, сопровождавшей аденоидит, приводило к уменьшению симптомов (затруднение носового дыхания, ринорея, храп, апноэ во сне), а также сопровождалось уменьшением размеров самой глоточной миндалины [13] (рис. 1 и 2).

Таким образом, Назонекс® при воспалительных процессах в глоточной миндалине уменьшает размеры самих аденоидных вегетаций, уменьшает симптомы назальной обструкции, уменьшает частоту апноэ во сне и храп, а также способствует разрешению симптомов сопутствующего секретного среднего отита. Применение Назонекс® позволяет избежать операции аденэктомии у значительного числа пациентов.

Возможность длительного применения кортикостероидов обусловлена появлением препаратов с низкой биодоступностью (мометазона фуроат) и со сниженной разовой дозой (флутиказона фуроат) [14]. Относительно бы-

строе начало действия топических кортикостероидов (мометазона фуроат в первые 5 часов) снижают в 1,5-2 раза потребность в длительном применении топических деконгестантов, обеспечивающих кортикостероидам в начале лечения «свободную дорогу» в полость носа. Наличие высокой вязкости у мометазона фуроата (Назонекс®) позволяет препарату длительно фиксироваться на слизистой оболочке полости носа, а входящий в его состав увлажнитель (глицерин) предупреждает сухость слизистой полости носа и способствует минимизации частоты местных побочных эффектов.

Высокая эффективность топических кортикостероидов (мометазона фуроат, флутиказона пропионат, флутиказона фуроат) обеспечивает значимый клинический эффект. Сродство мометазона фуроата к глюкокортикостероидным рецепторам, способность подавлять продукцию провоспалительных цитокинов, метаболитов арахидоновой кислоты расширяет спектр применения его для лечения круглогодичных АР, поллиноза, для профилактики сезонного аллергического ринита (с 12 лет), лечения инфекционных риносинуситов, в том числе в качестве монотерапии неосложненных острых риносинуситов (с 12 лет).

Достоинством топических глюкокортикостероидов (ГКС) с низкой биодоступностью (мометазон, флутиказон) является отсутствие значительного влияния на слизистую оболочку полости носа, ее структурную перестройку, что повышает их безопасность у детей. Относительно низкая стоимость безопасных топических ГКС расширяет доступность этих препаратов в семьях с различным уровнем бюджета, тем более что на российском рынке доступны и генерические препараты [15].

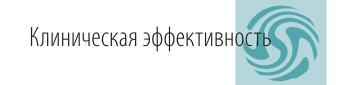
Относительно новая группа лекарственных препаратов, предлагаемых к использованию у детей в международном документе ARIA 2008, – это антилейкотриеновые препараты (например, монтелукаст натрия). Они могут применяться на всех ступенях терапии АР либо в качестве монотерапии при легких формах ринита, либо в сочетаниях с любыми другими классами препаратов. Большим преимуществом является их эффективность у пациентов с бронхиальной астмой и АР в случаях, когда АР не поддается действию системных антигистаминных препаратов.

Составляя план лечения АР, врач должен четко оценить степень выраженности клинических проявлений, определить форму течения заболевания (интермиттирующее или персистирующее) [16], учесть наличие сопутствующих заболеваний верхних дыхательных путей у детей (аденоидит, экссудативный отит, синусит), присутствие поражения нижних дыхательных путей (бронхиальная астма, инфекционные трахеобронхиты), наличие других проявлений аллергического воспаления (дерматит, крапивница). Во многом на выбор противоаллергических препаратов у детей влияют возрастные ограничения (топические ГКС с 2 лет, ряд АГ препаратов - с 2-6 лет, топические антигистаминные препараты - с 6 лет, антилейкотриеновые препараты - с 2 лет).

Наличие у детей с AP хронического бактериального воспаления (внутриклеточные инфекции) слизистых оболочек респираторного тракта, дисбиотических проявлений в виде оральных, системных кандидозов также должно быть учтено при выборе системных антигистаминных препаратов.

Ребенка отличает от взрослого то, что в относительно короткий жизненный период происходит интенсивное умственное и физическое развитие, поэтому средства, используемые для лечения АР, не должны тормозить социальное становление детей, а терапия должна быть адекватной, чтобы обеспечить ребенку высокое качество жизни.

Литература → *С.* 107



Витаминно-растительные комплексы в сезонной профилактике гриппа и острых респираторных инфекций у детей

Российский государственный медицинский университет

Д.м.н., проф. Т.И. ГАРАЩЕНКО, к.м.н. М.В. ГАРАЩЕНКО

аболеваемость в детских коллективах доминирует в возрастной структуре, составляя от 51 до 60%. Причем уровень заболеваемости детей в 4-6 раз превышает показатели взрослых. Только за последние несколько лет в России зарегистрировано 20,1 млн случаев инфекционных заболеваний у детей, при этом грипп и ОРИ составили 18,3 млн случаев (91%) [2, 3]. Около 200 видов возбудителей являются причиной респираторной патологии. Это обширная группа микроорганизмов, которая включает в себя не только вирусы (вирусы гриппа А и В, аденовирус, вирус парагриппа, RS-вирус, рино- и реовирусы, корона- и пикорнавирусы и др.), но и возбудителей оппортунистических инфекций, бактерии и грибы [4].

В настоящее время существуют три основных способа профилактики ОРИ и гриппа: вакцинация, химиотерапия и неспецифическая профилактика. Вакцинация против вирусов гриппа, обеспечивая стойкий и продолжительный защитный эффект, имеет, к сожалению, узкую направленность [5]. Химиотерапия предполагает использование синтетических и природных веществ, способных прямо или опосредованно воздействовать на репродукцию

Вирусные заболевания респираторного тракта являются часто встречающейся патологией в организованных детских коллективах [1]. По данным Центра Госсанэпиднадзора, регистрируется от 2,5 до 3 млн больных гриппом и другими острыми респираторными инфекциями (ОРИ).

вирусов в чувствительных клетках. Неспецифическая терапия предполагает использование препаратов природного или синтетического происхождения, повышающих общую специфическую и неспецифическую резистентность организма. При отсутствии этиотропной направленности расширяются адаптивные возможности организма к различным респираторным патогенам [6].

Особое внимание в программах сезонной профилактики гриппа и ОРИ уделяется витаминным препаратам [5]. Среди них наиболее привлекательна комплексная витаминотерапия, которая включает в себя фиточасть – эхинацею пурпурную (целебное растение, обладающее иммуностимулирующим, антисептическим и противовирусным действием) и аскорбиновую кислоту (витамин С). Оба этих компонента содержатся в витаминно-растительном комплек-

се ИммуноМишки (PharmaMed Naturals, США), одна жевательная пастилка которого содержит 40 мг витамина С в виде аскорбиновой кислоты и 12,5 мг эхинацеи пурпурной. Витаминно-растительный комплекс применяется у детей с четырехлетнего возраста для повышения иммунитета, снижения заболеваемости ОРИ и гриппом; прием препарата способствует более легкому течению респираторных заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось оценить эффективность и обосновать возможность применения препарата ИммуноМишки для экстренной неспецифической профилактики ОРИ и гриппа у детей младшего школьного возраста.

Методы

Дизайн исследования

Открытое, рандомизированное, контролируемое клинико-эпидемиологическое исследование

Клиническая эффективность

по изучению эффективности препарата ИммуноМишки как средства экстренной неспецифической профилактики ОРВИ и гриппа в сезон 2009–2010 гг.

Участники исследования

В клиническое исследование были включены 300 детей младшего школьного возраста (7–10 лет), посещающих Школу здоровья (Москва). Все пациенты были разделены на три группы по 100 детей каждая. Дети в опытной (основной) группе получали Иммуно-Мишки, во второй контрольной группе (группе сравнения) не получали профилактики. Дети в тре-

В программах сезонной профилактики гриппа и ОРВИ наиболее привлекательна комплексная витаминотерапия, которая включает в себя фиточасть – эхинацею пурпурную (целебное растение, обладающее иммуностимулирующим, антисептическим и противовирусным действием) и аскорбиновую кислоту (витамин С).

тьей контрольной группе (группе сравнения) были планово вакцинированы Грипполом. Обязательны были одномоментность отбора в три группы и определенные сроки проведения клинического исследования, а также равная степень возможности инфицирования респираторными вирусами.

Критерии эффективности

Оценка эпидемиологической эффективности средства экстренной неспецифической профилактики ИммуноМишки была прове-

дена в условиях контролируемых клинико-эпидемиологических исследований. С целью минимизации возможных систематических ошибок, связанных с отбором испытуемых лиц, была применена тактика популяционного (или гнездового) исследования «случай – контроль», где основная и контрольные группы были отобраны по одним и тем же критериям.

Отбор пациентов был произведен путем блочной рандомизации. Кроме того, каждый случай заболевания ОРИ учитывался в амбулаторной карте пациента.

Дозировка, режим и условия назначения препарата

Витаминно-растительный плекс ИммуноМишки назначали по две пастилки в день во время еды ежедневно в течение одного месяца в период эпидемии гриппа. Данная схема проста и удобна в применении в массовых детских коллективах. Для проведения беспрерывной профилактики (достижение 100-процентной комплаентности пациентов) в выходные и праздничные дни препарат выдавался родителям на руки с соответствующими рекомендациями. Всем детям были выданы памятки с режимом дозирования препарата, а также родителями было подписано информированное согласие на участие их детей в программе профилактики.

Статистический анализ

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 5.5 (StatSoft Inc.). Описание количественных показателей выполнено с вычислением средней арифметической величины \pm средней ошибки (m), среднеквадратического отклонения (SD), корреля-

ционного анализа. Все цифровые данные представлены как $M\pm m$. Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента при известном числе наблюдений (n). Различия считались статистически значимыми при p < 0.05.

Задачи исследования

- Проанализировать заболеваемость гриппом и ОРВИ на фоне приема препарата ИммуноМишки.
- 2. Сравнить и оценить заболеваемость ОРВИ в опытной (основной) группе детей по отношению к контрольным группам.
- 3. Оценить число тяжелых и легких форм острых респираторных заболеваний в группе заболевших детей, получавших Иммуно-Мишки, и в группах сравнения.
- 4. Оценить число пропущенных дней по болезни на одного больного в опытной и контрольных группах.

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с первой поставленной задачей проведена оценка заболеваемости ОРВИ в группе детей (n = 100), получавших препарат ИммуноМишки (опытная группа). Общее число школьников, заболевших ОРВИ, составило 17 человек - 17% от всей численности основной группы. Из чего следует, что препарат ИммуноМишки дает достаточно высокую защиту детей от респираторных инфекций: в разгар эпидемии гриппа предложенный витаминно-растительный комплекс помогает защитить 83% школьников.

Сравнительная оценка профилактической эффективности препарата ИммуноМишки в основной группе проведена по отношению к группам контроля, которые не получали профилактических средств, направленных на борьбу с острыми респираторными заболеваниями во время эпидемии гриппа, либо которые были только вакцинированы Грипполом. В ходе исследования было выявлено, что дети, которые принимали ИммуноМиш-

Таблица 1. Заболеваемость ОРВИ в опытной и контрольных группах

C	Число наблюдаемых, <i>п</i>	Общее число заболевших ОРВИ		
Средство профилактики		n	%	
ИммуноМишки	100	17	17	
Гриппол	100	23	23	
Не получали профилактических средств	100	58	58	

ки, были гораздо более защищены от острых респираторных заболеваний, чем в группах сравнения (табл. 1).

Анализируя эффективность профилактики острых респираторных заболеваний препаратом ИммуноМишки, следует отметить, что в период эпидемии гриппа из числа получавших терапию заболели ОРВИ 17% школьников, тогда как в группе вакцинированных Грипполом заболеваемость составила 23%. Дети, которые не были защищены никакими профилактическими методами, заболели в 58% случаев.

В исследовании оценивалась тяжесть течения ОРВИ у заболевших пациентов основной и контрольных групп. Показано, что в основной группе детей, получавших ИммуноМишки, течение ОРИ было легким в 71% случаев, в то время как у 52% пациентов, не получавших профилактических средств, течение острых респираторных заболеваний было тяжелым (табл. 2). По отношению к детям, которые были вакцинированы только Грипполом, происходило снижение числа тяжелых форм ОРВИ на 6%. Данные показатели отражаются на количестве пропущенных дней по болезни на одного больного в опытной и контрольных группах. Как видно из таблицы 3, количество пропущенных дней по болезни на одного больного ОРВИ при профилактическом приеме витаминно-растительного комплекса ИммуноМишки достоверно меньше, чем у заболевших пациентов, которые не получали профилактических средств $(4,0 \pm 0,75 \text{ про-}$ тив 6.7 ± 0.6 дней соответственно).

Оценка безопасности препарата

В основной группе пациентов, которые ежедневно в течение 30 дней в период эпидемии гриппа с профилактической целью получали ИммуноМишки по 1 пастилке 2 раза в день во время еды, не было зафиксировано нежелательных явлений и аллергических реакций. Препарат пациентами переносил-

Таблица 2. Оценка тяжести течения ОРВИ в опытной и контрольных группах

	Число заболевших ОРВИ пациентов				
Средство профилактики	общее, п	тяжелой	формой	легкой формой	
		n	%	n	%
ИммуноМишки	17	5	29	12	71
Гриппол	23	8	35	15	65
Не получали профилактических средств	58	30	52	28	48

ся хорошо, жалоб на побочные эффекты, связанные с приемом препарата, не зафиксировано.

Выводы

Витаминно-растительный комплекс для детей ИммуноМишки (PharmaMed) показал высокую эффективность по защите детей от гриппа и ОРВИ в массовых общеобразовательных школах.

В ходе проведенного клиникоэпидемиологического исследования (комплаентность пациентов составила 100%) по изучению эффективности комплекса ИммуноМишки как средства экстренной неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ было выявлено, что в опытной группе (получали данный препарат) происходит снижение заболеваемости ОРВИ по отношению к группе сравнения (не получали профилактику) в 3,4 раза и группе, вакцинированной Грипполом, – в 1,35 раза.

Заметно сокращается количество тяжелых форм ОРВИ в опытной группе (снижение в среднем в 1,5 раза), что отражается на числе пропущенных дней по болезни на одного больного. Происходит снижение данного показателя в среднем в 1,5 раза. Таким образом, дети в период открытой эпидемии гриппа были защищены на 83%.

Удобная форма и частота приема препарата ИммуноМишки (2 раза в сутки по одной пастилке для детей старше 7 лет) позволили эффективно осуществить профилактические мероприятия в организованных детских коллективах в сезон 2009/2010. Отсутствие противопоказаний, как и побочных эффектов, а главное, аллергических реакций, также способствует широкому применению препарата в детской практике.

Заключение

Витаминно-растительный комплекс для детей ИммуноМишки создан по принципу сочетания фитотерапии (эхинацея пурпурная) и классической защитнопрофилактической витаминотерапии аскорбиновой кислотой (витамин С) в возрастной дозировке, обеспечивает многоцелевое воздействие на организм (иммуномодулирующее, антисептическое, общеукрепляющее и др.). Комплекс ИммуноМишки, имеющий удобную форму приема в виде жевательных желеобраз-

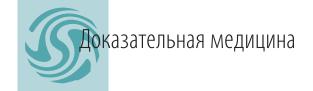
Таблица 3. Пропущенные по болезни дни на одного больного в опытной и контрольных группах

Способ профилактики	Число заболевших ОРВИ, п	Число пропущенных дней по болезни на одного больного
ИммуноМишки	17	$4,0 \pm 0,75^*$
Гриппол	23	$5,3 \pm 0,97*$
Не получали профилактических средств	58	$6,7 \pm 0,6$

p < 0.01 – в сравнении с группой детей, не получавших профилактики.

ных пастилок, может быть с успехом использован для массовой профилактики острых респираторных вирусных инфекций и их осложнений в школьных коллективах в период сезонных заболеваний респираторного тракта. Наряду со специфической профилактикой (вакцинация против гриппа) и использованием противовирусных химиопрепаратов витаминно-растительные комплексы могут занимать значимое место среди средств неспецифической направленности против заболеваний респираторного тракта. 🐠

← Литература C. 107



Российский медицинский государственный университет, кафедра оториноларингологии педиатрического факультета, Москва

Опыт лечения острых риносинуситов у детей топическими препаратами

Д.м.н., проф. Г.Л. БАЛЯСИНСКАЯ, к.м.н. С.Р. ЭДГЕМ

Общеизвестно, что для ОРВИ, в том числе у детей, характерна ярко выраженная сезонность, что связано с ослаблением иммунитета, повышением вирулентности вирусов и многими другими факторами. Так, только в 2000 г. заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями среди детей первых трех лет жизни составила 19 985 случаев на 100 тыс. детского населения России [1]. Максимальная заболеваемость ОРВИ в детском возрасте приходится на возраст от шести месяцев до шести лет. Среди школьников она снижается до двух-шести случаев в год, а у взрослых не превышает двух-пяти заболеваний за тот же период.

оследствия перенесенных ОРВИ гораздо опаснее и тяжелее первичного заболевания. К наиболее частым осложнениям ОРВИ у детей относятся вторичные бактериальные поражения средне-

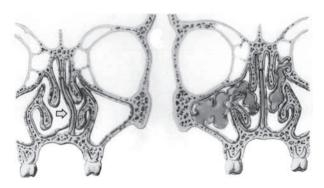


Рис. 1. Причины закупорки придаточных пазух носа

го уха, горла, носа и околоносовых пазух. Такая высокая частота заболеваемости связана с тем, что большую часть времени ребенок проводит в организованном коллективе - детском саду, школе, где большую роль играет теснота контакта. Немалое значение имеет ухудшение экологической обстановки, особенно в крупных городах. Ослабление организма, переохлаждение, наличие хронических очагов инфекций (например, кариеса) - факторы, способствующие возникновению респираторных заболеваний.

Полость носа имеет чрезвычайно сложное строение, множество полостей и карманов и, соответственно, очень большую поверхность, с которой соприкасается поток по-

ступающего в дыхательные пути воздуха. Обеззараживание воздуха как защитная функция носа осуществляется благодаря движению ресничек эпителия, выстилающего всю слизистую оболочку полости носа, которая первая встречается с агрессивными факторами окружающей среды. Кроме того, полость носа заселена сапрофитной и условно-патогенной микрофлорой. Когда человек здоров, эти микроорганизмы не причиняют ему никакого вреда, организм мирно с ними сосуществует. Ситуация меняется, когда развивается вирусная инфекция. Во время заболевания эпителий верхних дыхательных путей вырабатывает очень много слизи, респираторные вирусы оказывают влияние на местные защитные механизмы слизистой оболочки верхних дыхательных путей, изменяют мукоцилиарный клиренс, и реснички теряют подвижность, защитная функция носа нарушается. Это предрасполагающий фактор задержки бактериальной микрофлоры на поверхности слизистой оболочки ВДП, ее колонизации и активного размножения. Таким образом, на вторые-третьи сутки к вирусному заболеванию присоединяется бактериальная микрофлора, и это проявляется в виде осложнений.

Заболеваемость синуситами до настоящего времени не имеет тен-

Доказательная медицина

денции к снижению. Так, острый синусит составляет 10–20% всех ЛОР-заболеваний у детей, хронический синусит – от 16 до 34%. Среди больных, находящихся на лечении во взрослых ЛОРстационарах, 15–36% составляют люди, страдающие синуситами.

В воспалительный процесс может быть вовлечена любая из околоносовых пазух. У детей до 7 лет чаще всего в процесс вовлекаются клетки решетчатого лабиринта и гайморовы пазухи, отмечается также их сочетанное поражение.

Развитию процесса в околоносовых пазухах способствуют условия общего и местного характера. Среди местных факторов - те, которые нарушают дренажную функцию выводных отверстий. Это шипы и гребни носовой перегородки, гипертрофия средних и нижних носовых раковин, гиперплазия слизистой оболочки и полипы (рис. 1). Все это ведет к нарушению вентиляции околоносовых пазух, и давление воздуха в них ведет к отеку слизистой оболочки выводных отверстий в области среднего хода, затем появляется секрет слизистых желез, активация условнопатогенной микрофлоры, начинаются экссудативные процессы. При присоединении бактериальной инфекции экссудат становится гнойным (рис. 2).

По течению синуситы делятся на острые (до трех месяцев), рецидивирующие, подострые (эпизоды острого синусита более двух раз в год), хронические (длительные эпизоды заболевания, более трех месяцев). Особенно тяжело протекают этмоидиты у детей в связи с развитием интраорбитальных осложнений: абсцесса век, флегмоны орбиты, ретробульбарных флегмон.

Чаще всего возбудителями являются грамположительные и грамотрицательные кокки и палочки, анаэробы и другие микроорганизмы. Но с учетом того, что в последнее время у детей все чаще встречается дисбактериоз кишечника как следствие неправильного питания, неблагоприятной эко-

логической обстановки, бесконтрольного применения различных лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков, меняется микробиоценоз и слизистой оболочки носа, ее начинает заселять необычная микрофлора. Все большую роль в развитии инфекции верхних дыхательных путей играют такие микробы, как Str. pneumoneae, Neisseria meningitides, Morxella catarralis и особенно Haemophilus influenzae.

Из наиболее частых осложнений при ОРВИ встречается острый риносинусит. Полость носа граничит с околоносовыми пазухами – гайморовыми и пазухами решетчатой кости, лобными и основными.

Самые распространенные осложнения у детей – гайморит и этмоидит. Гайморит – воспаление гайморовой пазухи – наиболее частый вариант развития синусита. Мы видим на рентгенограмме затемнение правой гайморовой пазухи (с уровнем стояния экссудата) и фронтальной пазухи (рис. 3).

Этмоидит - воспаление слизистой оболочки клеток решетчатого лабиринта, клетки которого расположены в области внутреннего угла глаза. Это заболевание протекает очень тяжело и особенно опасно для ребенка. Этмоидит важно диагностировать вовремя, его клиническое проявление начинается с покраснения и отека век (реактивный отек век) (рис. 4 и 5), поэтому многие педиатры путают его с конъюнктивитом, а это чревато такими осложнениями, как флегмона орбиты (рис. 6), флегмона ретробульбарного пространства и даже внутричерепными риногенными осложнениями.

Клиническими проявлениями острого синусита являются: боль в области пораженной пазухи, отек и гиперемия слизистой оболочки, заложенность носа, гнойное или слизисто-гнойное отделяемое из-под средней носовой раковины.

Лечение риносинусита должно быть направлено не только на устранение этиологического

фактора, но и на ослабление симптомов воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию назальных проходов и обеспечению адекватного дренажа слизи из полости носа и околоносового пространства (ОНП).

Заболеваемость синуситами до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Так, острый синусит составляет 10–20% всех ЛОР-заболеваний у детей, хронический синусит – от 16 до 34%. Среди больных, находящихся на лечении во взрослых ЛОР-стационарах, 15–36% составляют люди, страдающие синуситами.

Начинать лечение надо с проведения элиминационной терапии (Аквамарис, Аквалор, Физиомер и т. д.) с целью механического удаления вирусов, бактерий, пылевых агентов со слизистой оболочки носа, что приводит к нормализации работы полости носа: улучшается мукоцилиарный транспорт, реологические свойства



Рис. 2. Развитие воспалительного процесса в околоносовых пазухах

Доказательная медицина

Лечение риносинусита должно быть направлено не только на устранение этиологического фактора, но и на ослабление симптомов воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию назальных проходов и обеспечению адекватного дренажа слизи из полости носа и околоносового пространства (ОНП).

слизи, повышается местный иммунитет за счет микроэлементов морской воды, устраняются побочные эффекты (сухость, кровотечения и т.д.) на фоне приема любых топических средств, полость носа очищается от слизи перед введением любых топических препаратов. После чего мож-

острый гайморит, фронтит

Рис. 3. Воспаление гайморовой пазухи

но рекомендовать (для снятия отека и разжижения секрета) препарат Ринофлуимуцил.

Ринофлуимуцил – препарат, механизм действия которого обеспечивают антиоксидант и муколитик N-ацетилцистеин и вазоконстриктор туаминогептана сульфат.

Деконгестанты в комбинации с муколитиком более эффективно проникают через воспаленную слизистую. Широкое применение в лечении острых риносинуситов получил препарат Полидекса с фенилэфрином, активными веществами которого являются два антибиотика различных групп - неомицин (антибиотик из группы аминогликозидов, действует бактерицидно, активен в отношении основных грамотрицательных и грамположительных возбудителей заболеваний полости носа и ОНП) и полимиксин В (полипептидный антибиотик из группы полимиксинов с высокой активностью в отношении грамотрицательных организмов, особенно в отношении P. aerogenosae, H. influenza, K. pneumonia). Kpoме того, в состав препарата входят дексаметазон (глюкокортикостероид с выраженным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием) и фенилэфрин (адреномиметик, который оказывает мягкое пролонгированное сосудосуживающее действие, не вызывает сухости слизистой оболочки, не угнетает транспортную функцию мерцательного эпителия).

Хорошо зарекомендовал себя спрей назальный Изофра, который не имеет возрастных ограничений и может быть использован у детей с периода новорожденности. Форма выпуска в виде спрея предполагает удобство применения (распыляется путем нажатия на стенки флакона) и экономичность (не заглатывается и не вытекает). Препарат эффективен в терапии риносинуситов, ринофарингитов, аденоидитов, а также для профилактики и лечения бактериальных осложнений в послеоперационном периоде. Изофра - это раствор фрамцитина и, кроме того, антибиотик аминогликозидного ряда, активен в отношении основных грамотрицательных и грамположительных возбудителей заболеваний носа и ОНП, обладает бактерицидным типом действия, безопасен в отношении ото- и вестибулотоксичности. При применении препарата Изофра отсутствует абсорбция в системный кровоток.

С целью муколитического эффекта применяется карбоцистеин, который обладает рядом преимуществ: влияет на образование, транспорт и свойства секре-



Рис. 4. Реактивный отек орбитальной клетчатки и век

МЕСТНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И НОСОВЫХ ПАЗУХ





ВСЯ ПАЛИТРА В ВАШИХ РУКАХ

Препарат выбора для местной терапии хронических процессов в носоглотке, обладающий широким антибактериальным спектром действия

Синуситы Ринит Ринофарингит

- Быстрое и пролонгированное восстановление носового дыхания
- Длительная экспозиция в очаге поражения
- Возможность применения у детей с 2,5 лет





Препарат выбора для местной терапии острых процессов в носоглотке

Аденоидиты Риниты Ринофарингиты Синуситы

- Широкий спектр действия
- Эффективная эрадикация возбудителей
- Высокий профиль безопасности
- Отсутствие возрастных ограничений



MT 10.12.2



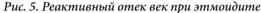




Рис. 6. Флегмона орбиты: внешний вид больного

Отмечены достаточно быстрое наступление эффекта, отсутствие увеличения объема патологического секрета, хорошая переносимость препарата Флюдитек и хорошая его сочетаемость с наиболее часто используемыми в ЛОР-практике препаратами: антибиотиками, деконгестантами.

Литература → С. 107 та (муколитическое действие), улучшает местный иммунитет, действует на всем протяжении дыхательных путей и в ЛОР-

органах, где есть мерцательный эпителий и секретопродуцирующие клетки (верхние и нижние дыхательные пути, среднее ухо). Не увеличивает объем секрета, отсутствует риск синдрома «затопления», совместим с антибиотиками, КС, бронхолитиками. При совместном приеме оказывает синергичное действие. Возможен более длительный, чем у других групп мукоактивных препаратов, курс лечения препаратом. Один из немногих муколитиков, применение которого разрешено с одномесячного возраста у детей.

Отмечены достаточно быстрое наступление эффекта, отсутствие увеличения объема патологического секрета, хорошая пе-

реносимость препарата Флюдитек и хорошая его сочетаемость с наиболее часто используемыми в ЛОР-практике препаратами: антибиотиками, деконгестантами.

Выводы

Таким образом, в этиопатогенетическом лечении показан ряд таких препаратов, как деконгестанты, муколитики, топические антибиотики местного действия, которые позволяют улучшить мукоцилиарный клиренс и способствуют очищению полости носа. Применяемые препараты местного действия, в состав которых входят антибактериальные препараты с широким спектром действия, позволяют решить эту сложную проблему.

ГЛАВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ УЧЕБНО-НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УД ПРЕЗИДЕНТА РФ

Календарный план мероприятий непрерывного повышения квалификации медицинских работников на первое полугодие 2011 г.

ГМУ УД Президента РФ, Романов пер., д. 2

20 апреля 2011

Детская неврология

Председатель: профессор **А.С. Петрухин**, заведующий кафедрой нервных болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Росздрава

27 апреля 2011

Ежегодная конференция «Фармакотерапия аллергических заболеваний с позиций доказательной медицины»

Председатель: профессор **Л.А. Горячкина**, главный аллерголог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава

25 мая 2011

Кишечные инфекции

Председатель: профессор **А.В.** Девяткин, главный врач инфекционного корпуса ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

15 июня 2011

Миома матки и эндометриоз. Возможности сохранения и восстановления репродуктивной функции

Председатель: академик РАМН Л.В. Адамян, главный специалист по акушерству и гинекологии МЗиСР РФ, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава

22 июня 2011

Офтальмология

Председатель: член-корреспондент РАМН **С.Э. Аветисов**, главный специалист по офтальмологии Главного медицинского управления УД Президента РФ, директор ГУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН



ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Длительное нахождение инородного тела (монеты) в пищеводе

Интересные клинические случаи встречаются в практике детского ЛОР-отделения ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Описание некоторых из них предлагается вниманию читателей журнала «Эффективная фармакотерапия».

ольная И., 1 год и 8 мес., поступила в ЛОР-отделение МОНИКИ 28 июля 2010 года. Мама пациентки сообщила, что у девочки наблюдается затруднение глотания твердой пищи, повышение температуры тела до 38,5 °C и снижение веса на 7 кг в течение последних 3 месяцев.

Мать рассказала, что 8 мая 2010 года ребенок находился в комнате без присмотра взрослых, играл с конструктором. Войдя в комнату, мать увидела, что девочка давится, отмечалось обильное слюнотечение. Ребенка доставили в приемный покой ЦРБ по месту жительства, где была произведена рентгенография шеи по Земцову, не выявившая патологии (рис. 1а). В течение последующей недели у ребенка сохранялось затруднение глотания, повысилась температура тела до 38,9 °C. Ребенок был осмотрен ЛОР-врачом, который поставил диагноз «ангина». Проводилась последовательная антибактериальная терапия (Сумамед, Цефазолин, Амикацин). Температура тела нормализовалась, но сохранялось затруднение глотания, мать отметила снижение веса ребенка. В течение последних 2 недель вновь повысилась температура тела и удерживалась от 37,0 °С до 38,5 °С. Девочку проконсультировали специалисты МО КДЦ для детей и направили в МО-НИКИ с предварительным диагнозом «инородное тело пищевода». Девочка поступила в институт в состоянии средней степени тяжести, температура тела 38,5 °C. Также отмечалось, что ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Пульс 170 ударов в минуту, АД 90/50 мм рт. ст. Дыхание в покое компенсировано, слюноотделение повышено. Общий анализ крови от 28.07.2010: эритроциты 4,34, гемоглобин 102, лейкоциты 11,5, глюкоза 3,5, CO₃ 30.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 28 июля 2010 года присутствует плоское округлое инородное тело трахеального сегмента пищевода. Признаков перфорации стенки пищевода нет (рис. 16).

После всех этапов диагностики, консультации специалистов было произведено хирургическое вмешательство – под общей анестезией выполнена ригидная эзофагоскопия с удалением инородного тела монета достоинством 10 коп – монета находилась за входом в пищевод, удалена с первой попытки. На слизистой пищевода имелись наложение фибрина, грануляции. (рис. 2)

Операция ребенком была перенесена удовлетворительно. Контрольная рентгенография пищевода с водорастворимым контрастом от 29 июля 2010 года показала, что акт глотания не нарушен, контраст беспрепятственно проходит по пищеводу в желудок, затеки за пределы пищевода не выявлены. Девочке была проведена антибактериальная симптоматическая терапия, и на шестые сутки после операции пациентка в удовлетво-

рительном состоянии была выписана под наблюдение ЛОР-врача и педиатра по месту жительства.

Описанный случай представляет интерес в связи с несвоевременной диагностикой очевидной патологии, которая могла привести к тяжелым осложнениям. Неправильно поставленный диагноз часто свидетельствует о незнании данной патологии врачами поликлинического звена. Проведение рутинных методов исследования (рентгенография органов грудной клетки) позволяет правильно диагностировать инородные тела ЛОР-органов и назначать своевременное лечение.





Рис. 1. Результаты рентгенографических обследований пациентки:

а) рентгенография шеи по Земцову от 08.05.2010 из ЦРБ по месту жительства б) рентгенография ОГК от 28.07.2010



Рис. 2. Инородное тело – монета достоинством 10 копеек



Глиома полости носа

ациент Я., 1 год и 4 мес., поступил в ЛОР-отделение МОНИКИ 11 октября 2010 года с жалобами (со слов мамы) на затруднение дыхания через правую половину носа и храп. Стало также известно, что эти проблемы у ребенка наблюдаются с самого рождения. При осмотре выяснилось, что форма наружного носа не изменена, слизистая оболочка носа имела обычную окраску. Также было обнаружено, что справа находится опухолевидное образование розового цвета, с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции на широком основании, исходящее из верхне-латеральных отделов, которое полностью обтурирует носовой проход. При инструментальном исследовании оно не кровоточит. Перегородка носа была смещена образованием влево, слева носовые раковины не изменены. Носовые ходы прослеживаются, но дыхание через правую поло-

вину носа не проводится, через левую - затруднено.

После клинико-лабораторного обследования была выполнена КТ головы, на основании чего вынесено заключение: опухоль правой половины носа с обтурацией просвета полости носа. КТ-картина наружной гидроцефалии на уровне височно-лобных областей. Данных, подтверждающих объемный процесс и очаговое поражение вещества головного мозга, не получено.

Пункционная биопсия и цитологическое исследование показали, что среди элементов крови обнаружены скопления клеток округлой и веретеновидной формы, вероятно, мягкотканной природы. Убедительных данных, указывающих на злокачественную опухоль, обнаружено не было. Генетик, консультировавший ребенка, сделал заключение: данных, указывающих на наследственную патологию, не выявлено.

14 октября 2010 года под общей анестезией под контролем эндоскопа было выполнено удаление новообразования правой половины носа. При операции было обнаруже-

но, что в правой половине носа визуализируется образование серорозового цвета большого размера, исходящее из латеральной стенки полости носа и смещающее перегородку носа. Новообразование удалено инструментально под контролем эндоскопа. Материал отправлен на гистологическое исследование.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Носовое дыхание улучшилось. В правой половине носа визуализировалась послеоперационная полость. Перегородка носа смещена влево. Результат гистологического исследования: глиома полости носа.

> Материал подготовили Н.С. Грачев, Е.А. Шевчик, ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

СПРАВКА

ГЛИОМА (glioma) – опухоль, состоящая из элементов промежуточной ткани нервной системы, нейроглии. Глиомы являются самыми частыми опухолями мозга. Обычно бывают единичными, наблюдаются главным образом в сером и белом веществе головного или спинного мозга, нередко вблизи центрального канала и в стенке желудочков. Реже встречаются глиомы периферических нервов, сетчатки. Описаны отдельные случаи глиомы носа, языка, задней доли гипофиза, легкого.

Глиома носа является достаточно редким врожденным поражением, впервые описана Reid в 1952 году. Это доброкачественная смешанная опухоль, как правило, содержащая большие агрегаты астроцитов и волокнистой соединительной ткани вокруг кровеносных сосудов. Чаще всего локализуется в области верхней части средней носовой раковины или носовой перегородки.

Глиомы носа обычно не связаны с субарахноидальным пространством, желудочками мозга и спинномозговой жидкостью. Только в 15% случаев (при наличии глиомы на ножке) они могут контактировать с внутричерепными структурами, в основном, через дефект в решетчатой пластинке.

Носовые глиомы могут возникать спорадически без какой-либо наследственной или половой предрасположенности. Как правило, это единичная аномалия без других врожденных пороков развития. В мировой литературе описано лишь около 250 случаев данной патологии. Носовая глиома обычно возникает у детей в возрасте до 3 лет. При этом соотношение мужчин и женщин составляет 3:2.

Клинически проявляется такими признаками и симптомами, как заложенность носа, затруднение носового дыхания; при глиоме большой массы значительная обтурация носового хода и носослезного канала может привести к дыхательной недостаточности и слезотечению на стороне поражения.

Глиома носа может вызвать значительное локальное повреждение и косметическую деформацию путем сжатия и разрушения носовых хрящей.



Литература

В.П. ВАВИЛОВА, Т.И. ТАРАЩЕНКО, А.О. ВОЙМАН, Н.И. ТАРАСОВ

Роль топических стероидов при сочетанной патологии лимфоглоточного кольца у детей

- 1. Марочко С.П., Чаукина В.А., Киселев А.Б. Возможности консервативного лечения хронического аденоидита у детей с респираторным аллергозом // Российская оториноларингология. 2008. Прил. 2. С. 82-87.
- 2. Карпова Е.П., Соколова М.В. Лечебно-диагностический алгоритм ведения детей с хроническим аденоидитом, гипертрофией глоточной миндалины и аллергическим ринитом в сочетании с бронхиальной астмой // Российская оториноларингология. 2007. Приложение. С. 144-148.
- Гаращенко Т.И. Роль элиминационной терапии в профилактике острых
- респираторных заболеваний в организованных детских коллективах // Педиатрия. 2008.Т. 87. № 5.
- Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-медиа, 2001. 431 с.
- 5. Ильина Н.И., Козлов В.С., Павлова К.С. и др. Флутиказона пропионат (Назарел) – новый топический назальный глюкокортикостероид // Рос. аллерголог. журн. 2009. № 1. С. 85-89.

Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ, Е.К. ОНУФРИЕВА, Е.К. ИСАЕВА, И.Е. ПОГОСОВА

Сравнительная эффективность различных способов элиминационной терапии в комплексном лечении тонзиллофарингитов у детей

- 1. Гаращенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОРзаболеваний в детском возрасте / Детская оториноларингология: Руководство для врачей / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. В 2 томах. Т. 2. М.: Медицина, 2005. С. 275-317.
- Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // РМЖ. 2001. № 9 (16-17). C. 765-769.
- Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. et al. Practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis // Clin. Infect. Dis. 2002. Vol. 35. № 2. P. 113–125.
- Cherry D.K., Woodwell D.A. National Ambulatory Medical Care Survey: 2000 summary // Adv. Data. 2002. Vol. 328. P. 1-32.
- 5. Linder J.A., Bates D.W., Lee G.M., Finkelstein J.A. Antibiotic treatment of children with sore throat // JAMA. 2005. Vol. 294. № 18. P. 2315-2322.
- McIsaac W.J., Kellner J.D., Aufricht P. et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults // JAMA. 2004. Vol. 291.
- 7. Nash D.R., Harman J., Wald E.R., Kelleher K.J. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2002. Vol. 156. № 11. P. 1114-1119.
- Park S.Y., Gerber M.A., Tanz R.R. et al. Clinicans' management of children and adolescent with acute pharyngitis // Pediatrics. 2006. Vol. 117. № 6. P.

Е.И. КРАСНОВА, С.О. КРЕТЬЕН

Оценка эффективности применения имудона в комплексной терапии острой и рецидивирующей стрептококковой инфекции у детей

- 1. Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 541 с.
- Белов Б.С., Черняк А.В., Сидоренко С.В., Макарова Р.А. Сравнительная оценка фармакокинетики различных лекарственных форм бензатинбензилпенициллина // Антибиотики и химиотерапия. 2000. № 4. С. 18–21.
- Таточенко В.К. Педиатру на каждый день: Справочник. М., 1999. С. 125.
- Феклисова Л.В. Микробиоценоз слизистых оболочек ротоглотки у детей, больных ангиной // Детские инфекции. 2006. Т. 5. № 2. С. 27-31.
- Селимзянова Л.Р. Место топических бактериальных лизатов в

КАРПОВА Е.П., ТУЛУПОВ Д.А., БОЖАТОВА М.П., КАРПЫЧЕВА И.Е. Новый подход к лечению острого ринита у детей с тубарной дисфункцией

- 1. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р., Брашнина Н.П. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. М.: Миклош, 2006.
- Дмитриев Н.С., Мелешина Н.А., Колесова Л.И. Экссудативный средний отит у детей: Методические рекомендации № 96/2. М., 1996. С. 18-20.
- Гаращенко Т.И., Корнеева О.В., Якушенкова А.П. Состояние слуховой трубы и проблема тугоухости у детей. М., 1995. Т. 1. С. 34-35.
- Богомильский М.Р., Минасян В.С. Острый средний отит у детей. М., 2000.
- Chirico G., Beccagutti F. Nasal obstruction in neonates and infants // Minerva Pediatr. 2010.Vol. 62. № 5. P. 499–505.
- Преображенский Н.А., Гольдман И.И. Экссудативный средний отит. М.:
- Leach A.J., Morris P.S., Mathews J.D. et al. Compared to placebo, long-term antibiotics resolve otitis media with effusion (OME) and prevent acute otitis media with perforation (AOMwiP) in a high-risk population: a randomized controlled trial // BMC Pediatr. 2008. Vol. 2. № 8. P. 23.
- Williamson I., Benge S., Barton S. et al. A double-blind randomised placebocontrolled trial of topical intranasal corticosteroids in 4- to 11-year-old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care // Health Technol. Assess. 2009. Vol. 13. № 37. P. 1–144.
- Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого

- педиатрической практике // Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6.
- № 2. C. 26-30.
 - среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита // PMЖ. 2002. T. 10. № 20. C. 903-909.
- 10. Шилов В.В. и соавт. Отравление нафазолином (Нафтизином) у детей // http://www.mrdou.ru/2008/03/09/otravleniya-nafazolinom-naftizinom-u-detej/.
- 11. Boek W.M., Graamans K., van Rijk P.P. et al. Nasal mucociliary transport: new evidence for key role of ciliary beat frequency // Laryngoscope. 2002. Vol. 112. № 3. P. 570-573.
- 12. Hofmann T., Koidl B., Wolf G. In vitro studies of the effect of vasoconstrictor nose drops on ciliary epithelium of human nasal mucosa // Laryngorhinootologie. 1995. Vol. 74. № 9. P. 564-567.
- 13. Hofmann T., Koidl B., Wolf G. et al. Influence of preservatives and topical steroids on ciliary beat frequency in vitro // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2004. Vol. 130. № 4. P. 440-445.
- 14. Васина Л.А. Влияние местных деконгестантов, содержащих раствор ксилометазолина, на цилиарную активность реснитчатых клеток // Российская ринология. 2008. № 3. С. 14–17.
- 15. Радциг Е.Ю. Комплексные гомеопатические средства для лечения различных видов ринита // РМЖ. 2007. Т. 15. № 2. С. 152-156.
- 16. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Божатова М.П. и соавт. Острый и обострение хронического аденоидита у детей // Consilium Medicum. Педиатрия. 2008. № 2. C. 3-6.



Литература

Т.И. ГАРАЩЕНКО, М.В. ГАРАЩЕНКО

Витаминно-растительные комплексы в сезонной профилактике гриппа и острых респираторных инфекций у детей

- Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. Пособие для врачей / Под ред. А.А. Баранова. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2004. 70 с.
- Заболеваемость населения Российской Федерации // Здоровье населения и среда обитания. 2007. Т. 1. № 166. С. 50–51.
- 3. Карпухин Г.И. Грипп. Л.: Медицина, 1996. 345 с.

- 4. Учайкин В.Ф. Стандарт диагностики, лечения и профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний у детей: Пособие для врачей. М., 2001.12 с.
- 5. *Таращенко М.В.* Новые технологии в медикаментозной профилактике острых респираторных заболеваний у детей школьного возраста в условиях мегаполиса: Автореф. дис. . . . канд. мед. наук. М., 2007. 23 с.
- Чувиров Г.Н. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций // Медицинский вестник. 2008. № 1. С. 8.

Г.Л. БАЛЯСИНСКАЯ, С.Р. ЭДГЕМ

Опыт лечения острых риносинуситов у детей топическими препаратами

- 1. Балясинская Г.Л., Минасян В.С., Качкаева Е.Д. Опыт применения Ринофлуимуцила и Флуимуцила-антибиотика при лечении синуситов у детей // Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапия болезней ЛОР-органов: Сб. трудов сотрудников кафедры. М., 2001. С. 162–164.
- 2. *Балясинская Г.Л. и др.* Клинические формы острых респираторных заболеваний. Острые респираторные заболевания у детей (лечение, профилактика). М., 2002. С. 25–36.
- Горбунов В.А., Олейник П.А. Лечение параназальных синуситов // Военномедицинский журнал. Т. GGGXIX. № 1019982. С. 34–35.
- Качкаева Е.Д., Коробко Л.М. Применение препарата Флуимуцилантибиотик для лечения воспалительных явлений верхних дыхательных путей после длительной назотрахеальной интубации у детей // Материалы Конгресса «Человек и лекарство».
- Люманова С.Р., Балясинская Г.Л. Отдаленные результаты лечения острых и обострений хронического синуситов // Материалы Конгресса ринологов. Санкт-Петербург, май 2005.
- Люманова С.Р., Балясинская Г.Л. Опыт применения Флуимуцилаантибиотика ИТ при лечении острых и обострений хронического синуситов // Материалы X Съезда отоларингологов Украины. г. Судак, май 2005.

- Рязанцев С.В. Острый синусит: подходы к терапии: Метод. рекомендации. М., 2003.
- Самсыгина Т.Л. и др. Применение препарата Ацетилцистеин в терапии острых и хронических заболеваний дыхательных путей у детей // Педиатрия. 1995. № 3. С. 76.
- 9. *Ярлыков Е.Н.* Ринофлуимуцил, Флуимуцил-антибиотик, Анауран в ЛОР-практике // Тезисы докладов на конференции «Медикаментозное лечение заболеваний уха, горла и носа». М., 1996.
- 10. Пиццато Д. Аэрозольные антибиотики для лечения респираторных инфекций // Терапевт. 2001. № 9. С. 1–6.
- 11. 11. *Albini E. et al.* In vitro antibacterial activity of thaimphenicol glycinate acetylcysteinate against respiratory pathogens // Arzneim.-Forsch. Drug Res. 1999. Vol. 49. P. 533–535.
- 12. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assenssment of severity? And initial antimicrobial therapy // Am. Rev. Respir. Dis. 1993. Vol. 148. P. 1418–1426.
- Bartlett J. et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults (Document from the Infectious Diseases Society of America) // Clin. Infect. Dis. 2000. Vol. 31. P. 347–382.
- Mazzei T. Thiamphenicol: pharmacokinetic and safety considerations // GIM-MOC. 2000. Vol. 4. C&M 2. P. 15–19.

Г.Д. ТАРАСОВА

Результаты фитотерапии больных с патологией верхних дыхательных путей

- 1. *Блоций А.А.*, *Цепляев М.Ю.* Оценка эффективности применения препарата Синупрет в комплексной терапии острого и хронического синусита // РМЖ. 2009. Т. 17. № 23 (362). С. 1570–1573.
- Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух // РМЖ. 2001. Т. 9. № 19.
- 3. Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Пискун А.М. Лечение респираторных вирусных инфекций у больных аллергическими заболеваниями // Клиническая медицина. Медицинская помощь. 2002. С. 19–22.
- Ёлкина Т.Н., Кондюрина Е.Г., Грибанова О.А., Татаренко Ю.А. Опыт применения Синупрета у часто болеющих детей с аллергическими заболеваниями // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. 2009. № 5. С. 103–107
- 5. Системная энзимотерапия при лечении заболеваний дыхательных путей: Метод, руководство для врачей / Под ред. А.Л. Ракова. М., 2006. 40 с.
- 6. *Рязанцев С.В.*, *Захарова Г.П.*, *Дроздова М.П.* Применение секретолитического препарата Синупрет в оториноларингологии // Нов. оторинолар. и логопатол. 2002. № 2. С. 102–105.
- 7. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: Метод. рекомендации. СПб.: Нац. Регистр, 2007. 40 с.
- 8. Савенко И.В. Лечение острых и рецидивирующих бактериальных риносинуситов у детей с признаками вторичной иммунологической недостаточности // Российская оториноларингология. Приложение. 2007. С. 190.
- 9. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто

- болеющих детей // Детский доктор. 2001. № 4. С. 25–29.
- 10. Тарасова Г.Д. Секретолитическое лечение при воспалении дыхательных путей в детском возрасте // Леч. врач. 2000. № 1. С. 35–37.
- 11. *Тарасова Г.Д.* Секретолитик Синупрет при воспалении дыхательных путей в детском возрасте// Материалы XVI Съезда оториноларингологов. РФ, Сочи, 21–24 марта 2001 г. С. 689–692.
- 12. *Шахова Е.Г., Малова Т.В.* Синупрет в комплексной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Рос. оториноларингология. 2005. С. 89–91.
- 13. *Шахова Е.Г.* Сравнительная эффективность комбинированной терапии антибиотиком и секретолитиком у пациентов с острым гнойным риносинуситом // Рос. оториноларингология. 2010. № 2 (45). С. 170–175.
- Bals R. Cells types of respiratory epithelium: morphology, molecularbiology and clinical significance // Pneumologie. 1997. Vol. 51. P. 142–149.
- Bron J. Relative biovailability of carbocysteine from three dosage forms. Investigated in healthy volunteers // Biopharm. Drug Disposit. 1988. Vol. 9. P. 97–111.
- Chalumeau M., Cheron G., Assathiany R. et al. Mucolitic agents for acute respiratory tract infections in infants: a pharmacoepidemiologic problem? // Arch. Pediatr. 2002. Vol. 9. P. 1128–1136.
- 17. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2007.
- 18. *Henocq A., Moreau C., Mallet E. et al.* Changes in IgA levels in nasal mucus after upper respiratory tract diseases in infant treated with carbocysteine // Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. 1985. Vol. 102. P. 373–375.
- Martin L.D., Rochelle L.G., Fisher B.M. et al. Airway epithelium as an effector of inflammation: molecular regulation of secondary mediators // Eur. Respir. J. 1997. Vol. 10. P. 2139–2146.

ЭФ. Пульмонология и оториноларингология. 2/2011

Медицинский форум

XV Конгресс педиатров России



Дмитрий Медведев Уважаемые друзья!

Поздравляю вас с открытием XV Конгресса педиатров России и желаю успешной работы.

Ваш форум традиционно собирает в Москве ведущих ученых-педиатров, специалистов в области здравоохранения, практикующих врачей из разных регионов России. Во многом благодаря вашей деятельности в России удалось добиться улучшения демографической ситуации и сокращения младенческой смертности.

Охрана детства, здоровья подрастающего поколения относится к числу ключевых национальных приоритетов. Мы будем и дальше повышать доступность и качество медицинской помощи, модернизировать детские поликлиники, совершенствовать систему подготовки и переподготовки врачей-педиатров и медицинских сестер.

Все эти вопросы будут обсуждаться на вашем Конгрессе. И я рассчитываю, что его участники предложат немало полезных идей.

Желаю вам плодотворных дискуссий, здоровья и благополучия!

Общее дело – педиатрия

В послании Федеральному собранию в конце 2010 г. Президент России Д.А. МЕДВЕДЕВ подчеркнул, что «забота о будущих поколениях – это самые надежные, умные и благородные инвестиции... 26 млн детей и подростков, живущих в нашей стране, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми». Здоровью подрастающего поколения как раз и был посвящен прошедший в Москве 14–17 февраля XV Конгресс педиатров России «Актуальные вопросы педиатрии».

В жегодный Конгресс – главное педиатрическое событие России. Участие в нем – это прекрасная возможность поучиться у высококлассных международных специалистов, узнать о достижениях и проблемах всех регионов страны, обменяться опытом, обсудить самые острые проблемы профессии, оглянуться назад и идти вперед, следуя девизу Союза педиатров России «Сохраним здоровье детей – спасем Россию».

Официальному открытию Конгресса предшествовало несколько значительных мероприятий. 13 февраля 2011 года крупнейшие

специалисты провели Международные мастер-классы «Трудности диагностики и лечения аллергических болезней у детей», «Антибактериальная терапия и проблема антибиотико-резистентности в педиатрии» и «Биологическая терапия в детской ревматологии». Утром 14 февраля в Зале церковных соборов Храма Христа Спасителя при поддержке Всероссийской политической партии «Единая Россия» прошел III Общенациональный форум «Здоровье детей - основа здоровья нации». Главная цель организаторов Форума - привлечение внимания государства и общества к актуальным вопросам охраны здоровья детей России. Среди приоритетных задач Форума в прошлые годы были: подготовка предложений по реализации конкретных мер, направленных на повышение эффективности профилактики детских болезней; улучшение организации и качества питания детей, в том числе в образовательных учреждениях; увеличение и оптимизация финансирования программ по медицинскому обеспечению детей; совершенствование кадрового обеспечения педиатрической службы. Основными вопросами, вынесенными на обсуждение в этом году, стали охрана здоровья детей и роль благотворительности в сбережении здоровья детей. Свой взгляд на проблему высказали Председатель Исполкома Союза педиатров России, академик РАМН А.А. БАРАНОВ, руководитель Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В.И. ШИ-РОКОВА, директор Департамента воспитания и социализации детей Минобрнауки России А.А. ЛЕ-

XV Конгресс педиатров России

Уважаемые коллеги!

От имени Министерства здравоохранения и социального развития $P\Phi$ и от себя лично поздравляю участников с началом работы XV Конгресса педиатров России.

Совместными усилиями мы должны не только лечить больных детишек, но и выявлять будущие заболевания всеми доступными средствами, предотвращая их. Развитие профилактики заболеваний, системы активного сохранения и восстановления здоровья детей является главным стратегическим направлением на сегодняшний день. В этом году надеемся, что мы сможем охватить практически все современные направления педиатрической науки, практики и организации детского здравоохранения в стране, что позволит нам двигаться вперед.

Уважаемые коллеги, хочу пожелать вам плодотворной работы! В рамках мероприятия предстоит не только оценить достижения медицины за последние годы, но и определить задачи по обеспечению жизни и здорового развития детей.



Татьяна Голикова

ВИТСКАЯ, губернатор Ульяновской области С.И. МОРОЗОВ, епископ Орехово-Зуевский, викарий Московской епархии ПАНТЕЛЕ-ИМОН, Председатель Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по социальным вопросам и демографической политике Е.Л. НИКОЛАЕВА.

После форума состоялось пленарное заседание «Национальные и международные достижения в диагностике, лечении и профилактике болезней детского возраста», которое открыл руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ, академик РАМН Г.Г. ОНИ-ЩЕНКО. Его выступление было посвящено неотложным мерам по снижению инфекционной заболеваемости у детей в РФ. «Каждый ребенок имеет право на защиту от инфекций - на прививки» - такова позиция Международной педиатрической ассоциации. Эту точку зрения полностью поддерживает и Г.Г. Онищенко. В мире пока не придумано более действенного средства борьбы с инфекциями, чем вакцинация. Г.Г. Онищенко привел следующие цифры: в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» против вирусного гепатита трехкратно привито более 46 млн детей, подростков

и взрослых до 55 лет; против краснухи - около 22 млн девочек, девушек и женщин до 25 лет. Заболеваемость краснухой за последние годы благодаря прививкам снизилась в 250 раз! С 2008 г. всем детям до 1 года начаты прививки против полиомиелита инактивированной вакциной (свыше 1,5 млн детей ежегодно). Против гриппа в 2010 г. привито 27,4 млн человек- цифра выше, чем в предыдущие годы, но недостаточная. Г.Г. Онищенко подчеркнул, что прививки были сделаны актуальной вакциной. Он также поднял вопрос о совершенствовании национального календаря прививок и о том, что главное стремление всех специалистов переход на комбинированные вакцины, чтобы снизить нагрузку на организм ребенка.

Не утрачивает остроты проблема ВИЧ/СПИДа. Самая неблагоприятная ситуация сложилась в Самаре, Иркутской и Ленинградской областях. В этих регионах сосредоточен наибольший рост ВИЧ-инфекции. За 23 года регистрации этой инфекции на счету России 587 654 случая, в том числе детей до 15 лет – 5913. И среди последних большая часть детей родилась от ВИЧ-инфицированных женщин. Известно, что если ВИЧ-инфицированная будет получать необходимую терапию

во время вынашивания ребенка, если она не будет кормить новорожденного грудью, то заражения малыша можно избежать. Поэтому необходима последовательная государственная политика, просвещающая ВИЧ-инфицированных мам и требующая соблюдения правил поведения ВИЧ-инфицированной мамы с новорожденным.

Насущный вопрос модернизации детского здравоохранения подняла директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ В.И. ШИРОКОВА. Она подчеркнула, что реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» оказала значительное воздействие на развитие службы родовспоможения и детства. Улучшилась материально-техническая база учреждений родовспоможения, в 22 субъектах РФ строятся современные перинатальные центры, получила развитие медикогенетическая служба, внедрены современные технологии аудиологического скрининга, стартовал пилотный проект комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребенка и др. Планируются новые мероприятия по совершенствованию медицинской помощи матерям и детям в рамках модернизации здравоохранения, та-

Медицинский форум

XV Конгресс педиатров России

кие как реализация комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела; создание центров поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризация подростков; развитие неонатальной хирургии; создание системы паллиативной помощи тяжело больным детям.

Не менее важной, можно даже сказать, болезненной для России проблеме посвятил свое выступление президент Международной педиатрической ассоциации, проф. С. КАБРАЛ (Рио-де-Жанейро, Бразилия). Тема «Табакокурение и дети» была выбрана им не случайно - примерно две трети курильщиков живут в 15 странах, среди которых и Россия, и Бразилия. Между тем употребление табака - одна из предотвратимых причин смертности в мире, избавление от которых не требует специальных лекарств и медицинских вмешательств. Однако 250 млн детей, живущих ныне, умрут от заболеваний, связанных с курением, 750 млн детей подвержены пассивному курению - как известно, не менее опасному. В табачном дыме содержится более 4000 химических веществ, 300 из которых - яды, а 63 вызывают рак. Ученые доказали, что у младенцев, которые умирают от «синдрома внезапной смерти», концентрация никотина в легких очень высока. Это значит, что женщина курила во время беременности. Пристрастие к табаку обычно начинается в подростковом возрасте. Тому много причин. Это и «действие телевидения, модных фильмов, влияние друзей-курильщиков, наконец, рекламы, на которую табачные магнаты тратят миллиарды долларов». С. Кабрал привел цитату известного производителя сигарет -«бренд должен увеличить свою долю проникновения в возрастной группе 14-24 лет, которая будет представлять сигаретный бизнес завтрашнего дня». Противостоять этой пагубной привычке и бороться с таким положением дел - задача всего общества, и особенно педиатров. Закончил С. Кабрал призывом: «Мы как

педиатры ответственны за защиту детей от болезней, которые можно предотвратить. Мы можем и мы обязаны запретить то зло, которое создано человеческими руками!»

Ч. ВАН-ЧАН – паст-президент (2007-2010) Международной педиатрической ассоциации, профессор (Гонконг) – продолжил разговор о всемирном детском здравоохранении. В сентябре 2000 г. 189 глав государств приняли Декларацию тысячелетия ООН, где были определены восемь целей развития тысячелетия, которые должны быть достигнуты к 2015 г. Среди них сокращение детской смертности, улучшение охраны материнства, борьба с ВИЧ/ СПИДом, малярией и другими заболеваниями. Цели развития тысячелетия стали мощной силой в борьбе за здоровье детей. Но пока сденедостаточно. Ч. Ван-Чан привел печальные цифры: в этом году умрут 8,8 млн детей в возрасте до 5 лет, в основном от предотвратимых или легко поддающихся лечению болезней, 40% из них будут малыши, которые не выживут в первые 4 недели жизни. Почти все эти случаи будут иметь место среди бедных слоев населения в развивающихся странах. Ч. Ван-Чан говорил о том, что необходимо искоренять главные причины сложившейся ситуации - недостаточное количество рабочих рук в системе здравоохранения, отсутствие равного доступа детей к медицинскому обслуживанию, отсутствие политической воли и воли общества, «принятие» того, что дети бедняков умирают. «Дети составляют 28% населения Земли. Но это 100% нашего будущего. И мы должны бороться за их здоровье, за их жизни», - подвел итог Ч. Ван-Чан.

После пленарного заседания состоялась торжественная церемония открытия Конгресса. А.А. Баранов поприветствовал «элиту педиатрической науки и практики», поблагодарил лидеров международного здравоохранения за то, что почтили Форум своим присутствием, и предложил всем познакомиться с итогами работы Союза педиа-

тров России в 2010 г. Был показан документальный фильм, который рассказал о самых важных событиях, состоявшихся в педиатрическом сообществе: XIV Конгресс педиатров России, конференции в Москве и регионах, международные конгрессы, форумы, мастерклассы, в которых принимали участие отечественные специалисты. Участникам Конгресса были озвучены приветствия Президента России Д.А. МЕДВЕДЕВА, министра здравоохранения и социального развития России Т.А. ГОЛИКО-ВОЙ. Председатель Совета Федерации С.М. МИРОНОВ в своем обращении назвал укрепление здоровья детей - «первостепенной задачей», а Конгресс - «значимым событием научной и общественной жизни страны». Мэр города Москвы С.С. СОБЯ-НИН обозначил главную цель Конгресса - «сохранить традиции и внедрить новые технологии», и выразил надежду, что Конгресс послужит «стимулом к развитию науки и профессионального здравоохранения». Председатель Государственной Думы Б.В. ГРЫЗЛОВ отметил: «Дети России - это будущее России, и это будущее в ваших руках,» - и поблагодарил участников Конгресса за их благородный труд. Перед педиатрами выступил руководитель российского офиса Всемирной организации здравоохранения доктор Луиджи МИ-ЛЬОРИНИ. Он тоже говорил о Декларации тысячелетия ООН, подчеркнув, что именно педиатры каждодневным трудом приближают осуществление принятых организацией целей. После этого состоялось торжественное вручение благодарностей от Комитета Государственной Думы по охране здоровья за плодотворную работу на благо подрастающего поколения. Лучшие из лучших не раз поднимались на сцену для получения грамот и подарков. Особенно чествовали победителей конкурсов, проводимых Союзом педиатров России,-«Детский врач 2010 года» и «Детская медицинская сестра 2010 года».

Закончился первый день Конгресса праздничным концертом. Все артисты, выходящие на сцену, с особой

XV Конгресс педиатров России

теплотой и благодарностью обращались к педиатрам, благодарили их за самоотверженный труд, профессионализм, добрые руки, сердца и дарили свое творчество.

Далее участников Конгресса ждало 3 дня напряженной работы. Научная программа включала пленарные, секционные заседания, мастер-классы и школы повышения квалификации. На Конгрессе обсуждались самые актуальные темы: профилактическая и клиническая педиатрия, лекарственное и кадровое обеспечение педиатрической службы, снижение предотвратимой смертности детского населения в РФ. Были затронуты такие насущные проблемы, как основные результаты реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в педиатрии, роль педиатров в реализации федеральной программы «Здоровый образ жизни», медикосоциальные проблемы в педиатрии и проблемы детской инвалидности. Поднимались вопросы вакцинопрофилактики в России, неотложной детской хирургии и травматологии, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, этико-правовые вопросы, редкие болезни и стандарты в педиатрии. Особое внимание было уделено поддержке молодых ученых, для них традиционно был проведен конкурс. Участники приняли участие в постерной сессии, авторы лучших работ выступили с устным докладом.

Во время проведения Конгресса работали ставшие уже регулярными школы для врачей разных специальностей с выдачей сертификатов государственного (российского и международного) образца Европейского аккредитационного совета по непрерывному послевузовскому профессиональному образованию. Были организованы школы детского аллерголога-иммунолога, детского ревматолога, детского хирурга, школы по актуальным вопросам питания здорового и больного ребенка, по детской неврологии, генетике и редким болезням, по детской

гастроэнтерологии и гепатологии, школа специалиста по медицинскому обеспечению в образовательных учреждениях, школа педиатра «Общественное здоровье и здравоохранение». Все желающие могли поучаствовать в мастер-классе по детской хирургической эндоскопии, колопроктологии и детской анестезиологии-реаниматологии, который включал лекционный курс, проведение практических занятий по современным подходам к лечению хирургических болезней детского возраста, показательное проведение лапароскопических, в том числе однопортовых, а также открытых оперативных вмешательств, внутрипросветных эндоскопических исследований и обеспечение анестезиологического пособия.

Впервые в рамках Конгресса и в рамках Школы повышения квалификации детских медицинских сестер прошел Форум детских медицинских сестер, где для них были организованы мастер-классы, посвященные не только медицинским проблемам, но и этическим: как общаться с родителями, как правильно информировать о состоянии ребенка и т.д.

Обширную научную программу Конгресса украсила 18-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2011», где были представлены свыше 100 ве-

дущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Основные разделы выставки: лекарственные средства; медицинское оборудование; лабораторное оборудование и приборы; медицинские инструменты; медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов; витамины и гомеопатические средства; детское питание; средства по уходу за детьми; средства гигиены для женщин; специализированные издания и литература.

Всего XV Конгресс педиатров России объединил 4500 специалистов из разных стран ближнего и дальнего зарубежья. Участие в нем выдающихся ученых и врачей обеспечило пленарным и секционным заседаниям, а также многочисленным мастер-классам высокий уровень рассмотрения актуальных теоретических и прикладных проблем науки о здоровье ребенка. Конгресс приобщил педиатров к мировым достижениям, которые пригодятся им в практической работе, что послужит залогом более эффективной реализации национальных проектов «Здоровье» и «Демография», развития профилактики, высокотехнологичной диагностики, лечения и реабилитации детских болезней.

Подготовила А. Зименкова



Участники Конгресса педиатров



XV Конгресс педиатров России



Награды лучшим медикам страны

Во время церемонии открытия XV Конгресса педиатров России 14 февраля 2011 г. состоялось подведение итогов и награждение победителей конкурсов Союза педиатров России «Детский врач 2010 года» и «Детская медицинская сестра 2010 года».

Результаты конкурса Союза педиатров России «Детский врач 2010 года»

В номинации «Участковый педиатр года» победителем стала Ольга Алексеевна Куковская (рабочий поселок Маркова, Иркутская область). За 25 лет работы, которые она провела на своем участке, не зарегистрировано ни одного случая младенческой смертности. Кроме того, при ней значительно повысился процент грудного вскармливания детей до 1 года, а также процент охвата детей пропрививками, филактическими снизалось количество детей III группы здоровья.

Лауреатом премии конкурса в номинации «Педиатр скоропомощной службы» стала Светлана Александровна Дузь, врач-педиатр станции скорой медицинской помощи (г. Ульяновск). Ее исключи-

тельный опыт и профессиональная интуиция позволяют безошибочно и четко определять объем мероприятий на догоспитальном этапе, что способствует максимально благоприятному исходу заболевания. В номинации «Организатор здравоохранения года» победителем признана Наталья Петровна Крекова, заместитель главного врача по педиатрической службе городской клинической больницы № 2 (г. Кемерово). Она стала инициатором создания специализированной помощи в детской поликлинике. При ее непосредственном участии открыты и оборудованы центр помощи детям с эпилепсией, кардиологический центр, кабинет аллерголога-иммунолога, дневной стационар. В настоящее время она является постоянным консультантом тяжелых больных в доме ребенка и Областном ожоговом отделении. В целом за последние 10 лет ее работы почти в 2 раза снизился показатель младенческой смертности в области. Лауреатом премии в номинации «Педиатр-наставник года» стала Светлана Евгеньевна Лебедькова, профессор кафедры педиатрии факультета последипломного образования Государственной медицинской академии (г. Оренбург). Она является создателем медикогенетической службы Оренбургской области и автором 17 методов диагностики критериев риска развития кардио-ревматологических болезней детского возраста. Под руководством профессора Лебедьковой защищены 20 кандидатских и 3 докторские диссертации.

Премия в номинации «Педиатрноватор года» была вручена Василе Карамовне Нуриахметовой, заведующей педиатрическим отделением городской больницы (г. Саянск). Пройдя путь от врачаординатора до заведующей педиатрическим отделением, Васила Карамовна внесла большой вклад в практику детского здравоохранения города и региона. Благодаря ее личной инициативе и настойчивости в отделении выделены социальные койки, своевременно и комплексно решаются вопросы реабилитации беспризорных и безнадзорных детей города и региона, их устройство в дома ребенка, социальные приюты и семьи. Победителем конкурса в номинации «Врач. Ученый. Педагог» была признана Валентина Николаевна Муравьева, профессор, ректор Ставропольской государственной медицинской академии. На ее счету более 120 научных публикаций, из них 6 монографий, под ее руководством защищены 6 кандидатских и одна докторская диссертации. Премии в номинации

Медицинский форум

XV Конгресс педиатров России

«Педиатр-специалист года» были вручены сразу четырем врачам из Иркутской и Самарской областей, а также республик Башкортостан и Бурятия:

- Файруза Мунаваровна Латыпова, врач-неонатолог отделения хирургии новорожденных и детей раннего возраста республиканской детской больницы Республики Башкортостан, г. Уфа. При ее непосредственном участии создана индивидуальная программа реабилитации новорожденных детей, разработаны памятки для родителей по уходу за тяжелобольными детьми.
- Лилия Ильинична Мазур, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии Самарского государственного медицинского университета, детский онколог. Результатом ее активной работы в области детской онкологии является снижение за последние 5 лет смертности детей от онкогематологических заболеваний на 40%.
- Пак Ки О, врач-невролог неврологического отделения Областной детской больницы, г. Иркутск. За последние 10 лет внедрил более 10 методов лечения заболеваний нервной системы у детей, в том числе щадящую методику лечения невропатий лицевого нерва (с эффективностью до 100% выздоровлений).
- Сэсэгма Октябрьевна Содномова, врач кабинета иммунопрофилактики городской поликлиники № 3, г. Улан-Удэ. Благодаря ее активной работе за последние 3 года на территории поликлиники № 3 не отмечалось случаев коклюша, дифтерии, паротита, кори.

Наконец, лауреатами премии в номинации «За верность профессии» стали Мария Васильевна Ханды, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней медицинского института Северо-восточного федерального университета (г. Якутск), и Татьяна Никитична Николаева, профессор, заведующая кафедрой факультетской пе-

диатрии с пропедевтикой детских болезней Ярославской государственной медицинской академии. Мария Васильевна Ханды имеет врачебный стаж 50 лет, является первым в Якутии доктором наук, профессором по специальности «Педиатрия». Она также стала одной из основоположников детской ревматологической службы в Республике Саха. По ее инициативе созданы ревмокабинеты в детских поликлиниках, внедрены новые методы диагностики и лечения ревматизма у детей.

Врачебный стаж Татьяны Никитичны Николаевой составляет 48 лет, и еще в 60-е голы она организовала первичное выявление и диспансеризацию детей с врожденными пороками сердца и другой кардиологической патологией в г. Ярославле. Татьяна Никитична воспитала школу ярославских детских кардиологов. Является высококвалифицированным преподавателем курсов пропедевтической и клинической педиатрии. Имеет более 140 научных работ, в том числе 6 монографий, 3 научных сборника и 20 учебнометодических изданий

Результаты конкурса Союза педиатров России «Детская медицинская сестра 2010 года»

Лауреатом премии в номинации «Палатная медицинская сестра» стала Екатерина Викторовна Воробец, палатная медсестра отпеления онкологии детской городской больницы № 1, г. Санкт-Петербург. Владея всеми новыми медицинскими технологиями и необходимыми манипуляциями в совершенстве, она является преподавателем производственной практики учащихся средних медицинских учебных заведений по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

В номинации «Операционная медицинская сестра» победителем конкурса стала Татьяна Юрьевна Бородина, операционная медсестра Областной детской клинической

больницы, г. Иркутск. Она принимает непосредственное участие в ортопедических и травматологических операциях, в сложнейших операциях на головном и спинном мозге, операциях по реконструкции дефектов черепа. Непосредственно Татьяной Юрьевной были разработаны и внедрены в практику ряд инноваций с целью оптимизации деятельности операционных медицинских сестер.

Победителем конкурса в номинации «Медицинская сестра образовательного учреждения» стала Елена Анатольевна Ломакова, медсестра детского сада № 824, г. Москва. Огромный опыт в работе с детьми и ведении медицинской документации позволяет ей проводить консультации для медицинских сестер детских садов своего района.

Премия в номинации «Старшая медицинская сестра» была вручена Динаре Хуснулловне Сабитовой, старшей медицинской сестре детской поликлиники № 7, г. Казань. Она является одним из самых авторитетных наставников молодежи, членом ассоциации медицинских сестер Республики Татарстан. В 2007 году без отрыва от производства с отличием окончила Казанский медицинский колледж по специальности «Организатор сестринского дела».

Наконец, лауреатом премии в номинации «За верность профессии» стала Татьяна Анатольевна Сипягина, старшая медицинская сестра педиатрического ЛОР-отделения Областной клинической больницы, г. Иваново. Ее общий медицинский стаж в педиатрии составляет 35 лет. Татьяну Анатольевну отличают доброта, любовь к детям, целеустремленность и отличные организаторские способности. Она проводит регулярные конференции с медсестрами и младшим медперсоналом, является председателем комиссии процедурных медсестер, в рамках которой непосредственно разрабатывает методические рекомендации для процедурных сестер, проводит активную воспитательную работу.



Проблема атопического марша

13 февраля 2011 года в рамках XV Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» состоялась лекция профессора Жана Буске (Университет Монпелье, Франция), международного специалиста в области аллергологии и бронхиальной астмы, в течение многих лет являвшегося одним из ведущих экспертов GINA и ARIA, «Атопический марш. Современные представления и тактика клинициста».

екция профессора Буске была посвящена механизмам формирования аллергии у детей. Профессор рассказал об иммунологических основах атопического марша и социально-экономических, экологических, психологических факторах окружающей среды, влияющих на развитие заболевания.

В сентябре 2010 г. была опубликована статья, посвященная крупному исследованию генов астмы. В ней шла речь о том, что астма является генетически гетерогенным заболеванием - то есть существует целый ряд генов, аллели которых связаны с повышенным риском возникновения астмы во всех возрастных группах. Кроме того, были обнаружены гены, которые отвечают за развитие астмы уже в раннем детском возрасте. И наконец, последнее открытие стало совершенно неожиданным. Общепринято считать, что астма ассоциируется с аллергией, однако результаты исследования показали, что наличие астмы не всегда коррелирует с общим уровнем иммуноглобулина Е. При этом у пациентов с тяжелой степенью астмы уровень иммуноглобулина Е всегда

В 1980 г. были опубликованы результаты исследования профес-

сора D.H. Катг, который указывал, что после рождения ребенка уровень иммуноглобулина Е повышается, а затем снижается. Об этой гипотезе известно не так много, так же как и о процессах антителообразования, происходящих на внутриутробной стадии развития человека. Существует множество факторов, влияющих на этот процесс. В любом случае необходимы стратегии первичной профилактики, направленные на избежание контакта с аллергенами.

Затем профессор рассказал о влиянии окружающей среды на развитие аллергии. В России, заметил Ж. Буске, существует очень серьезная проблема, связанная с табакокурением - одним из ведущих факторов риска развития астмы и обструктивной болезни легких. Есть и другие факторы риска, например ожирение. Имеющиеся у ученых данные убедительно доказывают, что ожирение имеет четкую связь с ухудшением функции легких, а также может влиять на чувствительность пациентов к некоторым препаратам. Совсем недавно были опубликованы данные национальной статистики здравоохранения США. В них отмечалось, что число новых случаев заболевания астмой растет. Заболеваемость астмой среди белых американцев составляет 7,8%; среди афроамериканцев -11,1%; среди латиноамериканской части населения - 16,6%. Таким образом, статистика распространенности астмы среди разных социально-этнических групп населения существенно различается. Смертность от астмы среди афроамериканцев составляет 1,8% по сравнению с 0,79% среди белых американцев. Также есть данные статистики обращений за неотложной помощью: 3,32% среди белых американцев по сравнению с 0,73% среди афроамериканцев.

Особенности аллергического (атопического) марша также отличаются в разных странах. Так, например, по данным Британского медицинского института, в Великобритании у аллергических больных наблюдается следующая последовательность формирования симптомов: сначала экзема, потом астма, затем аллергический ринит. В США, по данным Национальных институтов здравоохранения, последовательность другая: экзема, аллергический ринит, астма.

Одна из классификаций астмы основана на особенностях бронхиальной обструкции. У детей различают, например, разные типы свистящего дыхания: сви-

стящее дыхание у детей до трех лет; свистящее дыхание, не связанное с повышением уровня иммуноглобулина Е (IgE); свистящее дыхание, связанное с повышением IgE.

В Германии проводилось исследование, в котором наблюдались дети до 13-летнего возраста. У некоторых детей свистящее дыхание наблюдалось в раннем возрасте, но со временем симптомы исчезали. У пациентов с атопической астмой свистящее дыхание сохранялось на протяжении всего периода исследования, то есть до 13 лет. Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что если у ребенка в дошкольном возрасте наблюдается свистящее дыхание и легкая степень аллергии, то позднее у него будет установлен диагноз «астма». В дальнейшем была сделана попытка классифицировать виды свистящего дыхания у пациентов до 5 лет. В настоящее время у детей этого возраста выделены два фенотипа свистящего дыхания: транзиторный (эпизодические случаи свистящего дыхания) и персистирующий, симптомы в последнем случае могут запускаться многими триггерами. Этой проблеме было посвящено специальное исследование, в рамках которого было обследовано 132 шестилетних пациента со свистящим дыханием, которые наблюдались в течение 1 года. У 54% из них на протяжении исследования наблюдалось изменение фенотипа свистящего дыхания. Эти данные о вариабельности клинической картины и ее динамики объясняют, почему так трудно диагностировать астму у больных этой возрастной группы.

Эпизоды свистящего дыхания на фоне вирусной инфекции не всегда однозначно являются случаями заболевания астмой, но если персистирующее свистящее дыхание наблюдается у атопического пациента, наличие астмы можно предположить с большой долей уверенности.

Следующим серьезным аспектом проблемы является прогноз заболевания. Профессор рассказал о двух длительных исследованиях, проведенных в Австралии и Новой Зеландии, в которых пациенты находились под наблюдением с 7 до 42 лет. Больные с тяжелой бронхиальной астмой, диагностированной в 7-летнем возрасте, во взрослом возрасте страдали персистирующей формой заболевания с частыми приступами. У пациентов с более легкой степенью астмы в детском возрасте эпизоды свистящего дыхания во взрослом возрасте возникали намного реже. Таким образом, если в детском возрасте наблюдается астма легкой степени тяжести, можно предположить, что с возрастом тяжелая степень заболевания не разовьется. Одстирующее свистящее дыхание и снижение функции легких, к 26 годам также имели сниженную функцию легких. Таким образом, если у ребенка уже в возрасте 8 лет наблюдается снижение функции легких, рассчитывать на значительное улучшение течения заболевания во взрослом возрасте вряд ли возможно.

Затем профессор Ж. Буске перешел к обсуждению проблемы взаимосвязи аллергического ринита и бронхиальной астмы, заболеваний, часто существующих у пациента одновременно. Европейским респираторным обществом было проведено 8-летнее исследование, в котором участвовали пациенты в возрасте от 5 до 13 лет. В исследовании у детей с аллергическим ринитом наблюдалась высокая частота развития астмы в возрасте



нако на прогноз заболевания во многом влияет состояние окружающей среды, поэтому с точностью предсказать исход невозможно.

В другом исследовании пациенты находились под наблюдением с 8-летнего возраста до 26 лет. Больные, у которых в 8-летнем возрасте наблюдалось персинем возрасте наблюдалось перси-

13 лет, т.е. через 8 лет после начала исследования.

На сегодняшний день точное число и точные характеристики фенотипов астмы, механизмы, лежащие в основе каждого из них, а также взаимодействие между фенотипами заболевания до конца не изучены, констатировал Жан Буске.

Профессор Жан Буске

Говоря о собственном опыте, профессор отметил, что при диагностике астмы и определении прогноза он использует четкий алгоритм: если у пациента с атопией появляется первый эпизод свистящего дыхания, следует сразу подозревать астму. Второй эпизод свистящего дыхания на фоне вирусной инфекции без ринита и аллергии также может быть проявлением астмы. Если у пациента зарегистрирована тяжелая степень астмы в возрасте 7-8 лет, высока вероятность того, что состояние больного будет только ухудшаться. Астма легкой степени может регрессировать.

Профессор Ж. Буске высказал также мнение о том, что определение фенотипов аллергических заболеваний следует пересмотреть. Прежде всего, необходимо определить область пересечения различных фенотипов, а также выделить биомаркеры, с помощью которых можно будет диагностировать астму. «Важно разобраться во всех сложностях молекулярного механизма развития астмы», - заметил он. Существует два подхода к определению прогноза заболевания: статистический и комплексный. В одном из исследований, где применялись оба эти метода, было проведено сравнение нескольких кластеров симптомов. Интерес и практическая польза этого исследования заключаются в том, что полученные данные помогают прогнозировать вероятность госпитализации больных, исходя из различной симптоматики.

Отдельное внимание профессор уделил социально-экономическим факторам, влияющим на развитие аллергии. Табакокурение, загрязнение окружающей среды, неправильное питание, инфекции, физические нагрузки способствуют возникновению аллергических заболеваний. Подобные факторы с течением времени приводят к изменению экспрессии генов, что индуцирует развитие местного или системного воспаления с последующим ремоделированием тканей. Результатом является клиническая манифестация хронического заболевания с различными сопутствующими состояниями разной степени тяжести, которые могут персистировать или находиться в стадии ремиссии.

Если пациент живет в условиях воздействия многочисленных факторов риска, вероятность развития аллергии намного выше. Безусловно, возраст усугубляет негативное влияние других факторов риска.

Изучением воздействия факторов риска на организм занима-

ется системная биология. Эта наука позволяет рассмотреть разные аспекты проблемы: роль социально-экономических, экологических факторов риска, образа жизни пациента. Необходимо также учитывать генетические механизмы развития астмы и клинические проявления заболевания.

В Западной Европе наблюдается увеличение частоты атопических заболеваний, обусловленных повышенным уровнем иммуноглобулина Е. Подобная тенденция с 1990-х годов наблюдается и в Восточной Европе. Каким образом изменение окружающей среды индуцирует рост эпидемии этих заболеваний? Изучению этого вопроса посвящено исследование, которое проводится в настоящее время, с участием 4000 детей, наблюдаемых с момента рождения. Предполагается, что оно позволит определить новые фенотипы бронхиальной астмы.

Следующая часть выступления была посвящена вопросам профилактики аллергии. Существует первичная, вторичная и третичная профилактика. Первичной профилактикой является грудное вскармливание ребенка, вторичная представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение развития аллерги-



ческого ринита и астмы у пациентов с атопией, третичная – устранение аллергенов, например клещей домашней пыли, у пациентов, страдающих астмой.

Недостаток всех программ профилактики, по мнению Ж. Буске, заключается в одностороннем подходе к проблеме. Результаты одного из исследований показали, что полное устранение аллергенов не исключает развития аллергии и астмы. Это говорит о том, что необходимо учитывать многие факторы.

В конце своего выступления Ж. Буске затронул конкретные вопросы лечения и профилактики аллергических заболеваний. Общепринятым средством лечения бронхиальной астмы являются ингаляционные глюкокортикостероиды, альтернативой им в случаях легкой астмы являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов. При профилактике астмы,

вызванной физической нагрузкой, – частой форме заболевания у детей, эти препараты (монтелукаст) также обеспечивают стабильный клинический эффект.

Отдельное внимание профессор Буске уделил бета-2-агонистам длительного действия, поскольку на сегодняшний день, с учетом их профиля безопасности, в соответствии с требованиями FDA эти препараты должны применяться только в комбинациях с ингаляционными кортикостероидами (ИГКС), а детям до 5 лет их назначать не рекомендуется. Начинать лечение следует с низ-

Начинать лечение следует с низких доз ИГКС или антагонистов лейкотриеновых рецепторов. Если применение ИГКС не позволяет полностью контролировать заболевание, необходимо удвоить дозу препарата. Другой вариант повышения ступени терапии – комбинированная терапия ингаляционными кортико-

стероидами и антагонистами лей-котриеновых рецепторов.

Эффективность антилейкотриеновых препаратов у детей, наряду с благоприятным профилем безопасности, доказана. Во многих странах он разрешен к применению у детей начиная с 6-месячного возраста. (В России препарат разрешен к применению с 2 лет. – Прим. ред.)

В качестве средства скорой помощи («по потребности») в лечении бронхиальной астмы применяются бета-2-агонисты короткого действия.

В заключение профессор Буске отметил, что механизмы развития астмы очень сложны и до сих пор до конца не изучены. Однако современные возможности терапии позволяют контролировать заболевание у большинства пациентов.

Подготовила Наталья Прокопович

Применение антибиотиков в России

Интерактивный семинар «Проблемы резистентности в педиатрии» провел директор НИИ антимикробной химиотерапии ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации профессор Р.С. Козлов.

В своем докладе Р.С. Козлов рассказал о такой масштабной проблеме, как бесконтрольное применение антибиотиков в России.

В арсенале врачей есть очень хорошие антибиотики с точки зрения безопасности, эффективно-

сти и отсутствия резистентности к ним. Р.С Козлов глубоко уверен, что самой большой проблемой в настоящее время является не выбор конкретного антибиотика, а недостаток знаний и многочисленные заблуждения в отношении антимикробных препаратов.

Антимикробные препараты чрезвычайно эффективны и безопасны, но при условии их грамотного применения.

Профессор Козлов обратил внимание на то, что в нашей стране, в отличие от многих других цивилизованных стран мира, несмо-

тря на официально существующий запрет Минздравсоцразвития России, антибиотики отпускаются в аптеке без рецепта.

Было проведено исследование в разных регионах России, которым было охвачено 1367 аптек. Интервьюеры проводили опрос под видом пациентов, описывающих симптомы того или иного заболевания, с целью узнать, что порекомендуют им фармацевты и провизоры. К сожалению, каждый второй из них советовал приобрести потенциальному пациенту антибиотики. Между тем очевидно, что назначение антимикробных препаратов является эксклюзивной прерогативой врача. В то же время существуют данные другого исследования, согласно которым 80% пациентов черпают информацию об инфекциях и антибиотиках именно у врачей.

Как отметил профессор Р.С. Козлов, врачи тратят 10–12% своего рабочего времени, объясняя пациентам, что назначение антибиотиков является прерогативой специалистов.

В последнее время в мире наблюдается глобальный рост заболеваемости и смертности от внебольничных инфекций. Наиболее рас-

пространенными являются инфекции дыхательных путей. По статистике, количество случаев потери трудоспособности или летальных исходов вследствие инфекций дыхательных путей увеличилось на протяжении последних лет на 40%.

Основными возбудителями инфекций дыхательных путей попрежнему остаются пневмококки, второе место прочно занимает гемофильная палочка.

При лечении внебольничных инфекций дыхательных путей успех применения того или иного антибиотика зависит от врача. Принципиально важными являются: природная активность препарата, низкий уровень приобретенной резистентности микроорганизмов к антибиотику, его клинически доказанная эффективность и безопасность. При назначении антибиотиков у детей на первом месте должны стоять безопасность их применения с точки зрения доказательной медицины. Существует три класса антибактериальных препаратов для лечения инфекций дыхательных путей: бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины), макролиды и респираторные фторхинолоны. В педиатрической практике применяются только два класса: беталактамы (пенициллины, цефалоспорины) и макролиды, так как в эксперименте на молодых животных было показано, что фторхинолоны отрицательно влияют на развитие хрящевой ткани. То, что респираторные фторхинолоны не разрешены к использованию у детей, не является фактором, ограничивающим эффективность антибиотикотерапии, поскольку современные бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины) и макролиды создают достаточную базу для успешного лечения инфекций дыхательных путей.

Реальной проблемой лечения инфекций является приобретенная резистентность микроорганизмов к антибиотикам, поэтому врачи должны обращать на это особое внимание.

Исследование антимикробной резистентности ПеГАС, которое проводится уже более 10 лет, показало, что устойчивость к антибиотикам в России растет не такими угрожающими темпами, как во многих странах. Этому есть объяснение: в России современные антибиотики применяются сравнительно ограниченно, и, как следствие, общий уровень резистентности к ним ниже, чем во многих странах. Например, самая высокая резистентность пневмококков наблюдается во Франции, Испании, Венгрии, Италии. В этих странах антибиотики используются чрезвычайно широко. Однако проблема приобретенной резистентности актуальна и для России.

Например, если из общего количества пациентов выделить детей, то у них устойчивость выше, чем у взрослых.

Далее Р.С. Козлов рассмотрел аспекты лечения инфекций, вызванных гемофильной палочкой (в частности, средние отиты и риносинуситы). В настоящее время заканчивается одно из сравнительно небольших (190 пациентов) исследований этиологии острых риносинуситов в органи-



зованных коллективах. Результаты свидетельствуют, что возбудителем номер один острого риносинусита является гемофильная палочка, на втором месте стоят пневмококки. Докладчик подчеркнул, что основной проблемой является устойчивость гемофильной палочки к пенициллинам. Он отметил, что резистентность гемофильных палочек к цефалоспоринам III поколения (в частности, к цефтибутену) не встречается. Что касается макролидов, лишь два препарата этой группы обладают клинически значимой активностью в отношении гемофильной палочки: азитромицин и кларитромицин. Остальные макролиды ею не обладают, несмотря на заявленные в инструкциях к препаратам свойства. Феноменально высокий уровень устойчивости гемофильной палочки к тетрациклину связан, по-видимому, с широким использованием неудачной комбинации олеандомицина и тетрациклина (олететрина).

Далее Р.С. Козлов рассмотрел особенности лечения тонзиллита и фарингита у детей.

Существует принципиальное отличие в этиологии тонзиллита и фарингита у детей и взрослых. У детей примерно 40% этих заболеваний вызывается бактериями. Именно с ними связаны тяжелые иммунологически опосредованные осложнения, острая ревматическая лихорадка, острый гломерулонефрит. У взрослых основное количество тонзиллитов и фарингитов вызываются вирусами, поэтому их лечение не требует антибактериальной терапии.

Докладчик коснулся также проблемы резистентности возбудителей инфекций мочевых путей. Несмотря на некоторые изменения этиологической структуры инфекций в последнее время, основным возбудителем остается кишечная палочка. Аминопенициллины полностью потеряли активность в отношении кишечной палочки; хорошо зарекомендовали себя цефалоспорины (в част-



тив- *Профессор* по- *Р.С. Козлов*

ности, цефалоспорин III поколения цефтибутен), устойчивость к которому находится на очень низком уровне в течение многих лет. Еще одной проблемой для России является присутствие на рынке огромного количества генериков малоизвестных производителей («псевдогенериков»), использование которых может приводить не только к неэффективности терапии, но и к ухудшению течения заболеваний.

Врачам следует проявлять чрезвычайную бдительность при назначении антибиотиков, заметил Р.С. Козлов. Необходимо помнить, что генерики – это препараты, которые должны быть не только биоэквивалентны оригинальным препаратам, но и обладать доказанной терапевтической эквивалентностью.

В ближайшее время в антибактериальной терапии, применяемой в педиатрической практике, ничего сверхнового не появится. Усложнились требования к регистрации препаратов, в том числе в педиатрии.

Докладчик еще раз подчеркнул, что необходимо очень взвешенно относиться к назначению антибиотиков, используя только пре-

параты с доказанной эффективностью в адекватном режиме дозирования. В современной концепции использования антибиотиков наиболее важное место занимает принцип разумной достаточности.

В заключение профессор Р.С. Козлов отметил: «Антибиотики – это уникальная группа лекарственных средств, активность которых потенциально может снижаться со временем. При их использовании важно не просто определять чувствительность микроорганизмов, необходимо, чтобы те или иные классы препаратов сохраняли свою активность в отношении возбудителей. Чем больше в арсенале врачей будет разнообразных антибиотиков с высокой активностью, тем меньше вероятность формирования резистентности микроорганизмов к препаратам, используемым в клинической практике».

На сегодняшний день в России складывается благоприятная ситуация с резистентностью к антибактериальным препаратам, разрешенным к применению в педиатрии.

Подготовила Наталья Прокопович



Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей

Актуальные проблемы педиатрии

15 февраля этого года в рамках XV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» состоялся сателлитный симпозиум «Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей».

рофессор, д.м.н., директор НИИ антимикробной химиотерапии ГОУ ВПО СмГМА Р.С. Козлов выступил с лекцией «Аспекты антибиотикорезистентности у детей в разных регионах России».

В начале выступления докладчик охарактеризовал ситуацию с лекарственными препаратами в России, назвав ее уникальной. 61% от общего числа используемых в клинической практике так называемых лекарственных средств применяются в качестве лекарств только в нашей стране. 27% от общего числа препаратов составляют дженерики. «Мы не против дженериков, если речь идет о тех препаратах, которые доказали свою терапевтическую эквивалентность оригинальным препаратам», - отметил профессор Р.С. Козлов. Примерно 10% применяемых в практике средств оригинальные препараты, на основе которых выпускаются дженерики, это так называемые оригинальные лекарства с общим сроком патентной защиты.

По словам докладчика, появление в педиатрической практике препарата с серьезной доказательной базой - большое достижение. Существует ряд лекарственных средств, которые нельзя использовать в педиатрии, и это абсолютно обоснованно. К таким препаратам относятся, в частности, респираторные фторхинолоны. В некоторых клинических ситуациях (полирезистентные инфекции ЖКТ, инфекции мочевых путей и др.) мы вынуждены использовать хинолоны и ципрофлоксацины, однако в таком случае следует проявлять осторожность. В любом случае предпочтение необходимо отдавать тем препаратам, которые доказали свою эффективность, подчеркнул докладчик.

Когда говорят о проблемах антибиотикорезистентности, речь прежде всего идет об инфекциях дыхательных путей, поскольку именно в этих ситуациях вероятность развития устойчивости к антибиотикам высока вследствие их частого назначения.

В лечении ЛОР-заболеваний педиатры придерживаются более сбалансированной позиции, чем оториноларингологи, лечащие взрослых пациентов. Много говорится о том, что при тонзиллитах, фарингитах у взрослых не требуется назначение антибиотиков. Однако, согласно фармакоэпидемиологическим исследованиям, 90,7% взрослых пациентов их получают. «Поэтому нет ничего удивительного, что

мы встречаемся с антибиотикорезистентностью и в детской, и во взрослой практике, тем более что наше население имеет прямой доступ к антибактериальным препаратам», заметил Р.С. Козлов. Он также подчеркнул необходимость пропаганды медицинских знаний среди населения. Недавно было проведено исследование ВЦИОМ, в котором было опрошено 1500 человек из 138 населенных пунктов 46 областей, краев и республик России. Результаты исследования были опубликованы в газете «Комсомольская правда» от 12 февраля этого года. Людям был задан очень простой вопрос: «Убивают ли антибиотики вирус?» Практически половина опрошенных ответили утвердительно.

Далее профессор обратил внимание аудитории на некоторые эпиособенности демиологические ЛОР-заболеваний в России. По данным всех зарубежных источников, третьим по частоте возбудителем острых риносинуситов, острых и средних отитов является моракселла. В России этот возбудитель встречается редко, главным образом у часто болеющих детей. Основные возбудители - это пневмококки и гемофильная палочка, с чем связана необходимость профилактики гемофильной и пневмококковой инфекций. Что касается приобретенной резистентности к антибиотикам, то в России ситуация относительно сбалансированная, отметил докладчик. В 1999 г. резистентность пневмококков к пенициллину определялась у 10% штаммов, в

Профессор Р.С. Козлов



Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей

2005 г. – у 8%, в 2009 г. – у 10,2%. Хорошо работают цефалоспорины третьего поколения (к примеру, Цефтибутен), но они не всегда активны в отношении штаммов со сниженной чувствительностью к пенициллину. Цефалоспорины третьего поколения эффективны в отношении высокочувствительных к пенициллину штаммов. Резистентность к цефалоспоринам определяется на уровне 4%, что является хорошим показателем.

Профессор Р.С. Козлов обратил внимание слушателей, что значимого роста резистентности к макролидам на сегодняшний день нет, что очень важно для педиатрической практики.

Один из главных вопросов – существуют ли различия в антибиотикорезистентности между разными регионами страны? Спектр использования антибиотиков отличается в разных регионах, но в целом устойчивость к основным антибактериальным препаратам, используемым в педиатрии, находится на сравнительно низком уровне.

Мнение специалистов о резистентности пиогенных стрептококков разделилось: 17% врачей считают, что существуют штаммы пиогенных стрептококков, устойчивых к пенициллину, однако профессор Р.С. Козлов убежден, что эти возбудители не обладают устойчивостью ни к пенициллину, ни к цефалоспоринам третьего поколения.

Таким образом, подытожил докладчик, микробные популяции в нашей стране относительно стабильны. При этом качество антибактериальных препаратов остается одной из центральных проблем, особенно в педиатрии, поскольку использование малоизвестных дженериков может вместо ожидаемого лекарственного эффекта привести к ухудшению течения заболевания.

Завершая свое выступление, профессор Р.С. Козлов подчеркнул, что арсенал средств (включая со-

временные аминопенициллины, современные безопасные пероральные цефалоспорины третьего поколения, современные макролиды), которым располагают сегодня специалисты, позволяет эффективно лечить практически любые инфекции: ЖКТ, мочевых путей, респираторных заболеваний. «Наша с вами задача – использовать эти препараты рационально, чтобы устойчивость к антибиотикам сохранялась на низком уровне», – отметил докладчик.

С докладом «Заболевания ЛОРорганов и их осложнения у детей: риносинуситы – диагностика и терапия» выступила профессор Е.П. Карпова, заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАПО г. Москвы.

В начале выступления профессор Е.П. Карпова напомнила о функциональном единстве дыхательной системы, что необходимо учитывать в клинической практике. Согласно принципам доказательной медицины, при установлении диагноза «риносинусит» обязательно нужно обследовать в том числе и нижние отделы дыхательных путей. Более того, не исключена вероятность развития патологии слуховой трубы. В таких случаях правильнее говорить о патологии риносинусотубарного комплекса.

При лечении риносинуситов очень часто невозможно определить первичный фактор, вызвавший воспаление: это могут быть вирусы, бактерии, аллергены, химический или какой-либо другой фактор. Воспаление нужно рассматривать как процесс, обусловленный воздействием разных причин.

По статистике, риносинусит – очень распространенная во всем мире патология. Хронизация заболевания ежегодно увеличивается на 1,5–2%, и, несмотря на современные возможности фармакотерапии, контролировать си-



Профессор Е.П. Карпова

туацию пока не удается. Риносинусит также нередко осложняется развитием пневмонии, как острой, так и хронической.

Профессор Карпова подчеркнула особую роль фактора аллергии в развитии риносинуситов. Термины «аллергонастроенность», «отягощенный аллергоанамнез» подразумевают наличие персистирующего воспаления. У «аллергонастроенных» детей в четыре раза чаще встречаются риносинуситы и отиты. Причем когда речь идет об аллергическом риносинусите, чаще всего имеются в виду его тяжелые и среднетяжелые формы, поскольку легкие формы составляют всего 4% в структуре заболеваемости.

Некоторое время назад считалось, что воспаление является нормальной защитной реакцией организма. На сегодняшний день взгляды изменились: воспаление свидетельствует о несостоятельности защитных систем организма – иммунологической, вегетативной, антиоксидантной.

Риносинусит – это генетически детерминированное заболевание. В Европе уже проводят диагностику генома у лиц, страдающих хроническим риносинуситом, однако в России пока таких возможностей нет. Тем не менее уже понятно, что перспективы лечения заболевания связаны не с развитием противовоспалительной и антимикробной терапии, а с выявлением и устранением генных дефектов.

Медицинский форум

Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей

Е.П. Карпова обратила внимание слушателей также на то обстоятельство, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь часто коррелирует с риносинуситом, и таких детей необходимо отправлять к гастроэнтерологу.

Профессор Карпова напомнила, что в МКБ-10 дано определение риносинусита как воспаления, которое характеризуется двумя и более симптомами. В документе указаны эндоскопические и КТ-признаки заболевания. По продолжительности выделяют острый и хронический риносинусит; по тяжести течения – легкую, среднетяжелую и тяжелую степени заболевания.

Вопрос о необходимости антибактериальной терапии хронического риносинусита в настоящее время является дискуссионным, сообщила Е.П. Карпова. Последнее исследование, посвященное этой проблеме, проводилось в Великобритании. Были выделены две группы больных с осложненными формами течения риносинусита. В одной группе пациенты получали амоксициллин, в другой – нет. Результаты лечения в группах не отличались.

При остром риносинусите у детей пероральная антибактериальная терапия необходима, утверждает профессор. Антибиотикотерапия назначается при длительности заболевания свыше пяти дней или тяжелом течении. Показано применение топических глюкокортикостероидов с хорошим уровнем доказательности (мометазона фуроат), в особенности в сочетании с топическими деконгестантами и ирригационной терапией.

У взрослых пациентов довольно часто деконгестант используется как симптоматическая терапия, несмотря на его неэффективность. Ирригационная терапия, которая активно применяется в педиатрии, к сожалению, также не эффективна и не рекомендуется во взрослой практике.

При детском хроническом риносинусите пероральная антибакте-



риальная терапия эффективна и доказана.

В лечении взрослых пациентов краткосрочная антибактериальная терапия не эффективна и не рекомендована. При необходимости назначают длительный, продолжительностью 12 недель, курс антибактериальной терапии в сочетании с топическими кортикостероидами. При этом уровень резистентности к назначаемым антибиотикам не должен превышать 20-30%. Другими факторами, которые необходимо учитывать при выборе препарата, являются комплайнс, удобство применения и частота возможных побочных эффектов, в первую очередь диарейного синдрома.

Е.П. Карпова рассказала о существующих в настоящее время стандартах лечения пациентов с риносинуситом.

При легком течении заболевания назначается амоксициллин, при легком и среднетяжелом течении – пенициллины, при среднетяжелом и тяжелом – цефалоспорины третьего поколения, которые имеют хорошую доказательную базу.

Однако наиболее эффективным является сочетание антибактериальных препаратов и глюкокортикостероидов, что доказано

в многочисленных клинических исследованиях. В настоящее время успешно стали применяться топические глюкокортикостероиды. Они должны соответствовать определенным требованиям: эффективность, отсутствие системного воздействия, минимальная частота побочных действий.

Проводились исследования по сравнению эффективности антибактериальной монотерапии и антибактериальной терапии в сочетании с Назонексом[®] (мометазона фуроат). Более быстрое купирование симптомов (в течение 4 часов) наблюдалось у пациентов, получавших Назонекс[®]. Кроме того, исследование подтвердило высокий профиль безопасности препарата.

Исследования эффективности топических глюкокортикостероидов проводились также у детей с риносинуситом и аденоидитом. Как известно, аденоидит – один из немаловажных факторов, способствующих развитию риносинусита.

> Подготовила Наталья Прокопович







МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС MAKMAX/ESCMID

ПО АНТИМИКРОБНОЙ / 18·20 мая / ТЕРАПИИ

Гостиница «Космос», проспект Мира, 150 (ст. м. ВДНХ)



МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

Гостиница «Космос», г. Москва, пр-т Мира, 150 (ст. м. ВДНХ)



Из архива «Врачебной газеты» за 1907–1908 гг.

Вашему вниманию предлагается подборка рефератов одного из самых авторитетных изданий начала XX века -«Врачебной газеты». Надеемся, что опыт прошлых лет будет интересен и современным врачам.



Роль психического фактора при детской астме

. Stegman считает очень важным изучение астмы в детском возрасте, ибо здесь мы присутствуем как бы при зарождении болезни и потому легче можем выяснить ее этиологию. В этом отношении очень ценными являются три наблюдения, подробно описываемые автором.

Приведем наиболее типичный случай. Восьмилетний мальчик, сын нервных родителей, заболел астмой. Врачи признали причиной болезни простуду и предписали самый строгий режим с целью предупреждения новой простуды. Ребенка окружили множеством предупредительных мер, следили за каждым его шагом, выбирали для его прогулок улицы, защищенные от ветра, и т.д., но безрезультатно. Перемена климата также не принесла пользы. Через 3 года после начала болезни ребенок начал лечиться у автора, который решил применить гипноз, чтобы устранить страх перед наступлением нового приступа. С этой же целью он убедил родителей бросить все практиковавшиеся меры предосторожности и совсем не говорить при малыше о его

болезни. Результат получился в высшей степени благоприятный. Припадки прекратились, и ребенок положительно преобразился. Приведя еще два аналогичных случая, автор обращается к литературе по данной проблеме и находит у многих своих коллег указания на большую роль психического момента в этиологии астмы. Многие из них утверждают, что при астме имеется нарушение в «чувстве органов», то есть в тех ощущениях, которые доставляются сознанию легкими. Отсюда расстройство дыхания чисто субъективного характера. При таком понимании этиологии астмы понятно, почему путем воспитания, внушения и гипноза можно воздействовать на лечение этой болезни и даже добиться полного избавления от не-

ANATOMY.

Organs of Sense.

with L

Случай гонококкового отита

7ребенка 14 дней отроду с бленореей глаз появилось обильное истечение беловатого сливкообразного гноя из правого уха. Опухания желез и воспалительных заболеваний носа и глотки не замечалось. Гонококки были найдены при исследовании гноя.

Обычное лечение сухим способом в течение нескольких дней не имело успеха. Когда же автор применил спринцевание 2 раза в день раствором 1:5000 марганцовокислого калия и затем вливание капель 1% протаргола, то получил поразительный эффект - уже через три дня гноетечение прекратилось, и отверстие барабанной перепонки закрылось.





Из архива «Врачебной газеты» за 1907–1908 гг.

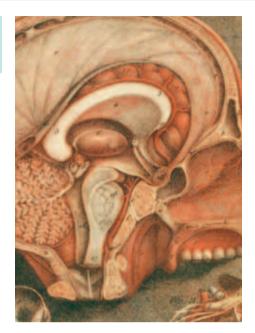
Упорный глоточный кашель и фарингомикоз

Boulai указывает на то обстоятель-ство, что фарингомикоз часто является причиной упорного кашля, которую, с одной стороны, легко выявить, но которая при этом нередко остается нераспознанной. При осмотре зева такого больного нёбо, миндалины, задняя стенка глотки оказываются равномерно покрасневшими. Характерным является присутствие на миндалинах очень многочисленных перламутрово-белых, иногда желтоватых маленьких пятнышек или точек в виде нескольких стебельков, расположенных параллельными рядами в ткани миндалин, на ощупь твердоватых. Достаточно увидеть их один раз, чтобы больше никогда не ошибиться в распознавании.

Течение болезни медленное и проявляется лишь упорным непрекращающимся кашлем, причиной которого служит Leptothrix buccalis, и против него и направляется лечение.

Если поражены одни миндалины, то пораженные участки удаляются, но если захвачена также задняя стенка глотки, приходится производить выскабливание, затем прижигания и смазывания хромовой и трихлоруксусной кислотами, растворами никотина, йодоформа и йодглицерина. К сожалению, иногда бывает трудно дойти до всех пораженных участков, и после непродолжительного периода улучшения все начинается вновь.

Как положительное отмечается то, что заболевание незаразно.



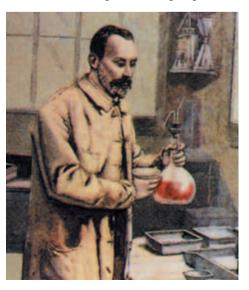
Мнимая глухота

Девочку 9 лет показали специалисту как глухонемую. Она начала говорить, когда ей было около года, но потом перестала и ко времени обращения к врачу произносила лишь отдельные слова, притом сильно коверкая. Девочка была капризна, истерична и невнимательна.

При тщательном обследовании обнаружилось, что слух, хотя и сильно пониженный, у нее имеется. Так что девочка оказалась не глухонемой, а отсталой, так как ее считали неизлечимой и не заботились о ее воспитании. Лечение, состоящее, кроме удаления аденоидных разращений и продувания ушей, еще и в систематических занятиях с ребенком, через несколько месяцев дало большое улучшение слуха и речи. Девочка стала не только произносить названия окружающих предметов, но и связно передавать маленькие рассказы. Это наблюдение показывает, насколько необходимо самое осторожное и внимательное обследование ребенка, прежде чем признать его неизлечимым глухонемым, и несомненно, что в этом отношении делается немало ошибок, особенно когда вопрос решается без участия специалиста.

Фибролизин как вспомогательное лечебное средство болезней носа, горла и уха

В 1892 г. с легкой руки Н. Неbra при волчанке и рубцах разного происхождения начал употребляться тиозинамин. Он является производным горчичного масла и получается при взаимодействии аммиака с алкогольным раствором горчицы. Уже Неbra отметил способность тиозинамина вызывать разрыхление рубцов, и его стали применять при хрониче-



ских заболеваниях суставов, рубцовых изменениях пищевода, тугоухости и т.д. L. Hirschland, применявший в своей практике сначала тиозинамин, а уже позже фибролизин, убедился в эффективности последнего. Помимо впрыскиваний под кожу он давал это средство внутрь и вводил его в среднее ухо через катетер.

Е. Urbantschitsch, используя препарат при лечении своих ушных больных, пришел к выводу, что «фибролизин – средство, при помощи которого можно достигнуть результатов там, где нельзя получить их другим путем», и приветствовал его применение в ушной практике во всех подходящих случаях.

Из побочных явлений, наблюдавшихся при применении фибролизина, было отмечено следующее: на месте введения препарата иногда оставалось в течение нескольких часов чувство жжения, реже в течение примерно двух недель намечался как бы узелок, который всегда сам собой исчезал. Объясняется происхождение этих узлов тем, что часть фибролизина выкристаллизовывается, и кристаллы, как инородное тело, вызывают разращение вокруг себя соединительной ткани.

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН

ТРИПЛАКОМПАНИЙ

ТОЛЬКО НОВИНКИ!

ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ!

ТОЛЬКО У НАС!

Мы выбрали для вас самые популярные книги по пульмонологии и оториноларингологии. Не тратьте время на поиск книг в магазиных своего города, воспользуйтесь нашим предложением или, СКОРО, виртуальным магазином на сайте www.webmed.ru.

Приобрести книгу у нас быстро и просто – позвоните по телефону (495) 234-07-34 доб. 195, 190 или отправьте бланк заказа по факсу: (495) 234-07-34 доб.194 или по электронной почте: medbooks@webmed.ru

ДОСТАВКА

курьером (для Москвы) курьером (для регионов, данная услуга предоставлена EMS-Почта России) почтой (для регионов)

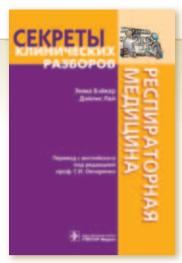
ОПЛАТА

наличными курьеру (для Москвы) наличными курьеру (для регионов) предоплата (оплата квитанции в любом отделении Сбербанка России)

Стоимость доставки рассчитывается индивидуально в зависимости от веса книги и региона.

• Бланк заказа •

Плательщик:	🗌 юридическое лицо	🗌 физическое лицо
Выберите способ оплаты:		
🗌 наличными (для Москвы)	🗌 наличными (для регионов)	🗌 предоплата
ФИО/ Полное название организации		
ФИО и должность руководителя для оформ.	ления договора	
	(заполняется юр. лицами)	
ИНН/КПП (заполняется юр. лицами)		
Почтовый адрес для доставки с индексом_		
Телефон, факс (с кодом города)		
Адрес электронной почты (e-mail)		
Заказ		



Цена 728 руб. (без учета доставки)

Респираторная медицина. Секреты клинических разборов

Бэйкер Э., Лай Д. Перевод с англ. / Под ред. С.И. Овчаренко. ГЭОТАР-Медиа, 2010. 464 с., обложка

В книге наряду с фундаментальными основами респираторной медицины описываются и разбираются случаи из клинической практики, а также даются важные рекомендации по обследованию пациента. Авторы специально выбрали больных с распространенными заболеваниями, с которыми могут столкнуться на практике все врачи, несмотря на специализацию. Охвачены разнообразные клинические проявления респираторных заболеваний.



Цена 812 руб. (без учета доставки)

Диссеминированные заболевания легких

Под ред. М.М. Ильковича. ГЭОТАР-Медиа, 2011. 480 с., переплет

В книге представлены основные заболевания и синдромы, проявляющиеся рентгенологическим синдромом легочной диссеминации. В пульмонологии эта группа заболеваний является наиболее сложной в диагностическом плане: ошибочный диагноз ставится в 80% случаев. Особое внимание в книге уделено альвеолитам и гранулематозам, которые в последние годы все чаще встречаются в работе врача. Наряду с этим в книге нашли отражение поражения легких при диффузных болезнях соединительной ткани, лекарственные и профессиональные заболевания легких, системные васкулиты с поражением органов дыхания, легочные диссеминации опухолевой природы, болезни накопления



Цена 2100 рублей (без учета доставки)

Оториноларингология: Национальное руководство (+ CD)

Под ред. В.Т. Пальчуна. ГЭОТАР-Медиа, 2009. 960 с., переплет

Руководство включает в себя всю основную информацию, необходимую врачу для непрерывного последипломного образования. В отличие от большинства других руководств, в данном руководстве равное внимание уделено профилактике, диагностике, фармакотерапии и немедикаментозным методам лечения. В книге отражены общие и частные вопросы оториноларингологии, рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний ЛОРорганов. В подготовке настоящего издания участвовали ведущие специалисты-оториноларингологи России



Цена 2100 рублей (без учета доставки)

Пульмонология: Национальное руководство (+ CD)

Под ред. А.Г. Чучалина. ГЭОТАР-Медиа, 2009. 960 с., переплет

В книге обсуждаются общие и частные вопросы пульмонологии, даются рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания. В подготовке настоящего издания в качестве авторов-составителей и рецензентов участвовали ведущие сотрудники НИИ пульмонологии ФМБА РФ, ЦНИИ туберкулеза РАМН, Института иммунологии ФМБА РФ, Санкт-Петербургского государственного университета, Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и других медицинских учреждений России. Руководство включает всю основную информацию, необходимую врачу для непрерывного последипломного образования.

Книжный Магазин



А также:

Nº	НАЗВАНИЕ	АВТОРЫ	год издания	издательство	ЦЕНА, РУБ.
1	Воспалительные заболевания гортани и их осложнения: Руководство. 176 с., обложка	Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Муратов Д.Л.	2010	ГЭОТАР-Медиа	532
2	Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. 352 с., обложка	Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И.	2010	ГЭОТАР-Медиа	630
2	Ринит. 424 с., переплет	Лопатин А.С.	2010	Литтерра	728
2	Пульмонология: Клинические рекомендации. 2-е изд., перераб. и доп. 336 с., обложка	Под ред. А.Г. Чучалина	2009	ГЭОТАР-Медиа	490
2	Клиническая патология гортани: Руководство-атлас. 160 с., переплет	Дайхес Н.А.	2009	МИА	896
3	Оториноларингология. Материалы к клиническим лекциям: Руководство. В 5 т. Том 1. 352 с., переплет	Дайхес Н.А.	2010	МИА	756
4	Руководство по аудиологии и слухопротезированию. 240 с., переплет, иллюстрации	Дайхес Н.А.	2009	МИА	756
5	Воспалительные заболевания гортани и их осложнения: Руководство. 176 с., обложка	Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Муратов Д.Л.	2010	ГЭОТАР-Медиа	532



ІХ КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе IX конгресса Российского общества ринологов, который состоится 22-24 июня 2011 года в столице Республики Татарстан Казани.

На конгрессе будут рассмотрены такие важные вопросы, как

- эпидемиология заболеваний носа и околоносовых пазух
- острый риносинусит (диагностика и лечение с позиций доказательной медицины)
- хронический и полипозный риносинусит
- нарушения мукоцилиарной транспортной системы полости носа (возможности диагностики и медикаментозного лечения)
- обонятельные расстройства
- эндоскопическая ринохирургия (базисные принципы и расширенные показания)
- инновационные технологии в ринохирургии и некоторые другие.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Российское общество ринологов 000 «Эндоскан» (Казань), президент конгресса В.Н. Красножен, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Казанской государственной медицинской академии

По уровню научной информации этот конгресс будет одним из самых значимых форумов в нашей специальности. Оргкомитет постарается сделать все, чтобы у вас остались самые лучшие воспоминания об участии в работе IX конгресса ринологов России.

Добро пожаловать в Казань!

Заявки на бронирование гостиницы принимаются до 1 мая 2011 года по электронному адресу endoscan@mi.ru или по факсу +7 (843) 238 14 23, 238 42 94 Дополнительная информация о проведении Конгресса размещена на сайтах: www.rhinology.ru www.rhinocongress2011.ru

PharmaMed*

