

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в педиатрии

№ 1
февраль 2010

Коррекция речевых нарушений
у детей дошкольного возраста

Инфекционные и неинфекционные
диареи у детей

Неотложные состояния
в детской аллергологии

Тема номера:

ТЕРАПИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ



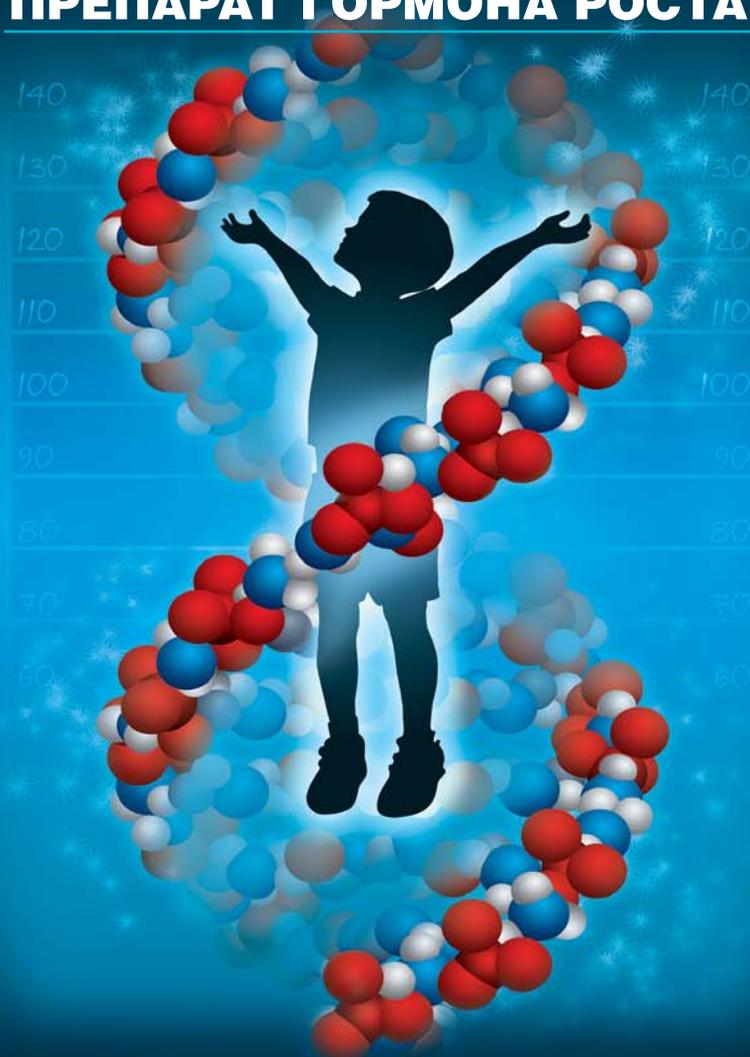
• РОССИЙСКАЯ НАУКА •

• ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬ •

• МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТАНДАРТ КАЧЕСТВА •

соматропин Растан®

ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ
ПРЕПАРАТ ГОРМОНА РОСТА



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

ЗАДЕРЖКА РОСТА У ДЕТЕЙ: • Дефицит гормона роста (25-35 мкг/кг/сут)
• Синдром Шерешевского-Тернера (50 мкг/кг/сут)

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (50 мкг/кг/сут)

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕФИЦИТА ГОРМОНА РОСТА У ВЗРОСЛЫХ

Вас приглашает Всероссийская научно-практическая конференция «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей», которая пройдет параллельно с Международной специализированной выставкой лекарственных препаратов и оборудования для педиатрии и неонатологии.

В работе Конференции примут участие представители федеральных и региональных органов управления здравоохранением, крупных медицинских научно-исследовательских институтов и учебных заведений, общественных организаций, ведущие ученые – педиатры, организаторы детского здравоохранения, практикующие врачи из всех регионов России.

Экспоненты: свыше 50 отечественных
и зарубежных компаний

Посетители: ежегодно – свыше 1000 человек

Основные направления научной программы:

1. Трудный дифференциальный диагноз соматических и инфекционных заболеваний у детей (разборы больных)
2. Острые и хронические болезни органов дыхания
3. Аллергия и инфекция
4. Роль инфекции в развитии онко-гематологических заболеваний
5. Инфекционная патология в детской гастроэнтерологии, кардиологии и нефрологии
6. Внутриутробные инфекции: проблемы диагностики и лечения
7. Неврологические аспекты инфекционной патологии у детей
8. Этиотропная, этиопатогенетическая терапия и профилактика соматических заболеваний, ассоциированных с инфекциями
9. Иммунодефицитные состояния при инфекционной патологии у детей
10. Применение пробиотиков и иммунных препаратов при инфекционной и неинфекционной патологии у детей



Организаторы Конференции:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Департамент здравоохранения г. Москвы, Министерство здравоохранения Московской области, ООО «Биоинтер».

Организатор выставки: ООО «Биоинтер»

Место проведения: г. Москва, Дом Ученых, ул. Пречистенка, д.16

Контактные данные Организационного комитета

Адрес: 123995, Москва, ул. Баррикадная, д.2/1, корп.1,
Кафедра детских инфекционных болезней
Телефон: (495) 949-17-22 Мазанкова Людмила Николаевна
8(917)508-25-65 Чеботарева Татьяна Александровна
e-mail: mazankova@list.ru или t_sheina@mail.ru
ООО «Биоинтер»: тел. (499) 193-55-78, e-mail: dinamism@mail.ru



г. Москва. Дом Ученых.
Ул. Пречистенка, д.16

Миссия журнала. Издание должно способствовать своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России. Журнал призван привлекать внимание социума к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с медико-демографическими факторами (рождаемость, смертность, распространение социально-значимых заболеваний, формирование повсеместной потребности в здоровом образе жизни). Журнал является научно-практическим изданием для образования и повышения квалификации педиатров, неонатологов, детских врачей узких специальностей, организаторов детского здравоохранения, научных сотрудников, преподавателей и студентов медицинских вузов.



СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ

Бесплатное распространение издания по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям, аптечным сетям, дистрибьюторским фирмам, прямая адресная доставка лечащим врачам Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Ростова-на-Дону, Новосибирска с использованием базы данных редакции и технологий call-центров, раздача издания врачам и медицинским специалистам на всех специализированных медицинских мероприятиях.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- Управления здравоохранения регионов России
- Главные педиатры и главные неонатологи 7 федеральных округов
- Главные педиатры и главные неонатологи 78 субъектов РФ
- «Реестр педиатров России»
- ЛПУ (детские отделения)
- Детские клинические больницы
- Центры планирования семьи
- Родильные дома
- Детские поликлиники
- Детские медицинские центры
- Медицинские НИИ
- Коммерческие медицинские центры
- Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)
- В рамках программы «Непрерывное образование врачей» (медицинские вузы, кафедры с курсом педиатрии, кафедры поликлинической педиатрии, курсы повышения квалификации врачей педиатров и неонатологов)

Основные рубрики журнала ЭФ

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Доказательная медицина

Непрерывное образование врачей

Форум

Компании и их продукция

Качественная клиническая практика

Здравоохранение сегодня

Государственная политика, экономика, менеджмент в области детского здравоохранения. В центре внимания данной рубрики издания – комплексный подход к развитию системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи ребенку, повышение качества оказываемой медицинской помощи. Актуальные проблемы педиатрии не исчерпываются описанием состояния здоровья детей и факторами, его формирующими, но выходят на рассмотрение демографических и экономических проблем, влияющих на качество оказания медицинской помощи детям. Поддержка федеральных программ материнства и детства, создание благоприятных условий для увеличения численности населения России, социально-экономические и медицинские проблемы охраны материнства и детства, лекарственная помощь и профилактика.

В рамках этой рубрики будут публиковаться информационные материалы и интервью с политическими деятелями (руководителями Департаментов Минздравсоцразвития, занимающимися развитием медпомощи детям и службы родовспоможения, депутатами Государственной Думы, руководителями управлений Министерства здравоохранения).

- **Федеральные программы** в области материнства и детства, обеспечение здорового образа жизни детей и подростков.
- **Здравоохранение регионов:** социально-экономические ориентиры в области охраны материнства и детства в регионах России.
- **Статистический и медико-эпидемиологический обзор** заболеваемости (по России, регионам) в области педиатрии и неонатологии (по выбранной нозологии).
- **Маркетинговый обзор применения лекарственных средств** в педиатрии и неонатологии (по группам и производителям), статистика производства и потребления.
- **Профилактика и качество жизни** ребенка.
- **Медицинское страхование** в данной сфере.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА:

(мнения, экспертные оценки, практические рекомендации опинион-лидеров для педиатров и неонатологов)

- Вирусные инфекции в педиатрии
- Вакцинопрофилактика
- Фитовитаминотерапия в педиатрии
- Профилактическая педиатрия
- Клиническая педиатрия
- Выхаживание недоношенных детей
- Организация амбулаторно-поликлинической помощи подросткам
- Детская эндокринология
- Детская гастроэнтерология
- Артериальная гипертензия у детей и подростков
- Клиническая нутрициология
- Хирургические болезни детского возраста
- Детская нефрология
- Психологические аспекты педиатрии
- Детская уроандрология
- Детская гинекология
- Экопатология детского возраста
- Пульмонология детского возраста
- Профилактика, ранняя диагностика и лечение врожденных и наследственных болезней у детей



Редакция журнала

руководитель проекта **А. Синичкин**
(e-mail: sinmed@mail.ru)

шеф-редактор **Е. Стойнова**
(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающие редакторы **В. Павлова,**
В. Маркова

ответственный секретарь **О. Разговорова**

корректор **Г. Альперина**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**
(e-mail: podpiska@webmed.ru)

менеджер по рекламе **Е. Комиссарова**

Редакционный совет

Володин Н.Н. — главный редактор

Байбарина Е.Н.

Блохин Б.М.

Буслаева Г.Н.

Гребенников В.А.

Дегтярев Д.Н.

Дегтярева М.В.

Дегтярева М.Г.

Делягин В.М.

Ефимов М.С.

Коганов Б.С.

Медведев М.И.

Мухина Ю.Г.

Петеркова В.А.

Ревакина В.А.

Рогаткин С.О.

Румянцев А.Г.

Румянцев С.А.

Рюмина И.И.

Чернов В.М.

Шабалов Н.П.

Контактная информация

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д.1, стр. 3, оф. 3515
Тел. (495) 234-07-34
www.webmed.ru

Тираж 20000 экз.

Перепечатка материалов разрешается

только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в педиатрии

№ 1 февраль 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: терапия бронхолегочной дисплазии у новорожденных

Д.Ю. Овсянников

Ингаляционная терапия у новорожденных детей **6**

острые состояния аллергических заболеваний

В.А. Ревакина

Неотложные состояния в детской аллергологии **10**

терапия вирусных гепатитов

**Л.Б. Кистенева, В.В. Малиновская, О.В. Паршина, Т.С. Гусева,
В.С. Сускова, В.И. Емец, С.Г. Чешик, Н.А. Малышев**

Разработка системы лечебно-профилактических мер по предупреждению перинатального инфицирования HCV-инфекцией **16**

инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта

И.Н. Захарова, Е.Н. Андрияшина, Ю.А. Дмитриева

Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения инфекционных и неинфекционных диарей у детей **20**

фармакотерапия в коррекции логопатологии

**Т.А. Лазебник, В.Н. Румянцева, Н.А. Шейде,
Т.В. Назаренко, О.Ф. Красавцева**

Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина® **26**

клинические исследования

А.Л. Заплатников

Иммунопрофилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей **32**

форум (конференции, выставки, семинары)

Современные подходы к нейропротекции в неонатологии **38**

опыт регионов

«Залог успешного врачевания — это совокупность знаний, интуиции и опыта».

Интервью с главным внештатным неонатологом города Уфы А.Р. Исмагиловой **44**

Психотропные препараты способствуют быстрому набору веса у детей

Многие дети и подростки, принимающие психотропные средства для лечения тяжелых психических расстройств, имеют значительный лишний вес, а в некоторых случаях – повышенные уровни холестерина, ЛПНП и триглицеридов в крови. Такие данные получены в исследовании, результаты которого опубликованы в «Журнале Американской медицинской ассоциации». И хотя эти данные требуют подтверждения в более длительных исследованиях, уже сейчас они поднимают ряд вопросов о нейролептиках, которые используются – и зачастую успешно – у детей при шизофрении, аутизме, тиках, тяжелом маниакально-депрессивном психозе и агрессивном поведении.

«Мы оказались между двух огней, – говорит соавтор исследования д-р Christoph Correll, психиатр из Zucker Hillside Hospital в пригороде Нью-Йорка Glen Oaks. – Эти препараты назначают при тяжелых психических расстройствах, которые без лечения могут приводить к самоубийствам, проблемам в обучении и оставлять «эмоциональные шрамы», но, с другой стороны, набор веса в юности предрасполагает человека к хроническим заболеваниям в дальнейшей жизни». Д-р Correll с коллегами отобрали в течение 2001-2007 гг. для участия в исследовании 257 детей и подростков от 4 до 19 лет, которые на-

чали прием нейролептиков впервые. Кроме того, в исследовании участвовали 15 детей и подростков, которые отказались от приема лекарств, но дали согласие на врачебное наблюдение. Участники исследования принимали такие препараты, как оланзапин, кветиапин, рисперидон и арипипразол.

В течение периода наблюдения, медиана которого составила в среднем 11 недель, испытуемые в зависимости от препарата поправились в среднем на 4,5-8,6 кг. Больше всего увеличился вес у детей, принимавших оланзапин, а меньше всего – у принимавших арипипразол. Участники, отказавшиеся от приема нейролептиков, набрали в среднем менее 450 г.

У участников исследования, принимавших оланзапин, отмечался также повышенный уровень холестерина, ЛПНП и триглицеридов в крови. Подъем уровня триглицеридов имел место и у больных, получивших кветиапин. Остальные препараты не давали выраженных изменений этих показателей.

«Принять решение будет нелегко, – говорит д-р Sikich, но, по сути, руководство к действию уже налицо: следует назначать нейролептики, дающие минимальный набор веса».

Источник: Solvay-pharma.ru

Частота инсульта в педиатрической практике выше, чем считалось ранее

Частота ишемического инсульта у детей по крайней мере в 2 раза выше, чем ранее считали. Heather Fullerton (University of California, Сан-Франциско) с коллегами проанализировали частоту инсультов у детей по данным как диагностических баз данных, так и рентгенологических отчетов. Исследуемая популяция включала 2,3 млн детей в возрасте от 0 до 19 лет, которые были застрахованы в системе медицинского страхования штата Калифорния с 1993 по 2003 гг. Исследователи выявили 1307 потенциальных инсультов по кодам МКБ-9 и 510 по данным КТ и МРТ. Подтверждено 205 случаев инсульта, что соответствовало частоте 2,4 случая на 100 000 детей в год, что было в 2 раза выше, чем считали ранее.

Источник: Cardiosite.ru

Ученые не рекомендуют хранить грудное молоко

Испанские ученые пришли к выводу, что детей следует поить грудным молоком непосредственно после его выработки, поскольку химический состав и, следовательно, физиологическое действие «лучшей пищи новорожденного» варьирует в зависимости от времени суток, сообщает PhysOrg.

Исследователи из Экстремадурского университета провели анализ образцов грудного молока 30 женщин за 24-часовой период. В частности, в молоке определялось содержание трех нуклеотидов – аденозина, гуанозина и уридина, которые обладают возбуждающим или угнетающим действием на нервную систему.

Оказалось, что наибольшее количество седативных нуклеотидов содержится в молоке, взятом в ночное время (с 20:00 до 8:00).

Как пояснила результаты исследования руководитель работы Кристина Санчес, в молоке содержатся «дневные» компоненты, делающие ребенка более активным, и «ночные», помогающие ему заснуть. На основании полученных данных ученые порекомендовали матерям кормить детей молоком в то же время суток, когда оно выработалось, вместо того, чтобы сцеживать его «на потом».

Источник: Medportal.ru

Вакцинация от пневмококка позволяет снизить детскую смертность

Вакцина против пневмококковой инфекции и пневмонии эффективна в борьбе с детской смертностью. На основе обзоров шести исследований, проведенных в США, Африке, Филиппинах и Финляндии, эксперты сделали вывод, что 80% детей, получивших вакцину, надежно защищены от инфекции и пневмонии, а в 11% случаев благодаря иммунизации удалось предотвратить детскую смертность. В общей сложности в исследование было включено свыше 113 тыс. детей. Пневмококковая инфекция усугубляет глобальный кризис системы здравоохранения, особенно в развивающихся странах, говорят эпидемиологи Исследовательского института тропической медицины (Филиппины), поэтому своевременная вакцинация имеет критически важное значение для спасения детских жизней. Пневмококк, или *Streptococcus pneumoniae*, является ведущей причиной пневмонии, менингита, сепсиса и других смертельных

заболеваний. Инфекция ежегодно уносит жизни 1,6 млн человек, в том числе 800 тыс. детей, несмотря на существование безопасных и надежных вакцин. В 95% случаев смертельные случаи среди детей от пневмококка происходят в развивающихся странах. Эксперты ВОЗ рекомендуют всем странам вводить в качестве приоритета вакцинацию от пневмококка, особенно в странах с высокими показателями детской смертности. Американские педиатры школы общественного здравоохранения Джона Хопкинса Блумберга утверждают, что вакцинация детей от пневмококковой инфекции позволяет снизить показатели детской смертности. В ближайшее время появится новое поколение конъюгатной вакцины от пневмококка, расширяющей охват штаммов, встречающихся в развивающихся странах.

Источник: Medportal.ru

Каждый шестой дошкольник имеет симптомы депрессии

Почти 15% детей дошкольного возраста имеют необычайно высокий уровень депрессии и тревоги, обнаружили канадские терапевты. В международную группу исследователей вошли канадские специалисты из Университета Монреаля, Университета Лавала и Университета МакЖилль, а также эксперты Национального института здоровья и медицинских исследований (Франция), Университета Карнеги Меллон (США) и Университетского колледжа Дублина (Ирландия). В ходе 5-летнего наблюдения также было установлено, что у детей с симптомами депрессии, более вероятно, и мамы страдали от этого заболевания. Предполагается, что уже на первом году жизни у некоторых детей можно заметить признаки эмоциональных расстройств, которые перед школьным обучением оборачиваются серьезными проблемами с психикой. Чрезмерная темпераментность

и сложный характер в 5 месяцев являлись наиболее важным прогностическим фактором последующего развития депрессии и тревожности в детстве, говорят психиатры.

Врачи ежегодно обследовали здоровье и поведение 1 тыс. 759 детей в возрасте от 5 месяцев до 5 лет. Оказалось, что у почти 15% малышей до наступления школьного возраста имеются определенные проблемы с психикой, которые к 6-7 годам оборачиваются депрессией и тревогой. Столь ранняя диагностика психоэмоциональных нарушений у дошкольников удивила клиницистов. По их мнению, как родителям, так и медикам необходимо обращать внимание на поведение маленьких детей, поскольку незамеченные расстройства психического здоровья приводят к трудностям в учебе и общении со сверстниками в школе.

Источник: Ami-tass.ru

Грудное вскармливание улучшает познавательные способности детского мозга

Младенцы, получающие грудное молоко, вырастут более умными, чем новорожденные, которым давали сухое детское питание. Благодаря содержанию незаменимой жирной кислоты в грудном молоке (докозагексаеновая кислота) у ребенка с детства совершенствуются когнитивные способности. Исследование проводилось среди 229 малышей, половину которых на первых месяцах жизни кормили грудью, а другая половина получала различные питательные смеси. Когда детям исполнилось 9 месяцев, неврологи проанализировали уровень их познавательного развития. Малыши, которые питались материнским молоком, обладали лучшими умственными навыками.

Педиатры считают, что грудное молоко очень важно для физического и умственного развития ребенка. По словам медиков, грудное вскармливание до года и после года оказывает благотворное влияние на когнитивную работу развивающегося мозга, что в дальнейшем помогает детям развивать более высокий уровень интеллекта, быстрее справляться с решением задач и обогащать свой лексический запас. Исследование проводилось учеными Университета Техаса (США) и Memorial University (Канада).

Источник: Ami-tass.ru

Обнаружена причина колик у младенцев

Американские ученые обнаружили повышенное содержание бактерий клебсиелл в микрофлоре кишечника у детей, страдающих от колик, сообщает The Daily Telegraph. Отчет об исследовании сотрудников Центра наук о здоровье Университета Техаса опубликован в Journal of Pediatrics. Исследователи предположили, что колики могут быть вызваны бактериальным воспалением вследствие нарушения состава микрофлоры кишечника. Для проверки своей гипотезы ученые оценили микробный состав кала младенцев, газовый состав выдыхаемого воздуха, а также попытались обнаружить признаки кишечного воспаления.

В ходе исследования было установлено, что в кале детей, страдавших от колик, обнаруживалось повышенное содержание бактерий рода Klebsiella, а также веществ, свидетельствующих о наличии воспалительных процессов в кишечнике. Аналогичная картина наблюдается у больных воспалительными заболеваниями кишечника.

По мнению одного из исследователей профессора Марка Родса, обнаруженные бактерии могут запускать иммунные реакции в кишечнике, приводя к развитию таких воспалительных заболеваний, как болезнь Крона или неспецифический язвенный колит. Доктор Родс добавил, что для разработки эффективных методов лечения колик с помощью нормализации микрофлоры кишечника необходимы дальнейшие исследования.

Источник: Medportal.ru

Метаболический синдром приводит к болезням печени среди мальчиков-подростков

Гастроэнтерологи Детской больницы Филадельфии (США) нашли связь между метаболическим синдромом среди мальчиков-подростков и повышенным содержанием ферментов, которые потенциально вызывают серьезные болезни печени. Среди девочек подросткового возраста данная ассоциация не зафиксирована.

Высокие показатели метаболического синдрома среди юных американцев вызывают озабоченность эпидемиологов, поскольку такой диагноз является целым комплексом различных опасных болезней, включая сердечно-сосудистые заболевания и диабет второго типа. В настоящее время в США нарушения метаболизма затрагивают 4% подростков и 22% взрослых. При метаболическом синдроме увеличивается окружность талии, развивается сопротивление инсулина, повышается артериальное давление и проявляются аномальные уровни липопротеина и триглицеридов в крови. Теперь ученые доказали, что в подростковом

возрасте совокупность таких условий приводит к необратимому повреждению работы печени, но только среди юношей, а не девушек.

В исследовании участвовало 1 тыс. 323 подростка в возрасте 12-19 лет. Медики хотели выяснить, в какой степени метаболический синдром в раннем возрасте связан с увеличением в печени фермента аланинаминотрансферазы (ALT) — маркера заболеваний органа. Оказалось, что при метаболических расстройствах фермент присутствует в печени юношей, особенно латиноамериканского происхождения, но не у девушек. Единственной эффективной профилактикой болезни печени в старшем возрасте является потеря веса. Однако не все мальчики, принимавшие участие в обследовании, страдали от ожирения. В дальнейшем врачам предстоит узнать, какие особенности сбоев в процессах метаболизма делают юношей восприимчивыми к болезням печени.

Источник: Ami-tass.ru

Д. Ю. ОВСЯННИКОВ

к.м.н., доцент кафедры
детских болезней РУДН,
Москва

Ингаляционная терапия у новорожденных детей

Ингаляционная терапия (аэрозоль-терапия), играющая важную роль в лечении различных заболеваний легких у детей, таких, как бронхиальная астма, бронхиты, муковисцидоз, в последние годы широко используется и у новорожденных детей, прежде всего на фоне проведения у них респираторной поддержки для лечения бронхолегочной дисплазии (БЛД).

А

эрозоли – это дисперсные системы, состоящие из газовой среды, в которой взвешены твердые или жидкие частицы. Аэрозоли являются наиболее оптимальным способом введения лекарственных средств в дыхательные пути, что обусловлено быстрым поступлением вещества непосредственно в бронхиальное дерево, его местной активностью, снижением частоты и выраженности системных побочных эффектов.

СПОСОБЫ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Средства для доставки лекарственных препаратов в респираторный тракт (ингаляторы) подразделяют на паровые, ультразвуковые, порошковые, компрессионные и карманные дозирующие (используемые в том числе со спейсерами). Первые три метода ингаляционной терапии не зарекомендовали себя с положительной стороны, так как только 0,5% дозы лекарственного препарата вместо 15% необходимых адекватно достигают нижних отделов респираторного тракта. Для ингаляций у новорожденных предпочтение отдается компрессионным небу-

лайзерам, хотя на ранних этапах не менее эффективен может быть дозирующий ингалятор, подключенный в дыхательный контур через спейсер.

Компрессионные (струйные) небулайзеры (от лат. *nebula* – туман, облако) (КН) – ингаляторы, которые генерируют аэрозольное облако, состоящее из микрочастиц ингалируемого раствора. Работа КН основана на том, что воздух из компресса проходит через узкое отверстие (Вентури) в камеру небулайзера. В результате низкого давления жидкость засасывается из резервуара в камеру и разбивается на мелкие частицы (первичный аэрозоль), из которых затем при встрече с заслонкой образуются ингалируемые ультрамелкие частицы (вторичный аэрозоль). В зависимости от технических характеристик КН подразделяются на:

- конвенционные (обычные), наиболее широко используемые, с постоянным выходом аэрозоля (Бо-реал, Дельфин, Омрон, Pari Boy); небулайзеры, активируемые вдохом (Pari LC Plus, Venstream);
- дозиметрические небулайзеры, синхронизированные с дыханием (Halolite).

Ингаляции у новорожденных, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), проводятся через подключение КН в дыхательный контур. Рандомизированные исследования показали, что кратковременное введение лекарственных препаратов через небулайзер, подсоединенный к Y-образному коннектору и интубационной трубке, в небольшой мере влияет на аккумуляцию CO_2 , что не является клинически значимым (1).

Важной характеристикой КН, которую необходимо учитывать при их выборе и выборе режима ингаляций, является размер частиц генерируемого аэрозоля. Частицы размером более 10 мкм осаждаются в ротоглотке, 5-10 мкм – в ротоглотке, гортани и трахее, 2-5 мкм – в нижних дыхательных путях, 0,5-2 мкм – в альвеолах, менее 0,5 мкм – не осаждаются в легких. Таким образом, для терапии заболеваний новорожденных необходимы ингаляторы, генерирующие аэрозоль с частицами 0,5-5 мкм. Размер частиц может регулироваться как различными режимами (насадками) в 1 небулайзере, так и различаться в разных небулайзерах.

Преимуществами КН перед другими средствами доставки являются отсутствие необходимости координации вдоха и ингаляции, возможность проведения высокодозной терапии у тяжелых больных, возможность включения в контур ИВЛ, отсутствие фреона, генерация высокодисперсного аэрозоля.

К клиническим преимуществам небулайзерной терапии относятся уверенность в том, что пациент получает адекватную дозу препарата, неинвазивность, непревзойденно быстрое купирование приступов затрудненного дыхания, возможность использования при жизнеугрожающих симптомах, возможность использования в госпитальных и амбулаторных условиях (в последнем случае уменьшается вероятность госпитализации), уменьшение риска системного действия препарата.

Недостатками КН могут быть шум при использовании, возможность

микробной контаминации, значительная продолжительность ингаляции, которая определяется скоростью подачи газа и объемом ингалируемого раствора (нецелесообразно использование менее или более 2 мл). Стандартные КН при скорости подачи газа 6-8 л/мин. доставляют 2 мл раствора за 5-10 мин.

Правила использования КН:

1) младенцам ингаляции проводятся в положении лежа на руках у матери или в кроватке, при этом желательнее использовать переходник, удерживающий маску вертикально (предусмотрен к комплекте КН Cirrus™, HOT TOP, Pari Boy);

2) перед ингаляцией необходимо проверить срок годности препарата, помыть руки;

3) использовать в качестве растворителя стерильный физиологический раствор, для заправки ингаляционного раствора – стерильные шприцы и иглы;

4) рекомендуемый объем наполнения небулайзера – 2 мл, это сокращает время ингаляции;

5) для ингаляции используется маска (при ингаляции стероидов маска должна максимально прилежать к лицу для ограничения контакта лекарств с глазами, возможна ингаляция в кислородную палатку);

6) продолжать ингаляцию до тех пор, пока в камере небулайзера остается жидкость, так как концентрация препарата в конце ингаляции выше;

7) после ингаляции стероидов необходимо обработать водой рот, попить воды, умыться лицо.

После ингаляции небулайзер промывают чистой, по возможности, стерильной водой, высушивают. Частое промывание небулайзера необходимо для предотвращения кристаллизации препаратов и бактериального загрязнения. Проводится дезинфекция. При использовании небулайзера несколькими пациентами необходимо стерилизовать небулайзер после каждого пациента.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Препараты для ингаляционной терапии, применяемые у новорожденных, включают в себя следующие

Таблица. Лекарственные средства ингаляционной терапии у новорожденных

Группа	Препарат	Дозировка
β_2 -агонист	Сальбутамол, раствор для ингаляций, 2,5 мг/2,5 мл	0,1-0,5 мг/кг каждые 6 часов через небулайзер
	Сальбутамол, дозированный аэрозольный ингалятор, 1 доза – 100 мкг	По 1 ингаляции каждые 6-8 часов в день через спейсер (аэроchамбер)
M-холинолитик	Ипратропия бромид (Атровент), раствор для ингаляций, 250 мкг/1мл	75-175 мкг каждые 6-8 часов через небулайзер
	Ипратропия бромид (Атровент), дозированный аэрозольный ингалятор, 1 доза – 20 мкг	По 1 дозе каждые 6-8 часов через спейсер (аэроchамбер)
β_2 -агонист + M-холинолитик	Беродуал , раствор для ингаляций, в 1 мл (20 кап.) – фенотерола гидробромида 500 мкг, ипратропия бромида 250 мкг	50 мкг фенотерола гидробромида, 25 мкг ипратропия бромида на 1 кг массы тела (1 капля на кг) каждые 6-8 часов через небулайзер
	Беродуал Н , дозированный аэрозольный ингалятор, в 1 дозе – фенотерола гидробромида 50 мкг, ипратропия бромида 21 мкг	По 1 дозе каждые 6-8 часов через спейсер (аэроchамбер)
Ингаляционный глюкокортикостероид	Будесонид (Пульмикорт), раствор для ингаляций, небулы по 2 мл, в 1 мл – 500 мкг или 250 мкг	400 мкг/сут в 1-2 введения через небулайзер
	Беклометазон, дозированный аэрозольный ингалятор, в 1 дозе – 50 мкг	По 1 дозе каждые 12 часов через спейсер (аэроchамбер)
	Флутиказон (Фликсотид) дозированный аэрозольный ингалятор, в 1 дозе – 50 мкг	По 2 дозы каждые 12 часов через спейсер (аэроchамбер)

щие группы препаратов:

- солевые (физиологический NaCl) и щелочные растворы (бикарбонат натрия);
- муколитики (амброксол, ацетилцистеин);
- бронхолитики (β_2 -агонисты – сальбутамол; M-холинолитики – ипратропиум бромид; комплексный препарат – Беродуал);
- глюкокортикостероиды (беклометазон, будесонид, флутиказон).

Ингаляции, в основу которых входит бикарбонат натрия, в настоящее время используются у новорожденных в периоде реконвалесценции после перенесенной пневмонии.

Физиологический раствор NaCl является основой всех жидкостных ингаляций, сам обладает муколитическим действием.

Муколитики для ингаляций у новорожденных используются давно, хотя доказательств их эффективности при этом способе доставки не получено.

На основании результатов рандомизированных исследований только две группы лекарственных препаратов и их комбинации должны применяться у новорожденных детей при проведении ингаляционной терапии через КН с целью уменьшения их системного побочного действия: бронхолитики и ингаляционные кортикостероиды (ИКС).

В КН как у новорожденных, так и у детей более старшего возраста не используются нестерильные рас-

творы, включая щелочные, антигистаминные препараты, зуфиллин, преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон для парентерального введения, травяные сборы, эфирные масла. В таблице представлены основные сведения о дозах ингаляционных лекарственных препаратов, рекомендуемых к применению у новорожденных.

БРОНХОЛИТИКИ

Ингалируемые β_2 -агонисты и M-холинолитики, обладая синергичным действием, могут у детей с БЛД временно улучшать функцию легких и газов крови при назначении в первые 14 дней жизни (2). Результаты рандомизированного исследования, проведенного В. Yuskel с соавт. (1990), позволяют предположить, что ингалируемые бронходилататоры помогают у недоношенных детей, если они используются при наличии симптомов бронхиальной обструкции, но не имеют никаких преимуществ при рутинном использовании (3). Рандомизированное исследование по сравнению действия сальбутамола и ипратропиума бромида у вентилятор-зависимых младенцев с БЛД еще в 1987 г. показало их одинаковую эффективность как бронходилататоров, авторы предлагали использовать данные препараты для снятия приступов бронхообструкции у новорожденных на ИВЛ (4).

Отечественное рандомизированное исследование эффективности

Беродуала у детей с БЛД показало, что у детей с БЛД в неонатальном периоде отмечен положительный эффект после ингаляционного введения (через интубационную трубку на фоне ИВЛ или через небулайзер) сальбутамола и Беродуала. После ингаляции регистрировали достоверное увеличение PaO_2 крови, легочного комплайенса, снижение частоты дыхания и проявлений бронхообструкции, быстрое улучшение бронхиальной проходимости (уже через 15 минут после ингаляции). В целом комплексный препарат Беродуал был более эффективным, кроме того, на фоне его применения наблюдалось снижение симптомов гипервозбудимости со стороны нервной системы, реже развивалась тахикардия. Бронходилатирующее действие эуфиллина по сравнению с ингаляционной терапией было выражено меньше, развивалось значительно позднее (через 8 часов), сопровождалось частым развитием побочных эффектов (тахикардия, гипервозбудимость) (5). Существует доказанное подтверждение, что данные препараты имеют полезные кратковременные эффекты и эффективны также у вентиллятор-зависимых недоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом (6).

Побочные эффекты β_2 -агонистов следующие: гипокалиемия, гипергликемия, тахикардия, сердечная аритмия, артериальная гипертензия, тремор. В связи со способностью сальбутамола вызывать гипокалиемию данный препарат может использоваться для лечения гиперкалиемии. Побочные эффекты М-холинолитиков включают в себя тахикардию, снижение моторики кишечника, секреторной функции легких, тремор.

Предпочтение включения именно Беродуала в комплекс лечения БЛД обусловлено влиянием М-холинолитика

ипратропия бромидом, входящего в состав Беродуала, на единственный обратимый компонент бронхообструкции при данном заболевании – отек слизистой оболочки, большим, по сравнению с β_2 -агонистами, влиянием на бронхи среднего и крупного калибра и меньшим влиянием на ЦНС.

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

Метаанализ восьми рандомизированных исследований недоношенных новорожденных детей с низкой массой тела в первые 14 дней жизни, получавших беклометазон с целью профилактики БЛД, не нашел достоверно объективных положительных эффектов. Вместе с тем назначение данного ИКС уменьшало потребность в системных кортикостероидах, что может предполагать осязаемую долгосрочную пользу (7).

Другой анализ пяти рандомизированных исследований, сравнивавших эффективность назначения ИКС и системных стероидов, на такой же когорте недоношенных младенцев с весом менее 1500 г и возрастом менее 32 недель гестации, кислородзависимых после 14 дней жизни, пришел к следующим выводам:

- 1) нет доказательств того, что ИКС имеют преимущество перед системным назначением препаратов глюкокортикостероидов при управлении вентилируемыми детьми;
- 2) ИКС могут вызывать и системные побочные эффекты, хотя реже, чем системное применение глюкокортикостероидов;
- 3) отдаленные неврологические последствия неонатального применения ИКС не изучены;
- 4) рутинного профилактического применения ИКС не должно быть;
- 5) кортикостероиды для лечения ХЗЛ обычно следует рассматривать с 2-недельного возраста (8).

Обычно ИКС назначают на 3 дня–2 недели, возможно дольше. Возмо-

жен переход с системных стероидов на ИКС. Для ингаляций ИКС при БЛД предпочтителен альвеолярный небулайзер. При одновременном назначении ингаляций бронхолитиков и ИКС ингаляция последними проводится через 10-20 минут после ингаляции бронхолитика при хорошей переносимости ингаляции и симптомах бронхообструкции. В противном случае возможна одновременная ингаляция ИКС и бронхолитиками.

Кроме БЛД, ИКС находят применение при других вариантах хронических заболеваний легких (синдроме Вильсона–Микити, хронической легочной недостаточности недоношенных), постинтубационном ларинготрахеите, хотя рандомизированных исследований об их использовании при этих заболеваниях нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ингаляционная терапия с помощью КН зарекомендовала себя как высокоэффективная у новорожденных детей на фоне проведения у них респираторной поддержки для лечения бронхолегочной дисплазии. На основании результатов рандомизированных исследований только две группы лекарственных препаратов и их комбинации должны применяться у новорожденных детей при ее проведении: бронхолитики и ингаляционные кортикостероиды. В отношении первой группы препаратов получены свидетельства их высокой эффективности и безопасности у новорожденных детей.

Препаратом выбора среди бронхолитиков у новорожденных детей является Беродуал. Применение Беродуала сопровождается нормализацией газового состава крови, быстрым улучшением бронхиальной проходимости и механики дыхания, при этом побочные эффекты выражены минимально. 

Литература

1. Lugo R.A., Keenan J., Salyer J.M. Accumulation of CO₂ in reservoir devices during simulated neonatal mechanical ventilation // *Pediatr. Pulmonol.* 2000; V. 30, №6: 470-475.
2. Ng G.Y.T., da Silva O., Ohlsson A. Bronchodilation for the prevention and treatment of chronic lung disease in preterm infants // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001; 23, CD003214.
3. Yuksel B., Greenough A., Maconachie I. Effective bronchodilator therapy by a simple spacer device in preterm infants in the first two years of life // *Arch. Dis. Child.* 1990; 65: 782-785.
4. Wilkie R.A., Bryan M.H. Effect of bronchodilators on airway resistance in ventilator-dependent neonates with chronic lung disease // *J. Pediatr.* 1987; V. 111, № 2: 278-282.
5. Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. М.: Гэотар-Мед, 2004. С. 177-190.
6. Lee H., Arnon S., Silverman M. Bronchodilator aerosol administered by metered dose inhaler and spacer in subacute neonatal respiratory distress syndrome // *Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal.* Ed. 1994; V. 70, № 3: 218-222.
7. Shah S.S., Ohlsson A., Halliday H., Shah V.S. Inhaled versus systemic corticosteroids for the treatment of chronic lung disease in ventilated very low birth weight preterm infants // *Cochrane review in The Cochrane Library* 2003, Issue 3.
8. Shah V.S., Ohlsson A., Halliday H.L., Dunn M.S. Early administration of inhaled corticosteroids for preventing chronic lung disease in ventilated very low birth weight preterm neonates // *Cochrane review in The Cochrane Library* 2003, Issue 3.



Беродуал® Н

фенотерол 50 мкг + ипратропия бромид 20 мкг

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВОЙНОГО ДЕЙСТВИЯ

Оптимальный выбор при бронхиальной обструкции различной этиологии

Быстрое и длительное действие за счет двух компонентов, влияющих на два независимых механизма бронхообструкции

Расширенный спектр применения, включающий бронхиальную астму, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), либо их сочетание у одного больного

Безопасный клинический профиль за счет снижения дозы симпатомиметика



**Включен
в федеральный
перечень ДЛО**



Номер и дата регистрационного удостоверения
П № 013312/01 от 01.10.2007.

Для получения дополнительной информации по препарату обращайтесь в представительство компании «Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ»:
119049, Москва, ул. Донская, 29/9, стр.1
Тел.: +7 495 411 7801, факс: +7 495 411 7802
info@mos.boehringer-ingenlheim.com



В.А. РЕВЯКИНА
НИИ питания РАМН

Неотложные состояния в детской аллергологии

В последние годы всеми признан интенсивный рост распространенности аллергических заболеваний у взрослых и детей. Многим аллергическим заболеваниям свойственно острое начало с нарушениями жизненно важных функций организма и развитием серьезных осложнений. Несвоевременность и неадекватность проводимой интенсивной терапии существенно увеличивает риск летальных исходов. В связи с этим острые состояния аллергических заболеваний требует быстрого и незамедлительного лечения, основанного на знании врачом современных алгоритмов ведения таких больных.



Одним из наиболее тяжелых проявлений в клинической аллергологии является анафилактический шок, распространенность которого с каждым годом увеличивается, о чем свидетельствуют статистические данные. Распространенность анафилактического шока в разных странах колеблется от 1/1500 до 1/6000 жителей. Ежегодно в Англии регистрируется 20 смертей от анафилактического шока (1 смерть на 2,8 млн жителей).

Анафилактический шок – острая системная аллергическая реакция немедленного типа, развивающаяся в сенсibilизированном организме после повторного контакта с аллергеном. Наиболее распространенные аллергены, вызывающие анафилактический шок, представлены в таблице 1.

Анафилактический шок часто связан с лекарственной и пищевой аллергией. Из лекарственных средств чаще всего анафилактический шок вызывают антибиотики, особенно

пенициллинового ряда. Описаны случаи возникновения анафилактического шока при введении витаминов группы В, сульфаниламидов, йодсодержащих средств, биологически активных добавок, нестероидных противовоспалительных препаратов, гамма-глобулина, лидокаина, инсулина и других. Причиной развития анафилактического шока могут быть вакцины (например АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина), сыворотки (для лечения бешенства, ботулизма, столбняка, от укусов ядовитых змей и насекомых). Среди пищевых продуктов выделяют орехи, яйцо, рыбу, морепродукты, коровье молоко как наиболее частую причину анафилактического шока.

Международная классификация предусматривает выделение следующих форм анафилактического шока: **T78.0** – анафилактический шок, вызванный пищевыми продуктами; **T78.2** – анафилактический шок неизвестной этиологии; **T80.5** – анафилактический шок, вызванный препаратами сыворотки; **T88.6** – анафилактический шок, вызванный лекарственными средствами.

По механизму действия анафилактический шок классифицируется на аллергический и неаллергический. Аллергический анафилактический шок подразделяется на IgE-зависимый и IgE-независимый.

Основные клинические проявления анафилактического шока связаны со снижением артериального давления и недостаточным наполнением кровью жизненно важных органов.

Симптомы анафилактического шока возникают обычно в течение пер-

вых 30 минут после повторного введения непереносимого медикамента или пищевого продукта. Развивается анафилактический шок молниеносно, с появлением общей слабости, беспокойства, головокружения, спутанности или потери сознания. Иногда возникают жалобы на чувство стеснения в груди, боли в области сердца и живота. Возможны тошнота, рвота, понижение слуха и зрения, чувство жара, озноб, крапивница, зуд кожи, позывы к мочеиспусканию.

Объективно у больного отмечают бледность кожных покровов, холодный пот, спутанность или потерю сознания, тахикардию, снижение артериального давления. Могут отмечаться затрудненное (стридорозное) дыхание, рассеянные сухие хрипы в легких. На ЭКГ – симптомы гипоксии в виде отрицательных зубцов Т, снижение интервала S-T, нарушение проводимости. В периферической крови сдвиг формулы белой крови влево и зернистость лейкоцитов.

При тяжелом течении анафилактического шока могут развиваться вторичные осложнения в виде нарушений функций головного мозга, миокарда, почек, кишечника, легких. В особо тяжелых случаях возможно развитие асфиксии и летальный исход.

Клинические наблюдения показали, что на внутривенное введение лекарственных препаратов чаще развивается сердечно-сосудистая недостаточность, а на прием пищевых продуктов – асфиксия и дыхательная недостаточность.

Условно выделяют следующие формы анафилактического шока: *гемодинамическая* (доминирование гипотонии, болей в сердце, аритмии,

тахикардии), *асфиксическая* (бронхоспазм, отек легких, осиплость голоса, стридорозное дыхание из-за отека гортани), *абдоминальная* (боли в эпигастрии, непровольная дефекация, мелена), *церебральная* (психомоторное возбуждение, оглушенность, судороги).

Неблагоприятный исход анафилактического шока наблюдается при остром злокачественном течении, при котором отмечается резкое падение артериального давления, нарушение сознания и признаки дыхательной недостаточности. Степень снижения артериального давления является одним из важных объективных показателей тяжести анафилактического шока.

Летальный исход при анафилактическом шоке может быть связан с возникновением необратимых изменений функций почек, желудочно-кишечного тракта, сердца, головного мозга и с несвоевременностью и неадекватностью проводимой терапии.

Диагноз анафилактического шока ставится на основании данных анамнеза и клинических признаков.

Терапия анафилактического шока должна проводиться максимально быстро, так как большинство неблагоприятных исходов анафилактического шока развиваются в течение 30 минут после появления его симптомов.

Противошоковый набор для оказания квалифицированной помощи больным с анафилактическим шоком должен включать: адреналин (0,1%) в ампулах (№10), норадреналин (0,2%) в ампулах (№5), преднизолон (30 мг) в ампулах (№10), дексаметазон (4 мг) в ампулах (№10), гидрокортизон гемисукцинат (Солюкортеф) 100 мг в ампулах (№10), антигистаминные препараты (Супрастин, Тавегил) в ампулах (№10), эуфиллин (2,4%) в ампулах (№10) для внутривенного введения, строфантин (0,025%) в ампулах (№5), раствор глюкозы 40% в ампулах (№20), раствор хлористого натрия (0,85%) в ампулах (№20), раствор глюкозы 5% 100 мл (во флаконах) (№2), пенициллиназу 1 млн ЕД в ампулах (№3), спирт этиловый 70-100 мл, одноразовые шприцы (1, 2, 5, 10, 20 мл) и иглы к ним, одноразовые системы для внутривенных инфузий (№2), жгут резиновый, ротаторасшири-

Таблица 1. Вещества, вызывающие анафилактический шок (лекарственные средства, пищевые продукты и др.)

Антибактериальные средства Пенициллины Цефалоспорины Неомицин Тетрациклин	Канамицин Ванкомицин Амфотерицин В Сульфаниламиды	Орехи Яичный белок Молоко Рыба Морепродукты Шоколад	Соя Горчица Семя кунжута Пищевые добавки Цитрусовые	Латекс Яд и слюна животных Биологически активные добавки
Гормональные средства Инсулин Кортикотропин Вазопрессин Эстрадиол Гормоны паразитовидных желез	Диагностические препараты Рентгенконтрастные средства Экстракты аллергенов Злаковые и луговые травы Эпидермис животных Плесневые грибы	Нестероидные противовоспалительные средства Аспирин Ибупрофен Анестетики Лидокаин Новокаин Прокаин		
Препараты крови	Ферментные препараты Трипсин Химитрипсин	Препараты, приготовленные из лошадиной сыворотки		
Физическая нагрузка	Холод			

тель, языкодержатель, воздуховод для дыхания рот в рот, кислородную подушку, скальпель, отсасыватель.

ЭТАПЫ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ

При возникновении анафилактического шока на лекарственный препарат необходимо прекратить его введение. Пациента укладывают на кушетку, при этом голова должна быть ниже ног. Голову больного поворачивают в сторону и выдвигают нижнюю челюсть. Накладывают жгут на конечность выше места введения лекарственного средства, максимум на 25 минут. Затем место инъекции обкалывают 0,1% раствором адреналина (0,3-0,5 мл) с изотоническим раствором натрия хлорида (4,5 мл) и к месту инъекции прикладывают пузырь со льдом или холодной водой на 10-15 минут. В свободную от жгута конечность вводят 0,1% раствор адреналина в дозе от 0,1 до 0,5 мл (в зависимости от возраста ребенка) или из расчета 0,01 мг/кг массы тела. Пациента необходимо доставить в реанимационное отделение. При отсутствии эффекта ребенку повторно через 5 минут вводят под кожу 0,1% раствор адреналина в той же дозе. Кратность введения адреналина зависит от тяжести анафилактического шока. Более эффективно повторное введение малых доз адреналина, чем введение большой дозы его однократно.

Если артериальное давление после такой терапии не повышается, не-

обходимо внутривенное капельное введение норадреналина в 5%-ном растворе глюкозы с добавлением альбумина, реополиглюкина для поддержания объема циркулирующей массы крови. Одновременно внутримышечно или внутривенно струйно вводят глюкокортикостероиды (Преднизолон 1-2 мг/кг массы тела, или Дексаметазон, или Гидрокортизон), а также антигистаминные препараты (Супрастин или Тавегил). При бронхоспазме назначают бронхоспазмолитики (Вентолин через небулайзер или Эуфиллин 2,4%-ный раствор внутривенно на изотоническом растворе натрия хлорида из расчета 5-7 мг/кг массы тела). По показаниям вводят сердечные препараты (Строфантин, Коргликон, Кордиамин). При анафилактическом шоке на пенициллин следует ввести внутримышечно 1 млн ЕД пенициллиназы, предварительно растворенной в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида. При необходимости производят отсасывание из дыхательных путей слизи и рвотных масс, кислородотерпию.

Выбор фармакологических препаратов зависит от характера клинических проявлений анафилактического шока. Во всех случаях анафилактического шока следует в первую очередь вводить адреналин, глюкокортикостероиды и антигистаминные препараты. Нельзя вводить Пипольфен, Дипразин, Димедрол в связи с наличием у них выраженного седативного эффекта. Для предупре-

Таблица 2. Вещества с перекрестной реактивностью

При непереносимости	Нельзя
Ацетилсалициловая кислота	Аскофен, Асфен, Цитрамон, Седалгин, Новоцефальгин, Анальгин, Бутадион, Реопирин, Бенатазон, Пенталгин, Баралгин, Максигам, Спазмалгон, Триган, Спазган, Ибупрофен, Вольтарен, Индометацин, Пироксикам
Пенициллин	Ампициллин, тетициллин, оксациллин, карбенициллин, цефалоспорины (Кефзол, Клафоран, Цефалексин, Цефуросим, Цефтазидим, Цефалоридин)
Йод	Урографин, Верографин, Кардиотраст, Сергозин, йодид калия, йодид натрия, р-р Люголя, Тироксин, Трийодтиронин, Тиреокомб
Анестетики	Анестезин, Лидокаин, Тримекаин, Дикаин, Бисептол, Уросульфам, Сульфокимфокаин, Манинил, Фуросемид, Клопамид, Индапамид, Диакарб
Аминофиллин	Эуфиллин, Дифиллин, Супрастин, Этамбутол
Аминазин	Пипольфен, Дипразин, Пропазин, Тизерцин, Терален, Этаперазин, Сонопак, Неулептил, Этмозин, Этаизин, Фтораизин

проявлениях и неэффективности антигистаминных препаратов.

При отеке гортани – парентеральное введение преднизолона 2 мг/кг и госпитализация в отделение интенсивной терапии.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Среди неотложных состояний, возникающих при бронхиальной астме, выделяют период обострения и астматическое состояние.

Период обострения бронхиальной астмы характеризуется остро развивающейся обструкцией бронхов. При этом появляется экспираторная одышка, втяжение межреберных промежутков при вдохе, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, шумное, свистящее дыхание, хрипы в легких. У детей младшего возраста острый период бронхиальной астмы сопровождается отеком слизистой оболочки бронхов с выделением жидкого секрета в просвет бронхов, в связи с чем у них могут выслушиваться как сухие, так и влажные хрипы. У детей раннего возраста больше информации об обструкции дыхательных путей дает наблюдение. К симптомам обструкции дыхательных путей относятся признаки усиленной работы дыхательных мышц (втяжение уступчивых мест, участие вспомогательных мышц, раздувание крыльев носа), ослабление дыхательных шумов, удлинение фазы выдоха, свистящие шумы.

У детей старшего возраста приступ бронхиальной астмы сопровождается спазмом гладкой мускулатуры, на высоте приступа выслушиваются сухие свистящие хрипы.

Выраженность бронхиальной обструкции определяет тяжесть острого периода бронхиальной астмы. Выделяют легкий, среднетяжелый и тяжелый приступ бронхиальной астмы и астматический статус.

Легкий приступ характеризуется небольшим затруднением дыхания. Одышка может отсутствовать, общее состояние практически не нарушается. При осмотре больного отмечается небольшой коробочный оттенок перкуторного звука. В легких выслушиваются жесткое дыхание и умеренное количество сухих хрипов. Вспомогательная мускулатура в акте

Таблица 3. Причины возникновения острой крапивницы и отека Квинке

Лекарственные препараты	Пенициллин, Кодеин, рентгенконтрастные вещества, антикоагулянты, полимиксин, сульфаниламиды, витамины группы В, поливитамины, цефалоспорины, новокаин, аспирин, анальгин, индометацин
Пищевые продукты	Шоколад, орехи, рыба, морепродукты, клубника, малина, квашеная капуста, коровье молоко, сыры (плесневые), яйцо
Пищевые добавки	Красители, консерванты, ароматизаторы
Инфекции	Вирусный гепатит, герпес, лямблиоз
Паразитарные инфекции	Гельминтозы
Причина неизвестна	Идиопатическая

ждения поздних осложнений глюкокортикостероиды вводят внутримышечно каждые 6 часов.

После выписки из стационара в медицинской документации следует указать фармакологические средства или пищевые продукты, способные вызывать у данного больного проявления анафилактического шока. Следует обращать внимание на вещества с перекрестной реактивностью (таблица 2).

КРАПИВНИЦА И ОТЕК КВИНКЕ

Острая крапивница (МКБ-10: L50) достаточно распространенный синдром, встречающийся у 10-20% популяции. Острая крапивница развивается быстро и в отличие от хронической сохраняется не более 6 недель. Для крапивницы характерны четко ограниченные зудящие волдыри размером от нескольких мм до нескольких см с любой локализацией. При генерализованной крапивнице могут наблюдаться головная боль, недомогание, артралгии, повышение температуры, боли в животе, диспептические расстройства. Возможно развитие сердечной недостаточности (особенно при тяжелых проявлениях крапивницы).

Отек Квинке (МКБ-10: T78.3) характеризуется отеком кожи (дермы

и подкожной клетчатки) и слизистых оболочек. Развивается остро. Отеки безболезненные. Наиболее типичная локализация: лицо, кисти, стопы, губы, слизистая оболочка ротовой полости, мягкое небо, язык, половые органы.

Причины возникновения острой крапивницы и отека Квинке представлены в таблице 3.

Основные правила терапии острой крапивницы и отека Квинке. Необходимо выяснить причину заболевания и постараться исключить ее. Рекомендуется прием большого количества жидкости, очистительная клизма, энтеросорбенты (Энтеросгель, активированный уголь, Полифепам и др.), антигистаминные препараты старого и нового поколения. Из H₁-блокаторов старого поколения используют 2,5%-ный раствор Супрастина или 0,1%-ный раствор Тавегила внутримышечно или внутривенно, суточную дозу которых делят на несколько приемов. Продолжительность парентерального лечения 5-7 дней. Затем можно назначить один из препаратов нового поколения – Лоратадин, Дезлоратадин, Фексофенадин, Цитеризин.

Глюкокортикостероиды (преднизолон 2 мг/кг) – по показаниям, особенно при тяжелых генерализованных

дыхания не участвует.

Среднетяжелый приступ бронхиальной астмы, удушье, нарушение общего состояния ребенка, выдох затруднен, ребенок старается принять вынужденное положение сидя. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Цианоз, выслушиваются в большом количестве сухие свистящие и влажные хрипы. Может быть тахикардия, падение артериального давления.

Тяжелый приступ – выраженное удушье, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. Беспокойство, чувство страха у ребенка. В легких сухие хрипы на вдохе и выдохе.

Очень важно отличить тяжелый приступ бронхиальной астмы от наступления астматического состояния.

Астматическое состояние характеризуется следующими признаками:

- 1) некупирующийся приступ бронхиальной астмы более 6 ч;
- 2) резистентность к проводимой симптоматической терапии;
- 3) развитие гипоксемии ($PaO_2 < 60$ мм рт. ст.) и гиперкапнии ($PaCO_2 > 60$ мм рт. ст.);
- 4) затрудненное отхождение мокроты и появление «немых» зон легких;
- 5) развитие дегидратации и гиповолемии.

Основу астматического состояния составляют выраженные бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и гиперсекреция, блокада адренорецепторов бронхиального дерева, гиперкапния и гипоксия.

Для диагностики астматического состояния следует обращать внимание на физическую активность, речь, сознание, частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, участие вспомогательной мускулатуры и дыхание при аускультации.

К астматическому состоянию близки понятия «жизнеугрожающая бронхиальная астма» и «жизнеугрожающее обострение бронхиальной астмы».

Этапы интенсивной терапии остро периода бронхиальной астмы. Ребенка необходимо успокоить и создать спокойную обстановку дома или в стационаре.

Препараты неотложной помощи при бронхиальной астме включают бронходилататоры короткого действия, которые снимают бронхоспазм и сопутствующие ему симптомы, такие как кашель, ощущение сдавливания грудной клетки и свистящие хрипы.

Лечение начинают с назначения аэрозолей сальбутамола или ипратропиума бромид в комбинации с фенотеролом. В России на основе сальбутамола создана оригинальная лекарственная форма (Сальгим), которая по своим фармакологическим свойствам соответствует современным β_2 -агонистам.

Введение препаратов при среднетяжелом и тяжелом приступе бронхиальной астмы предпочтительнее через небулайзер.

Преимущества небулайзерного введения препаратов:

- техника ингаляции легко выполнима для детей и пациентов пожилого возраста;
- быстрое купирование приступов удушья;
- короткое время лечебной процедуры;
- создание аэрозоля с оптимальным размером частиц;
- возможность доставки высоких доз препарата непосредственно в легкие;
- отсутствие фреона и других пропеллентов;
- простота и удобство применения.

Для оценки степени обструкции дыхательных путей у ребенка с острым приступом бронхиальной астмы чаще всего 

Пульмикорт®
Суспензия
(БУДЕСНИД)



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ПУЛЬМИКОРТ® Суспензия иГКС для небулайзерной терапии

- Работает быстрее, чем системные ГКС ¹⁻³
- Эффективнее, чем системные ГКС ⁴⁻⁶
- Уникальный профиль безопасности ⁷
- Единственный иГКС для детей от 6 мес. ⁸⁻¹⁰
- Единственный иГКС, разрешенный для применения у беременных женщин ⁸⁻¹⁰
- Снижает риск и продолжительность госпитализаций ¹¹

Имеет противопоказания и побочные эффекты.
Перед назначением ознакомьтесь с полным текстом инструкции

1. Rodrigo G. Chest 1999; 121:1977-1987. 2. Rowe BH. Cochrane Systematic Reviews 2001, DOI: 10.1002/14651858. 3. Elul-Micallef R. Br J Clin Pharmacol 1983; 15: 419-422. 4. Higenbottam et al. Biodrugs. 14(4):247-254, October 2000. 5. Matthews EE. et al. Acta Paediatrica 1999;88(8):841-3. 6. Gunen H, et al. European Respiratory Journal 2007;29(4):660-7. 7. Wilson AM. Chest 1998; 114: 1022-7. 8. www.FDA.gov. 9. Видаль 2008. 10. Silverman H, et al. AAI 2005;95(6): 566-70. 11. Rodrigo GJ Chest 2006; 130: 1301-1311.

Представительство компании «АстраЗенека ЮК Лимитед» (Великобритания):
119334, Москва, ул. Вавилова, д. 24, стр. 1
тел.: +7 495 799 56 99, факс: +7 495 799 56 98
www.astrazeneca.ru

АстраЗенека 

Таблица 4. Определение дозы препарата Пульмикорт

Доза, мг	Объем препарата Пульмикорт суспензия для ингаляций	
	0,25 мг/мл	0,5 мг/мл
0,25	1 мл*	–
0,5	2 мл	–
0,75	3 мл	–
1	4 мл	2 мл
1,5	–	3 мл
2	–	4 мл

* Следует разбавить 0,9%-ным раствором натрия хлорида до объема 2 мл.

используют показатель ПСВ (пиковая скорость выдоха) с помощью пикфлоуметра. К преимуществам данного метода относятся легкость проведения процедуры, низкая стоимость, возможность отслеживать динамику на фоне терапии. Тем не менее результаты пробы зависят от усилия, и ее нельзя оценить у детей раннего возраста.

Кроме того, ПСВ отражает функцию бронхов среднего и большого диаметра, в то время как при астме патологический процесс больше затрагивает бронхи среднего и мелкого диаметра. Снижение ПСВ до 80% от расчетной нормы соответствует легкой степени заболевания, до 50-80% – средней тяжести, менее 50% означает тяжелую степень болезни.

Тактика введения больных с обострениями бронхиальной астмы на амбулаторном этапе. Начальная терапия: ингаляции β_2 -агонистов быстро действия до 3 раз за 1 ч.

При хорошем ответе: ПСВ превышает 80%, эффект на β_2 -агонист сохраняется в течение 4 ч. В таких случаях можно продолжить применение β_2 -агониста каждые 30-40 мин. в течение 24-48 ч и проведение коррекции плановой терапии.

При неполном ответе или обострении средней тяжести: ПСВ 60-80%, необходимо добавить ингаляционный глюкокортикостероид (будесонид суспензию для небулайзера) или добавить ингаляционный антихолинергический препарат, продолжать терапию, возможна госпитализация.

При плохом ответе или тяжелом обострении: ПСВ < 60%, следует добавить ингаляционный глюкокор-

тикостероид (будесонид суспензию для небулайзера) или добавить пероральный глюкокортикостероид, добавить ингаляционный антихолинергический препарат, продолжать терапию, экстренная госпитализация.

В последние годы для купирования среднетяжелых и тяжелых приступов бронхиальной астмы используется будесонид в небулах (Пульмикорт). Его можно применять в комбинации с бронхоспазмолитическими и муколитическими средствами.

Будесонид, ингаляционный кортикостероид, в рекомендуемых дозах оказывает противовоспалительное действие в бронхах, уменьшая выраженность отека слизистой оболочки бронхов, продукцию слизи, образование мокроты и гиперреактивность бронхов.

Ингалируемый будесонид быстро абсорбируется. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 30 мин. после начала ингаляции.

Метаболизм препарата и распределение. Связь с белками плазмы составляет в среднем 90%. Объем распределения будесонида составляет 3 л/кг. После всасывания будесонид подвергается интенсивной биотрансформации (более 90%) в печени с образованием метаболитов с низкой глюкокортикостероидной активностью.

Выведение. Метаболиты выводятся в неизменном виде с мочой или конъюгированной форме. Будесонид обладает высоким системным клиренсом (около 1,2 л/мин). Фармакокинетика будесонида пропорциональна величине вводимой дозы препарата.

Способ применения и дозы. Доза препарата подбирается индивидуально (таблица 4). В том случае, если рекомендуемая доза не превышает 1 мг/сут, всю дозу препарата можно применять за один раз (единовременно). В случае приема более высокой дозы рекомендуется ее разделить на два приема.

Рекомендуемая начальная доза

у детей от 6 месяцев и старше составляет 0,25-0,5 мг/сут. При необходимости доза может быть увеличена до 1 мг/сут. Доза при поддерживающем лечении – 0,25-2 мг/сут.

Для всех пациентов желательно определить минимальную эффективную поддерживающую дозу.

В случае необходимости достижения дополнительного терапевтического эффекта можно рекомендовать, благодаря более низкому риску развития системных эффектов, увеличение суточной дозы (до 1 мг/сут) Пульмикорта вместо комбинации препарата с пероральными глюкокортикостероидами.

При угрожающем жизни состоянии: Эуфиллин в/в 5 мг/кг за 20 мин., далее 1 мг/кг/сут (не получавшим Теофиллин внутрь); Гидрокортизон 100 мг или другой стероид в эквивалентной дозе в/в каждые 6 ч плюс Преднизолон внутрь 1-2 мг/кг; добавить к β_2 -агонистам ипратропиум бромид 0,25 мг.

Улучшение: кислород через маску; Пульмикорт суспензия через небулайзер или Преднизолон внутрь 1-2 мг/кг; β_2 -агонисты через небулайзер часто (вплоть до 1 раза в 30 мин.); ипратропиум бромид через небулайзер каждые 6 ч.

Прогрессирующая гипоксемия является главной причиной летального исхода при бронхиальной астме. Поэтому назначение кислорода является первым и необходимым шагом терапии, а также необходимо поддержание сатурации крови SaO_2 в пределах 90-92%.

Если нет улучшения, необходим Эуфиллин в/в 1 мг/кг в час (мониторинг концентрации при инфузии более 24 ч), а также перевод в отделение интенсивной терапии, если падает ПСВ и PaO_2 и нарастает PaCO_2 , нарушается сознание, «немое» легкое.

Таким образом, знание современных лекарственных средств и тактики ведения больных с острыми состояниями аллергических заболеваний позволяет надежно контролировать эти ситуации. 

Литература

- Аллергические болезни: диагностика и лечение. Пер. с англ. / Под ред. А.Г. Чучалина, И.С. Гуцина. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. 768 с.
- Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. 2-е изд., М.: Медицина, 1991. 368 с.
- Гребенников В.И. и соавт. Интенсивная терапия в педиатрии / Под ред. В.А. Михельсона. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 552 с.
- Клиническая аллергология. Рук-во для практических врачей / Под ред. М.Р. Хаитова. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 624 с.
- Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. Г. Лолора-младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана. М.: Практика. 2000. 806 с.
- Секреты аллергологии и иммунологии / Пер. с англ. М. Нагуа, М.Э. Гершвин. М.: Бино, 2004. 320 с.

Календарь мероприятий на 2010 год

ГМУ УД Президента РФ, Романов пер., д. 2

3 ФЕВРАЛЯ

Современные возможности диагностики и лечения неврологических заболеваний

Руководитель: профессор **В.И. Шмырев**, главный невролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

25-26 ФЕВРАЛЯ

Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы. II Всероссийская видеоконференция

Руководители: профессор **С.П. Даренков**, главный уролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой урологии РГМУ им. Н.И. Пирогова, профессор **Д.Ю. Пушкар**, главный уролог МЗиСР РФ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ

3 МАРТА

Совершенствование организации оказания специализированной акушерской помощи (на основе «Порядка оказания медицинской помощи женщинам вне и во время беременности»)

Руководитель: академик РАМН **Л.В. Адамян**, главный специалист по акушерству и гинекологии МЗиСР РФ, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ

17 МАРТА

Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний молочной железы

Руководитель: академик РАН и РАМН **М.И. Давыдов**, президент РАМН, главный онколог ГМУ УД Президента РФ, директор ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

31 МАРТА

Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины

Руководители: профессор **А.С. Лопатин**, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова Росздрава; член-корреспондент РАМН **Г.З. Пискунов**, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

14 АПРЕЛЯ

Новые подходы к лечению психических заболеваний

Руководитель: академик РАМН **А.С. Тиганов**, главный психиатр ГМУ УД Президента РФ, главный психиатр МЗиСР РФ, директор ГУ НЦПЗ РАМН

21 АПРЕЛЯ

Перинатальная патология у детей, связанная с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время беременности и родов

Руководитель: профессор **А.С. Петрухин**, заведующий кафедрой нервных болезней педиатрического факультета РГМУ

28 АПРЕЛЯ

Современные аспекты диагностики и лечения аллергических заболеваний

Руководитель: профессор **Л.А. Горячкина**, главный аллерголог ГМУ УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии РМАПО Росздрава

19 МАЯ

Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза

Руководитель: профессор **С.А. Чорбинская**, главный специалист по семейной медицине и гериатрии ГМУ УД Президента РФ, заместитель директора по учебной работе, заведующая кафедрой семейной медицины УНМЦ УД Президента РФ

26 МАЯ

Сердечная недостаточность. Школа ВНОК

Руководители: профессор **С.Н. Терещенко**, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи ФПДО МГМСУ Росздрава; профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

2 ИЮНЯ

Современные принципы диагностики, лечения и реабилитации женщин с доброкачественными опухолями внутренних половых органов

Руководитель: академик РАМН **Л.В. Адамян**, главный специалист по акушерству и гинекологии МЗиСР РФ, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ

9 ИЮНЯ

Новое в диагностике, лечении и профилактике гепатитов

Руководитель: академик РАМН **Н.А. Мухин**, заместитель главного терапевта ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой терапии и профессиональных заболеваний ММА им. И.М. Сеченова

23 ИЮНЯ

Диагностика, лечение и профилактика гинекологических заболеваний

Руководитель: профессор **В.Н. Прилепская**, заместитель директора по научной работе ГУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова

Л.Б. КИСТЕНЕВА,
В.В. МАЛИНОВСКАЯ,
О.В. ПАРШИНА,
Т.С. ГУСЕВА,
В.С. СУСКОВА,
В.И. ЕМЕЦ,
С.Г. ЧЕШИК,
Н.А. МАЛЫШЕВ

НИИ вирусологии
им. Д.И. Ивановского
РАМН, НИИ эпидемиологии
и микробиологии им.
Н.Ф. Гамалея РАМН, ФНЦ
трансплантологии и
искусственных органов
им. акад. В.И. Шумакова
Минздравсоцразвития РФ,
Инфекционная клиническая
больница №1, Москва

Разработка системы лечебно-профилактических мер по предупреждению перинатального инфицирования HCV-инфекцией

Вирусная HCV-инфекция является чрезвычайно актуальной проблемой для всего населения планеты. Вертикальная передача вируса гепатита С в проблеме этой инфекции занимает особое место, так как перинатальное инфицирование HCV ведет не только к заболеванию новорожденных и детей раннего возраста, но и к поддержанию циркуляции и сохранению вируса в популяции.

В начале 90-х гг. XX в. возможность вертикального заражения HCV считали спорной (1). Однако позднее рядом авторов было установлено, что в 4-10% случаев возможна передача вируса ребенку, если у матерей имеются антитела к HCV, а при наличии РНК HCV этот показатель возрастает до 33% (2-6). Особого внимания заслуживают факторы риска, способствующие вертикальной передаче вируса (социальные, клиничко-биохимические, акушерские, вирусные и прочие). По данным О.Н. Ершовой, при коинфекции ВИЧ и HCV частота перинатальной трансмиссии вируса гепатита С возрастает до 18% (7).

По данным ряда исследователей, большинство случаев рождения детей женщинами, инфицированными HCV, сопровождается пассивным переносом материнских антител трансплацентарно и при достоверной инфекции у новорожденного может обуславливать, помимо наличия у него антител, позитивные результаты тестов на РНК HCV (6, 8).

В повседневной клинической практике педиатры поставлены перед необходимостью ранней диагностики перинатального инфицирования вирусом гепатита С (9). Клинические

проявления внутриутробной HCV-инфекции имеют в основном неспецифический характер и зависят от срока гестации, количества и вирулентности возбудителя, пути инфицирования.

Часто инфекция новорожденных протекает в хронической форме, однако особенности ее динамики изучены недостаточно ввиду малого количества долговременных исследований.

Матери, инфицированные вирусом гепатита С, передают ребенку чаще всего антитела, иногда в сочетании с вирусом. Однако вопрос о протективной роли пассивно переданных антител по-прежнему остается нерешенным. Гуморальный ответ при HCV-инфекции выражен слабо и не приводит к формированию протективного иммунитета.

Лечение детей с перинатальной HCV-инфекцией – сложный и недостаточно изученный вопрос. Практически только в последние годы появились отдельные работы, посвященные этому вопросу. В работах отечественных инфекционистов для лечения детей использовался Виферон. По данным Л.Г. Горячевой (2005), Виферон давал положительный эффект только при назначении в ранние сроки инфекции (дети до 3 лет жизни), а у детей старше 3 лет лечение оказалось неэффективным. Применение Циклоферона (индуктора интерферона) в сочетании с Вифероном привело к полной ремиссии у 25% больных (10).

По данным И.А. Московской (2007), из 24 детей с признаками перинатального инфицирования HCV, не получавших Виферон в возрасте до 1 года, хронический гепатит С (ХГС) сформировался у 12 (50%). Из 87 детей, получавших Виферон, ХГС развился у 7 (8%). У детей, поступивших

под наблюдение в возрасте старше 1 года и получивших Виферон по поводу сформировавшегося гепатита С (6 пациентов), стойкий вирусологический эффект был получен в одном случае. В силу низкой эффективности Виферона у детей с уже сформировавшимся ХГС назначение препарата, по мнению автора, целесообразно только при обнаружении признаков транзитной вирусемии (9).

Таким образом, в настоящее время разработка вопросов интерферонотерапии перинатальной HCV-инфекции находится на начальном этапе, и требуются дальнейшие усилия по установлению эффективности и разработке тактики лечения этой группы пациентов.

В течение 5 лет нами проводилось клиничко-лабораторное наблюдение за 238 детьми, рожденными матерями с хронической HCV-инфекцией.

Схема скрининга детей из группы риска вертикальной передачи HCV учитывала уровень вирусемии матери. У детей, рожденных женщинами, у которых в сыворотке присутствует HCV РНК, в 3 месяца проверяли уровень АЛАТ и наличие РНК HCV. Обнаружение РНК HCV у ребенка позволяло считать ребенка инфицированным, если вирусемия подтверждалась в течение года при повторном анализе. В случае отсутствия РНК HCV и повышенном уровне АЛАТ были рекомендованы повторные анализы на РНК HCV в 6 и 12 месяцев и на присутствие антител в 18 месяцев.

Сохранение анти-HCV-антител в сыворотке при нормальном уровне АЛАТ у детей старше 18 месяцев, у которых никогда не обнаруживалась вирусемия, скорее всего, свидетельствовало о том, что ребенок пере-

нес инфекцию HCV. Дети, рожденные HCV-инфицированными, но РНК HCV-негативными женщинами, также обследовались в возрасте 3, 6, 12 и 18 месяцев. При нормальных показателях АЛТ и отсутствии анти-HCV в возрасте 18 месяцев наблюдение прекращалось.

В перечень стандартных лабораторных методов обследования входили клинический и биохимический анализы крови (определение уровня общего белка, билирубина, глюкозы, активности гепатоцеллюлярных ферментов (АСТ, АЛТ), щелочной фосфатазы, тимоловой пробы, маркера гепатита С (анти-HCV). Исследования проводили в клинической и биохимической лабораториях Инфекционной клинической больницы №1 г. Москвы. Диагностика HCV-инфекции была основана на определении специфических антител к HCV в сыворотке крови методом ИФА и выявлении РНК HCV в сыворотке крови. Персистенция анти-HCV-антител констатируется у всех новорожденных.

Для выявления наиболее значимых факторов риска перинатального HCV-инфицирования на 3-5 сутки были детально проанализированы особенности иммунограммы и показатели функционирования системы ИФН детей от матерей с HCV-инфекцией.

У новорожденных от HCV-инфицированных матерей выявлены следующие изменения иммунограммы: относительное и абсолютное содержание лимфоцитов в периферической крови повышено по сравнению со здоровыми новорожденными; среднее значение абсолютного количества Т-хелперов (CD4+) было достоверно выше у детей инфицированных пациенток; отмечена тенденция к увеличению абсолютного количества нормальных киллеров (лимфоцитов с маркером CD16); достоверное повышение относительного и абсолютного числа CD25+клеток, независимо от формы заболевания у матерей; достоверное увеличение концентрации IgG, тенденция к снижению уровня ЦИК.

При анализе интерферонового статуса у новорожденных от HCV-инфицированных матерей выявлено, что содержание α -ИФН в сыворотке крови детей от инфицированных матерей и уровень спонтанной продукции интерферона были достоверно

Таблица 1. Показатели продукции α -ИФН (пг/мл) у новорожденных от здоровых матерей и матерей с HCV-инфекцией

Группы обследования	n	Содержание в плазме	Спонтанная продукция	Индукцированная продукция
		Mediana (LQ; UQ)	Mediana (LQ; UQ)	Mediana (LQ; UQ)
HCV-инфекция	46	15,0** (15,0; 20,0)	15,0** (10,0; 20,0)	223,5 (108,6; 430,8)
Здоровые	26	10,0 (7,5; 10,0)	10,0 (7,5; 10,0)	260,4 (170,4; 349,7)

* Достоверное отличие значения показателя в основной группе и группе сравнения ($p < 0,05$). ** $p < 0,01$.

Таблица 2. Показатели продукции γ -ИФН (пг/мл) у новорожденных от здоровых матерей и матерей с HCV-инфекцией

Группы обследования	n	Содержание в плазме	Спонтанная продукция	Индукцированная продукция
		Mediana (LQ; UQ)	Mediana (LQ; UQ)	Mediana (LQ; UQ)
HCV-инфекция	68	3,0 (3,0; 3,0)	3,6** (3,0; 17,5)	18,3* (3,0; 50,4)
Здоровые	26	3,0 (3,0; 3,0)	3,0 (3,0; 3,0)	7,6 (3,0; 15,5)

* Достоверное отличие значения показателя в основной группе и группе сравнения ($p < 0,05$). ** $p < 0,01$.

выше показателей детей, родившихся у практически здоровых родильниц. Индуцированная продукция α -ИФН у новорожденных от матерей с HCV-инфекцией соответствовала условной норме (таблица 1).

Уровень спонтанной и индуцированной продукции γ -ИФН достоверно превышал показатели, полученные при обследовании детей от практически здоровых родильниц (таблица 2).

В большинстве случаев заболевание у перинатально инфицированных детей младшего возраста протекает как первично хронический процесс, что связано с незрелостью как врожденного, так и адаптивного противовирусного иммунного ответа.

Клинические проявления ВГС чаще всего минимальны, характеризуются умеренной гепатомегалией с минимальной (или отсутствовавшей) биохимической активностью, в редких случаях может быть субфебрилитет, длительное немотивированное недомогание, нерезко выраженные диспептические и абдоминальные жалобы.

С возрастом больных увеличивается и частота астеновегетативного, диспептического, геморрагического синдромов, спленомегалии, гипоальбуминемии, гипергаммаглобулинемии, а также внепеченочных проявлений, знаменуя переход в цирротическую фазу.

В течение 18 месяцев наблюдения за 238 детьми, родившимися у HCV-позитивных матерей, у 9 младенцев документировано перинатальное инфицирование вирусом гепатита С, что составило 3,8%. При этом хронический гепатит С в возрасте 18 месяцев

констатирован у 7 детей из 9 инфицированных HCV. У 2 детей перинатальная HCV-инфекция протекала как острый гепатит с 4-10-кратным повышением АсАТ и АлАТ, с гипербилирубинемией, обнаружением анти-HCV антител и РНК HCV, с затяжным течением и исходом в выздоровление. В 2 случаях произошло спонтанное исчезновение РНК HCV.

У детей в возрасте 18 месяцев для констатации инфицирования HCV уже достаточно выявления анти-HCV-антител класса IgG в сыворотке крови, так как к этому времени происходит освобождение от транзиторных материнских антител. В то же время для определения формы HCV-инфекции у матери и ребенка необходимо выявление РНК вируса, а для верификации перинатальной передачи HCV – определение его генотипа.

Контроль наличия РНК HCV и серологических маркеров HCV-инфекции у наблюдавшихся детей является оптимальным способом прогнозирования реализации перинатального инфицирования.

Инфицирование новорожденных вирусом гепатита С чаще всего является результатом вертикальной передачи вируса от матери, как правило, от матери с вирусемией, причем частота передачи, вероятно, коррелирует с вирусной нагрузкой, хотя при рассмотрении каждого конкретного случая уровень вирусемии не может считаться предиктором инфицирования ребенка.

Присутствие РНК HCV в сыворотке новорожденных сразу после рождения имеет высокую прогностическую и диагностическую ценность для ранней идентификации ХГС у детей. ➡

Таблица 3. Динамика элиминации анти-HCV-антител у детей, получавших Виферон (основная группа) и не получавших (группа сравнения), %

Группы	Новорожденные	3 мес.	6 мес.	12 мес.	18 мес.
Основная группа, n = 41	100	93	68	18	0
Группа сравнения, n = 60	100	96	70	21	6

Дети, родившиеся у HCV-инфицированных матерей, даже при отсутствии у них явных клинических нарушений нуждаются в длительных последующих наблюдениях.

На ранних стадиях перинатальной приобретенной HCV-инфекция характеризуется разной степени выраженности отклонениями от нормы уровня АЛТ, свидетельствующими об активном взаимодействии между множеством факторов защиты организма хозяина и факторами патогенности вируса. Частота хронизации инфекции является высокой, однако связанное с инфекцией заболевание печени, как правило, не является тяжелым. По данным ряда исследователей, высокий уровень АЛТ в начале заболевания представляется связанным с более высокой вероятностью выхода в биохимическую ремиссию и исчезновения виремии в период наблюдения.

Ни у кого из наблюдавшихся нами детей ятрогенный путь заражения заподозрен не был.

Поскольку применение препаратов интерферона эффективно как при лечении заболеваний, вызванных персистирующей инфекцией, так и для профилактики инфицирования ребенка, мы назначали детям, родившимся от HCV-инфицированных матерей, курс препарата Виферон® 150000 МЕ. Виферон был нами выбран в качестве основного иммуномодулирующего медикаментозного средства ввиду его эффективного противовирусного действия, подтвержденного многочисленными литературными данными, хорошей переносимости и

безопасности использования у детей первого года жизни, доказанных клиническим опытом, неинвазивности введения, возможности точной дозировки препарата.

При решении вопроса об оптимальной динамике контрольного обследования учитывали ряд особенностей иммунного статуса новорожденных и детей первых лет жизни: незрелость иммунитета и выраженную физиологическую динамику иммунологических показателей у детей первых лет жизни; высокое содержание специфических анти-HCV-антител в сыворотке крови новорожденных, переданных трансплацентарно от анти-HCV-позитивных матерей; иммуносупрессивность препаратов интерферона, и в частности Виферона; относительную инертность изменения основных иммунологических показателей *in vivo*.

Одним из наиболее весомых доказательств протективного эффекта Виферона является анализ динамики выявления антител к HCV. Нами были проанализированы результаты обследования 41 ребенка, получавшего Виферон (основная группа), и 60 детей, не прошедших курс виферонотерапии (группа сравнения) (таблица 3). Критерием отбора детей в этот фрагмент исследования было обязательное исследование анти-HCV-антител в сыворотке крови во всех «рабочих точках» периода наблюдения, то есть в первые дни жизни, 3, 6, 12 и 18 месяцев.

Данные, представленные в таблице 3, показывают, что в период новорожденности (3-5 сутки жизни) у всех 100% детей обеих групп были выявлены анти-HCV-антитела. Однако уже

в возрасте 3 месяцев наблюдается различие в частоте положительных проб в основной группе и группе сравнения, величина которого сохраняется в течение первого года жизни. В возрасте 1,5 лет величина различия показателя возрастает в 2 раза, при этом у детей основной группы происходит полная элиминация материнских антител. У 6% детей группы сравнения выявляются специфические антитела к антигенам гепатита С, что предполагает перинатальное инфицирование и соответствует литературным данным о частоте передачи инфекции от матери к плоду. Ни один из 9 детей с подтвержденным нахождением вирусной РНК фактом перинатального инфицирования вирусом гепатита С не получал Виферон.

Результаты нашего наблюдения за 238 детьми, рожденными женщинами с HCV-инфекцией, подтвердили протективный эффект проведенного курса Виферона в течение первых 12 недель жизни.

В повседневной клинической практике установление факта передачи HCV новорожденному – чрезвычайно важная и ответственная задача. Подтверждение или исключение инфицирования ребенка определяет тактику его наблюдения, индивидуальный календарь прививок, прогноз. В плане оценки эпидемиологической ситуации частота вертикальной трансмиссии HCV от матерей играет решающую роль в прогнозировании инфекции в следующих поколениях.

Учитывая результаты собственных исследований и литературных данных, считаем правомерным применение α -интерферона, в частности, Виферона, у детей, рожденных от матерей, инфицированных гепатитом С, сразу после рождения, несмотря на отсутствие клинических проявлений инфекции. 

Литература

- Kuroki T., Nishiguchi S., Fukuda K. Transmission of hepatitis C virus from mothers with chronic hepatitis C without human immunodeficiency virus // *J Infect Dis.* 1992; Nov, 166, 5: 1192-3.
- Шахгильдян И.В., Ершова О.Н., Кузин С.Н. и др. Современная эпидемиологическая характеристика гепатита С в Российской Федерации и пути совершенствования профилактики этой инфекции / Тез. 7 Росс. научно-практ. конф. «Вирусные гепатиты – эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика». М., 2007. С. 168-171.
- Benaglia G., Dodi I., Tanzi M.L. et al. Vertical transmission of the hepatitis C virus *Acta Biomed Ateneo Parmense.* 2000; 71 Suppl 1: 559-62.
- Raptopoulou-Gigi M., Orphanon E., Lalla T.H. et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in a cohort of pregnant women in northern Greece and transmission of HCV from mother to child // *Eur J Epidemiol.* 2001; 17(3): 263-6.
- Roberts E.A., Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus infection // *Hepatology.* 2002; Nov, 36 (5 Suppl 1): S106-13.
- Steininger C., Kundi M., Jatzko G. et al. Increased risk of mother-to-infant transmission of hepatitis C virus by intrapartum infantile exposure to maternal blood // *J Infect Dis.* 2003; Feb 1, 187(3): 345-51. *Epub* 2003; Jan 8.
- Ершова О.Н. Современные проявления эпидемического процесса гепатита С, активность естественных путей передачи и совершенствование профилактики этой инфекции. Автореф. дис. д.м.н. М., 2006. 47 с.
- Resti M., Azzari C., Mannelli F. et al. Mother to child transmission of hepatitis C virus: prospective study of risk factors and timing of infection in children born to women seronegative for HIV-1. *BMJ* 1998, 317: 437-441.
- Московская И.А. Болезни печени у детей. Тула, 2007. 532 с.
- Горячева Л.Г. HB- и HС-вирусные инфекции у детей, инфицированных в раннем возрасте. Автореф. дис.... д.м.н. М., 2005. 46 с.

ГЕРПЕС И ЦИТОМЕГАЛИЯ
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D
ХЛАМИДИОЗ, МИКОПЛАЗМОЗ
УРЕАПЛАЗМОЗ
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
ПИЕЛОНЕФРИТ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
ДИСБАКТЕРИОЗ
ЭНДОМЕТРИОЗ И
ВУЛЬВОВАГИНИТ
МЕНИНГИТЫ
КАНДИДОЗ
ГРИПП И ОРВИ



суппозитории мазь и гель **ВИФЕРОН**®

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- Препарат разрешен к применению у беременных женщин и новорожденных детей
- Не вызывает побочных эффектов, имеет минимум противопоказаний и хорошо совместим с другими лекарствами
- Эффективность подтверждена ведущими клиницистами



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



Производитель ООО «ФЕРОН»
123098 г.Москва, ул. Гамалеи, дом 18, корп. А
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи РАМН
тел/факс (495/499) 193-3060, 193-4332, 193-5558
e-mail: viferon@rol.ru www.viferon.su www.interferon.su

И. Н. ЗАХАРОВА,
Е. Н. АНДРЮХИНА,
Ю. А. ДМИТРИЕВА
РМАПО, Москва

Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения инфекционных и неинфекционных диарей у детей

Диареи часто встречаются в практике педиатра. По данным Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ от 2009 года, от поноса ежегодно умирает 1,5 млн детей. Диарея представляет собой учащение более 2-3 раз в сутки опорожнения кишечника с выделением жидкого или кашицеобразного стула (1). Наиболее опасными являются последствия диареи в виде обезвоживания организма и потери солей. К этому предрасполагают анатомо-физиологические особенности пищеварительного тракта у детей раннего возраста, лабильность обменных процессов.

Причиной развития диарей у детей могут быть неправильное вскармливание, непереносимость определенных продуктов питания и компонентов пищи, бактериальные и вирусные инфекции, использование антибактериальных, слабительных и других лекарственных средств и др.

В зависимости от причины и длительности диареи делятся на инфекционные и неинфекционные, острые и хронические. При острой диарее симптомы сохраняются до 1-3 недель. Острые диареи инфекционного генеза обусловлены воздействием вирусов, бактерий, грибков, паразитов. Наиболее частыми причинами являются вирусы (ротавирусы, норовирусы, астровирусы, аденовирусы и др.), реже – бактерии (энтеропатогенные и энтеротоксигенные штаммы эшерихий, шигеллы, сальмонеллы и др.) и паразиты (криптоспоридии, балантидии и др.) (2).

Выделяют особую группу – антибиотик-ассоциированные диа-

реи (ААД), которые составляют от 5 до 30% всех случаев диарей. Согласно определению ВОЗ, ААД представляет собой три или более эпизодов жидкого, водянистого стула в течение суток, которые возникают на фоне антибактериальной терапии или в течение 2 месяцев после ее прекращения (3). Риск развития ААД существенно повышается при применении клиндамицина, линкомицина, аминопенициллинов, цефалоспоринов 3 поколения.

ААД в большинстве случаев имеет легкое течение и, как правило, не требует специфического лечения, а отмена антибиотика чаще всего приводит к купированию симптомов заболевания. Однако в ряде случаев развивается псевдомембранозный колит, характеризующийся наличием округлых фибриновых бляшек, сливающихся при прогрессировании процесса между собой на фоне геморрагий слизистой оболочки толстой кишки. Наиболее тяжелые формы ААД и псевдомембранозного колита обусловлены воздействием токсинов А (энтеротоксин) и В (цитотоксин) *Clostridium difficile* (4). Оба токсина действуют синергично, провоцируют развитие поверхностного воспаления слизистой оболочки кишки с последующей секрецией в ее просвет экссудата, содержащего большое количество белка, нейтрофилов, моноцитов и слущенных энтероцитов. Псевдомембранозный колит может развиваться в результате воздействия *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella oxytoca*, *Staphylococcus aureus* и др., а также грибков рода *Candida*. Основными симптомами антибиотик-ассоциированной диа-

реи являются понос, схваткообразные боли в животе, стихающие после дефекации. Иногда заболевание сопровождается повышением температуры тела, появлением воспалительных изменений в анализе крови и лейкоцитов в кале (3).

Острые диареи неинфекционного генеза могут быть связаны и с воздействием психогенных, алиментарных, аллергических, токсических, эндокринных факторов. Неинфекционные диареи делятся преимущественно более 3 месяцев и являются хроническими (1). Причины их возникновения могут быть панкреатогенными (хронический панкреатит, муковисцидоз); гепатобилиарными (нарушение желчеобразования и желчеотделения); тонкокишечными (целиакия, болезнь Уиппла, лимфома, болезнь Крона и другие); толстокишечными (язвенный колит, ишемический колит, болезнь Крона, полипоз, опухоли); нейрофункциональными (синдром раздраженной кишки, функциональная диарея); гастрогенными (атрофический гастрит, резекция желудка, демпинг-синдром); эндокринными (диабет, тиреотоксикоз); сосудистыми (вакулиты, ишемия); лекарственными; токсическими; радиационными. Кроме того, причинами неинфекционных диарей могут являться гормонально активные опухоли (випома, гастринома, карцинома); гастроинтестинальная форма пищевой аллергии и другие.

Жидкий стул может быть кашицеобразным, водянистым, слизистым, слизисто-гнойным, кровянисто-слизистым (рисунки 1-6, таблица 1).

По механизму развития диареи различают секреторный, осмотиче-

ский, гипер- и гипокинетический и экссудативный типы (таблица 2) (1). Секреторная диарея обусловлена активной секрецией ионов натрия и воды в просвет кишки. Осмолярная диарея развивается вследствие повышенного осмотического давления пищевого химуса. Гипер- и гипокинетическая диарея возникает в результате нарушения транзита кишечного содержимого. Экссудативная диарея наблюдается вследствие «сброса» воды и электролитов в просвет кишки через поврежденную слизистую оболочку и сопровождается экссудацией белка в просвет кишки.

При болезнях тонкой кишки стул обычно становится объемным, водянистым или жирным. При заболеваниях толстой кишки, напротив, стул может быть частым, но менее обильным, он может содержать кровь, гной и слизь. В отличие от диареи, связанной с патологией тонкой кишки, поносы при патологии толстой кишки в большинстве случаев сопровождаются болями в животе. Для заболеваний прямой кишки характерен частый, скудный стул в сочетании с тенезмами и ложными позывами к дефекации.

Для назначения адекватной терапии ребенку с диареей необходимо как можно раньше поставить правильный диагноз. Дифференциальный диагноз проводится на основании тщательного собранного анамнеза жизни, заболевания, сведений о наследственности, результатов клинического осмотра ребенка, а также лабораторных и инструментальных методов исследования.

Необходимо уточнить при сборе анамнеза:

- 1) режим и характер кормления ребенка;
- 2) при кормлении грудью 

Таблица 1. Дифференциальный диагноз диарей инфекционного и неинфекционного генеза в зависимости от характера стула

Диареи инфекционного генеза		
Водянистая диарея	Жирная диарея	Кровянистая диарея
Эшерихиоз. Ротавирусная инфекция. Криптоспоридиоз	Сальмонеллез	Шигеллез. Сальмонеллез. Камбиллобактериоз. Иерсиниоз. Эшерихиоз
Диареи неинфекционного генеза		
Аллергия к белкам коровьего молока. Дисахаридазная недостаточность. Целиакия. Хлоридная диарея. Эозинофильный гастроэнтерит. Гипертиреозидизм. Синдром раздраженной толстой кишки. Адреногенитальный синдром	Муковисцидоз. Синдром Швахмана– Даймонда. Хронический панкреатит. Интестинальная лимфангиоэктазия	Полипоз кишечника. Язвенный колит. Болезнь Крона. Опухоль кишки. Сосудистая эктазия кишки

Таблица 2. Патогенетические варианты и механизмы развития различных диарей у детей (1)

Тип диареи	Механизм развития	Характер стула
Секреторная (повышенная секреция воды и электролитов в просвет кишки)	Увеличение гидростатического давления при поражении лимфатических сосудов кишечника (лимфангиэктазия, лимфома, амилоидоз, болезнь Уиппла); присутствие в кишке секреторных агентов (желчные и жирные кислоты, бактериальные энтеротоксины, слабительные, содержащие антрагликозиды, касторовое масло; вазоактивный интестинальный пептид, глюкагон, серотонин, кальцитонин и др.)	Обильный водянистый
Осмотическая (сниженная абсорбция воды и электролитов)	Нарушение переваривания и всасывания пищевых веществ; недостаточное время контакта химуса с кишечной стенкой (резекция тонкой кишки, межкишечный свищ); повышение содержания осмотически активных веществ в просвете кишечника	Полифекалия, стеаторея
Гипер- и гипокинетическая	Повышенная скорость транзита химуса по кишечнику (неврогенная, гормональная или фармакологическая стимуляция); замедленная скорость транзита (склеродермия, синдром слепой петли)	Жидкий или кашицеобразный, необильный
Экссудативная	Воспалительные изменения стенки кишки (болезнь Крона, язвенный колит, туберкулез кишечника, сальмонеллез, дизентерия); экссудативные энтеропатии с потерей белка	Жидкий, необильный, слизь, кровь

Таблица 3. Характер стула у грудных детей в зависимости от вскармливания (7)

Питание	Цвет	Форма, консистенция	Особые примеси	Объем	Запах	Число эпизодов в сутки
Женское молоко	Желтый, зеленоватый	Равномерно мажущийся, либо жидкий, с комочками	Может быть немного слизи	Незначительный (20-30 г)	Кислый	2-6
Докорм коровьим молоком	Желтоватый	«Мазевидный» или оформленный, плотноватый	–	Больше 30-40 г	Кисловатый, «сырный»	1-3
Прикорм – каша, овощи	Коричневатый	«Мазевидный» или оформленный	Остатки овощей	Обильный (40-80 г)	Резкий или тухлый	1-3
Голод	Темно-зеленый, черный	Густой	–	Очень малый	Резкий	1 раз в 1-2 дня

Таблица 4. Связь диареи с особенностями питания ребенка (8)

Связь диареи с употреблением	Заболевания
Молочных продуктов	Аллергия к белкам коровьего молока; лактазная недостаточность
Продуктов, содержащих сахарозу	Сахарозо-изомальтазная недостаточность
Продуктов, содержащих глюкозу	Глюкозо-галактозная мальабсорбция
Продуктов, содержащих крахмал	Мальабсорбция крахмала
Определенного объема пищи	Аномалии желудочно-кишечного тракта; нерациональное по объему питание
Различных продуктов	Пищевая аллергия; пищевая непереносимость
Жирных продуктов	Нерациональное питание; заболевания, сопровождающиеся экзокринной недостаточностью поджелудочной железы; заболевания печени и желчевыводящих путей

Таблица 5. Дифференциальный диагноз диареи инфекционного и неинфекционного генеза

Симптомы	Инфекционная диарея	Неинфекционная диарея
Эпидемиологический анамнез	Отягощен	Не отягощен
Связь с нарушением диеты	–	Имеется
Лихорадка	Может быть	Может быть при язвенном колите, болезни Крона
Наличие симптомов вегетативной дисфункции	–	Типично для синдрома раздраженной кишки
Снижение массы тела	–	Встречается при синдроме мальабсорбции, болезни Крона, язвенном колите, опухоли
Гиперпигментация кожи	–	Может быть при надпочечниковой недостаточности
Полифекалия	–	Типична для мальдигестии и мальабсорбции
Кровь в стуле	Может быть при дизентерии, сальмонеллезе, эшерихиозе, клостридиозе и т.д.	Может быть при язвенном колите, болезни Крона, опухоли, ишемическом колите и т.д.
Длительность диареи	1-3 нед.	Более 3 мес.
Симптомы интоксикации	Присутствуют	При выраженных водно-электролитных нарушениях
Рвота	Может быть	+/-

Таблица 6. Характеристика стула при диареях неинфекционного генеза (8)

Характеристика стула	Заболевания
Разжиженный, пенный с кислым запахом	Дисахаридная недостаточность; глюкозо-галактозная мальабсорбция
Водянистая диарея	Дисахаридная недостаточность; глюкозо-галактозная мальабсорбция; аллергия к белкам коровьего молока; синдром раздраженной кишки; гормонпродуцирующие опухоли; врожденная хлоридная диарея; идиопатическая семейная диарея; врожденная гиперплазия надпочечников
Жирный стул (жирные капли вытекают из анального отверстия, белье трудно отстирывается, горшок плохо отмывается), нередко сочетается с выпадением слизистой прямой кишки, имеет характерный запах	Муковисцидоз; врожденная липазная недостаточность
Выраженная полифекалия, нередко – серый, жирный стул	Целиакия; энтеропатический акродерматит
Чередование запоров и кашицеобразного стула, появление диареи на фоне стресса, нередко в сочетании со схваткообразными болями в животе	Синдром раздраженной кишки

стул у младенца чаще всего кашицеобразный, с частотой до 5 раз в сутки, что не является патологией, а вот при голодании или при неполноценном питании отмечается изменение характера стула без увеличения его частоты. Необходимо попытаться найти связь между появлением жидкого стула и изменениями в рационе питания (таблица 3);

3) при подозрении на пищевую аллергию следует уточнить, явилось ли возникновение диареи следствием введения ребенку продуктов, содержащих белок коровьего молока, глютен и других аллергенов (таблица 4);

4) данные о наследственности у ребенка с диарейным синдромом (наличие в семье целиакии, язвенного колита, болезни Крона и др.), недавно перенесенных оперативных вмешательств на желудочно-кишечном тракте (резекция желудка, тощей кишки и др.);

5) данные о применении лекарственных препаратов, которые могут вызывать учащение и разжижение стула (слабительные; антациды, содержащие соли магния; антибиотики (особенно клиндамицин, линкомицин, ампициллин, цефалоспорины 3-го поколения); антиаритмические препараты (квинидин, пропранолол); соли калия (панангин, аспаркам); сахарозаменители (сорбитол); препараты урсоеоксихолевой кислоты; холестирамин; сульфасалазин; антикоагулянты);

6) эпидемиологический анамнез: наличие больных в окружении, набор продуктов питания за последние 3 суток, пребывание в других стационарах в течение 10 дней до заболевания;

7) длительность заболевания, начальную симптоматику, последовательность появления отдельных симптомов (боль в животе, тошнота, рвота, изжога, отрыжка, диарея, запаха ацетона изо рта, а также лихорадка и симптомов интоксикации). Необходимо обратить внимание на частоту и консистенцию стула, его объем, наличие патологических примесей (кровь, слизь, зелень, непереваренные комочки, пена), запаха (кислый, зловонный, тухлый и т.д.), тенезмов, метеоризма, связи болевых синдромов с актом дефекации.

Тщательно собранный анамнез

в сочетании с данными физикального обследования позволяет выставить предположительный диагноз, определить форму и тип диареи.

Предполагаемый диагноз необходимо подтвердить с помощью лабораторных, бактериологических и инструментальных методов исследования. При подозрении на острую кишечную инфекцию в план исследования включается посев кала на патогенную микрофлору, посев крови на стерильность (при сохраняющейся лихорадке), посев рвотных масс (при подозрении на сальмонеллез), серологическое исследование крови на иерсиниоз, псевдотуберкулез, дизентерию, сальмонеллез, эшерихиоз, кала на вирусы (ротавирусы, норовирусы, аденовирусы и т.д.). Целесообразно проведение копрологического исследования, позволяющего уточнить степень мальабсорбции, а также выявить наличие лейкоцитов, эритроцитов и слизи в кале, типичных для инфекционных заболеваний с преимущественным поражением толстой кишки. В ряде

случаев оправдано исследование кала на дисбактериоз, липидограмму, углеводы.

Дифференциальный диагноз диарей инфекционного и неинфекционного генеза представлен в таблице 5.

При проведении дифференциальной диагностики все заболевания неинфекционного генеза, сопровождающиеся диареей, условно можно разделить на две большие группы: диареи при воспалительных заболеваниях кишечника и синдроме нарушенного переваривания и всасывания (мальабсорбция). Для каждой из этих групп свойственен определенный характер стула. При воспалительных заболеваниях толстой кишки стул чаще кашицеобразный, реже жидкий. При обострении заболевания он становится частым, нередко появляется в ночное время. Типично наличие слизи, крови, гноя. При синдроме нарушенного переваривания и всасывания стул чаще жидкий или кашицеобразный, он может быть обильным, непереваренным, пенным, «блестящим», с запа-

хом (зловонным, кислым, затхлым и т.д.) (таблица 6).

Тщательное микроскопическое исследование кала позволяет обнаружить признаки воспаления в виде скопления лейкоцитов, слущенного эпителия, характерных для воспалительных заболеваний кишки. Копрологическое исследование дает возможность выявить избыток нейтрального жира (стеаторею 1-го типа), мышечных волокон (креаторею) и глыбки крахмала (амилорею), свидетельствующих о нарушениях кишечного пищеварения. Большое значение для проведения дифференциального диагноза диарей имеет обнаружение яиц глистов, амеб, цист лямблий. Необходимо обращать внимание на pH кала, который в норме обычно > 6,0. Снижение pH кала может быть связано с бактериальным гидролизом нерасщепленных углеводов. Увеличение pH стула чаще наблюдается вследствие злоупотребления некоторыми слабительными препаратами.

При сочетании диареи с абдоми-



Современные энтеросорбенты с противовирусным действием

Фильтрум-Сафари®

все лучшее от Фильтрума



- Доказанная эффективность при ротавирусной инфекции
- Широкий спектр: острая вирусная и бактериальная кишечные инфекции
- Лечение и профилактика при синдроме «диарея путешественника»



Фильтрум-Сафари: по 1–3 пастилке
Фильтрум^{СТИ}: по 1–3 таблетке } 3 раза в день
до 10–14 дней

Таблица 7. Иммунодефицитные состояния, сопровождающиеся диарей (9)

Заболевание	Клиническая картина	Характер стула	Диагностические критерии
Агаммаглобулинемия врожденная X-сцепленная (типа Брутона)	Дети хорошо развиваются в течение 6 месяцев, затем развиваются пневмонии, отиты, фурункулезы, поражения ЖКТ и т.д.	Диарея вначале умеренная, затем может быть водянистой, сопровождающейся выраженными водно-электролитными нарушениями, потерей витаминов и микроэлементов	Уровень гамма-глобулинов ниже 1 г/л у детей до 1 года и ниже 5 г/л у детей старшего возраста
Селективная недостаточность секреторного иммуноглобулина класса IgA	Дети склонны к повторным вирусным и бактериальным респираторным и кишечным заболеваниям	Диарея чаще появляется после перевода на искусственное вскармливание. Хроническая диарея с потерей жира и витаминов	Отсутствие иммуноглобулина класса IgA при нормальном содержании IgM и IgG
Незелофа синдром	Появляется в возрасте до 3 лет, у детей рецидивирующие вирусные и грибковые инфекции	Диарея умеренная, возможна стеаторея	Отсутствие или резкое снижение Т-клеточного иммунитета при нормальном содержании иммуноглобулинов
Ди Джорджи синдром	Гипоплазия тимуса, после рождения у ребенка появляются судороги. Выявляются внешние малые аномалии развития (гипертелоризм, микрогнатия). Дети предрасположены к грамотрицательным инфекциям, цитомегаловирусной, герпетической инфекции, кандидозу	В тяжелых случаях отмечается водянистая диарея, развивающаяся на первом году жизни	Отсутствие вилочковой железы при рентгенографии грудной клетки
Вискота–Олдрича синдром	Развивается только у мальчиков. Характерна тромбоцитопения, петехии, экхимозы, кровотечения из слизистых, распространенная энантема, пиодермия, гнойные отиты, пневмония, частые бактериальные и грибковые инфекции	Может быть водянистая диарея за счет непереносимости белков коровьего молока	Дефицит IgM при нормальном содержании IgA, IgG, IgE, «лысая» кишка при еюноскопии


Рисунок 1. Осмотическая диарея у ребенка с вирусной кишечной инфекцией

Рисунок 2. Стул при антибиотик-ассоциированной диарее

нальным синдромом необходимо уточнить характер абдоминального синдрома (схваткообразные, тупые, ноющие боли). Нередко подобные симптомы типичны для синдрома раздраженной кишки, чаще наблюдающиеся у детей с неустойчивой психикой, с последствиями постгипоксического поражения ЦНС. Появление абдоминального синдрома в сочетании с метеоризмом и обильным пенистым стулом с кислым запахом на фоне приема молочных продуктов характерно для аллергии к белкам коровьего молока, лактазной недостаточности. Сочетание диареи с повторной рвотой может быть при аллергии к белкам коровьего молока, аномалиях развития кишечника. Сочетание высыпаний на коже и диарейного синдрома встречается при аллергии к белкам коровьего молока, энтеропатическом акродерматите, герпетиформном дерматите.

Особую группу хронических диарей составляет диарея при иммунодефицитных состояниях, которые являются одним из симптомов заболевания. Особенности течения состояний при нарушении гуморального и клеточного иммунитета представлены в таблице 7.

Тактика ведения детей при диареех инфекционного и неинфекционного генеза существенно различается.

Диетотерапия при инфекционной диарее у детей в возрасте до одного года заключается в уменьшении объема питания наполовину с увеличением кратности приема пищи до 8-10 раз в день (5). При грудном вскармливании с целью коррекции вторичной лактазной недостаточности, развивающейся на фоне инфекционной диареи, добавляются ферменты, вызывающие гидролиз лактозы («Лактаза беби», «Лактазар»). При искусственном вскармливании целесообразно кормить детей низколактозными («Нутрилон низколактозный», «Хумана ЛП») и другие аналоги) или безлактозными смесями на основе молока («НАН безлактозный», «Энфамил лактофри» и другие аналоги) или сои («Фрисосой», «Нутрилон соя» и другие аналоги).

Из питания детей в возрасте старше 1 года необходимо исключить цельное коровье или козье молоко, кефир, йогурт, сметану, сливки, ряженку, бульоны, хлеб, бобовые, свеклу, огурцы, репу, редис, редьку. В острый период рекомендуются каши, не содержащие глютен, молоко, лактозу. Рекомендуются каши – рисовая, кукурузная, гречневая, пшеничная, овощное пюре, печеное яблоко. Детям в возрасте старше трех лет рекомендуется употребление безлактозного молока.

Лечебное питание при диарее неинфекционного генеза зависит от характера заболевания. Так, при дисахаридазной недостаточности детям первого года жизни рекомендуются низколактозные и безлактозные смеси на основе молока и сои. При аллергии к белкам коровьего молока назначаются смеси на основе гидролизата белка («Фрисопеп АС», «Нутрамиген», «Прегестимил», «Нутриллон Пепти ТСЦ», «Алфаре» и другие аналоги). При подтвержденном диагнозе целиакии рекомендуется пожизненное соблюдение безглютеновой диеты.

Ввиду потерь со стулом при диарее большого количества воды и электролитов, приводящих к обезвоживанию и метаболическим нарушениям, при тяжелых состояниях необходимым является проведение регидратации как оральной, так и парентеральной. Оральная регидратация осуществляется путем использования раствора Регидрон, содержащего 3,5 г хлорида натрия, 2,9 г натрия цитрата, 2,5 г хлорида калия, 10 г глюкозы. Осмолярность раствора составляет 330 мосм/л, что необходимо учитывать при тяжелых диареях. В современные растворы для оральной регидратации введены полимеры глюкозы, сахароза, крахмал (из риса, пшеницы, чечевицы, картофеля), за счет чего достигается медленное и более полное всасывание углеводов. Кроме того, добавление в питание пищевых волокон из пектинов яблок, моркови, апельсинов, черники способствует блокаде адгезии кишечной палочки, клебсиллы, синегнойной палочки к эпителию тонкой кишки.

При диареях инфекционного и неинфекционного генеза проводится медикаментозная терапия. В терапию включаются препараты – сорбенты на основе полифепана (Филь-

трум, Филтрум-Сафари, Лактофильтрум), глины (Неосмектин, Смекта), Энтеросгеля и др. Отдельно хочется отметить Лактофильтрум, так как в отличие от других энтеросорбентов в нем дополнительно содержится лактулоза (пребиотик), которая способствует восстановлению нормальной микрофлоры кишечника, и Филтрум-Сафари, специально созданный для детей. Выпускается в виде пастилок со вкусом шоколада и лесных ягод, гипоаллергенен, не содержит сахара и, в отличие от других энтеросорбентов, содержит фруктоолигосахариды – пребиотики, положительно влияющие на микрофлору кишечника.

Антибактериальная терапия при инфекционной диарее назначается при:

- 1) инвазивных диарей;
- 2) тяжелых и генерализованных формах заболевания;
- 3) легких и среднетяжелых формах заболевания у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном;
- 4) холере, амебиазе, брюшном тифе, сальмонеллезе.

Препаратами выбора являются фурановые препараты, в частности нифуратель (Макмирор), налидиксовая кислота.

В комплексную терапию больных с диареями входят пробиотики. Предпочтение отдается препаратам, не содержащим лактозу, – «Бифиформ беби», «Бифиформ», «Бифиформ-малыш», «Нормофлорин Л», «Нормофлорин В», «Йогулакт», «Примадофилус», «Нормобакт». При наличии симптомов панкреатической недостаточности в терапию включаются ферментные препараты на основе панкреатина (Микразим, Креон, Мезим-форте) из расчета 1000 ЕД на килограмм массы до липазе. Длительность терапии зависит от заболевания.

Своевременная диагностика, диф-



Рисунок 3. Стул ребенка при инфекционном энтероколите



Рисунок 4. Стул со слизью у ребенка с аллергией к белку коровьего молока



Рисунок 5. Стул ребенка при вирусной диарее

ференциальный диагноз и адекватное лечение детей с диареями позволят существенно сократить летальность.

Литература

1. Парфенов А.И. Диарея и место пробиотиков в ее лечении // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. 2007; Т. 9, №1.
2. Preliminary Foodnet data on the incidence of foodborne illnesses – selected sites, United States, 2002, MMWR Mortal Wkly Rep 2003; 52: 340-3.
3. Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А., Сугян Н.Г. Антибиотик-ассоциированные диареи: лечение и профилактика // Consilium Medicum. Педиатрия. 2009; №2.
4. Маев И.В., Самсонов А.А. Антибиотик-ассоциированная диарея // Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2007; Т. 9, №1.
5. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2009.
6. Каджаева Э.П., Усенко Д.В., Горелов А.В. Современные нитрофураны в лечении кишечной инфекции у детей // Фарматека. 2007; №13, Т. 147: 79-83.
7. Херл М. Дифференциальная диагностика. Новосибирск, 1998. Т. 2: 336-346.
8. Практическое руководство по детским болезням / Под ред. В.В. Коколиной, А.Г. Румянцев. Т. 2. / С.В. Бельмер, А.И. Хавкин. Гастроэнтерология детского возраста. М.: Медпрактика, 2003. С. 159-191.
9. Майданник В.Г. Педиатрия: учеб. для студ. высших медицинских учебных заведений. Изд. 2. Харьков, 2002. С. 1010-1015.

Т.А. ЛАЗЕБНИК,
В.Н. РУМЯНЦЕВА,
Н.А. ШЕЙДЕ,
Т.В. НАЗАРЕНКО,
О.Ф. КРАСАВЦЕВА

Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина®

В последние годы и родители, и педагоги часто жалуются на задержки речевого развития у детей раннего и дошкольного возраста. Дети поздно начинают говорить, мало и плохо разговаривают, их речь бедна и примитивна. Специальная логопедическая помощь нужна практически каждой группе детского сада. Такая картина наблюдается не только в нашей стране, но и во всем мире.

Как показали специальные исследования, 25% четырехлетних детей страдают серьезными нарушениями в речевом развитии. В середине 70-х годов XX в. дефицит речи наблюдался только у 4% детей того же возраста. За последние 20 лет число речевых нарушений возросло более чем в 6 раз (1).

В основу логопедического заключения при обследовании дошкольников с нормальным интеллектом заложены характеристики нарушения речи согласно симптомологической (психолого-педагогической) и клинко-педагогической классификациям, раскрывающим меха-

низм, формы и виды речевых расстройств.

Психолого-педагогическая классификация учитывает вид и степень выраженности нарушений различных компонентов речи. В данной классификации присутствуют следующие группы нарушений речи:

1) фонетическое нарушение речи (ФНР) или нарушение произношения отдельных звуков (НПОЗ). При ФНР нарушены фонетическая сторона речи (звукопроизношение, звуко-слоговая структура речи, просодика) в комплексе или какие-либо отдельные компоненты фонетического строя речи (например, только звукопроизношение или звукопроизношение и звуко-слоговая структура слова);

2) фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР). При ФФНР наряду с нарушением фонетической стороны речи имеется и недоразвитие фонематических процессов: фонематического восприятия (слуховой дифференциации звуков), фонематического анализа и синтеза, фонематических

представлений;

3) лексико-грамматическое недоразвитие речи (ЛГНР). При ЛГНР у детей присутствует нормальное звукопроизношение, относительно сохранены фонематические процессы (чаще всего в результате логопедического воздействия), однако отмечаются ограниченный словарный запас и нарушение грамматического строя речи;

4) общее недоразвитие речи (ОНР I, II и III уровня), а также нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НОНР). При ОНР у детей нарушены все компоненты языковой (речевой) системы: фонетико-фонематическая сторона речи, лексическая система, грамматический строй.

Клинко-педагогическая классификация (Волкова Л.С. и соавт., 1999) является в большей степени «симптоматической», т.е. отражает преимущественно клиническую картину речевого расстройства. Она включает:

1) нарушения устной речи:

- нарушения фонационного оформления высказывания (произносительной стороны речи), наиболее значимыми клиническими проявлениями которых являются:

- *дисфония (афония)* – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата (проявляется в виде нарушений силы, высоты и тембра голоса);

- *брадилалия* – патологически замедленный темп речи;

- *тахилалия* – патологически ускоренный темп речи;

Среди ноотропных средств препаратом выбора для лечения речевых расстройств у детей является отечественный препарат Пантокальцин® (гопантенная кислота) производства ОАО «Валента Фарм», который благодаря своему составу эффективно улучшает показатели психоречевого развития детей, действуя при этом мягко и безопасно. Курс терапии Пантокальцином® составляет от 1 до 4 месяцев, в отдельных случаях – до 6 месяцев. Через 3-6 месяцев возможно повторение курса лечения.

– *заикание* – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным сокращением мышц речевого аппарата;

– *дислалия* – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

– *ринолалия* – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (речь невнятна, монотонна, искажено произношение всех звуков);

– *дизартрия* – нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органическим поражением ЦНС и расстройствами иннервации речевого аппарата. Общими клиническими признаками дизартрии являются нарушения мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры;

• нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

– *алалия* – отсутствие или недоразвитие речи вследствие поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном периоде или в раннем (доречевом) периоде развития ребенка (синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, дисфазия развития);

– *афазия* – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением речевых зон коры головного мозга в результате черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, нейроинфекции и других заболеваний ЦНС;

1) нарушения письменной речи:

• *дислексия* – частичное специфическое нарушение процесса чтения;

• *дисграфия* – частичное специфическое нарушение письма (2, 4).

Классификация, представленная далее (РГПУ им. Герцена, 2001), является вариантом пересечения двух классификаций: клинико-педагогической и психолого-педагогической:

1) ФНР или НПОЗ:

- дислалия;
- дизартрия или стертая дизар-

трия;

- нарушения голоса;
- ринолалия.

2) ФФНР:

- дислалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;
- ринолалия.

3) ЛГНР:

- выход из моторной (сенсорной) алалии;
- по типу задержки речевого развития;
- при задержке психического развития (ЗПР);
- невыясненного генеза.

4) ОНР I, II, III уровня, НОНР:

- моторная алалия;
- сенсорная алалия;
- сенсомоторная алалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;
- по типу задержки речевого развития;
- при ЗПР;
- невыясненного генеза.

5) нарушения темпа и ритма речи:

- заикание;
- тахилалия;
- брадилалия;
- спотыкание (полтерн).

В терапии речевых нарушений у детей большая роль отводится логопедическим занятиям, психотерапии. Медикаментозное лечение является комплексным и включает в себя седативные препараты, витамины, особая роль отводится ноотропным лекарственным средствам (4).

Среди ноотропных средств препаратом выбора для лечения речевых расстройств у детей является отечественный препарат Пантокальцин® (гопантеновая кислота) производства ОАО «Валента Фарм», который благодаря своему составу эффективно улучшает показатели психоречевого развития детей, действуя при этом мягко и безопасно.

Фармакологическое действие Пантокальцина® прежде всего обусловлено его принадлежностью к группе ноотропных препаратов. Спектр действия Пантокальцина®

связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты. Препарат обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Пантокальцин® повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах. Пантокальцин® обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочиванием поведения и оказывает активизирующее влияние на работоспособность и умственную деятельность.

Спектр действия Пантокальцина® связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты. Препарат обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Пантокальцин® повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах. Пантокальцин® обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочиванием поведения и оказывает активизирующее влияние на работоспособность и умственную деятельность.

Основными показаниями к назначению Пантокальцина® являются:

- когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга и невротических расстройствах;
- психоэмоциональные перегрузки, снижение умственной и физической работоспособности, нарушение концентрации внимания и запоминания;
- задержка психического, речевого, моторного развития или их сочетания;
- детский церебральный паралич;
- заикание;
- эпилепсия (в составе комбинированной терапии);
- последствия перенесенных нейроинфекций и черепно-

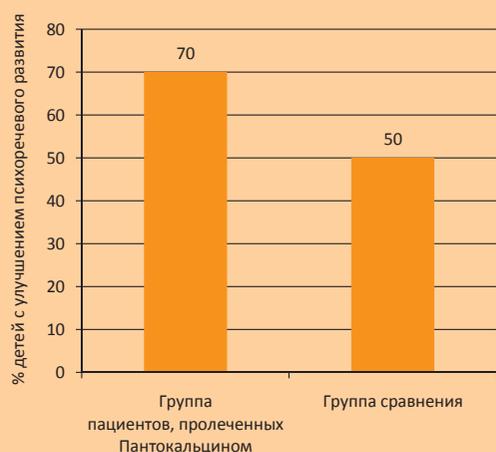


Рисунок 1. Сравнение показателей психоречевого развития в исследуемых группах после лечения

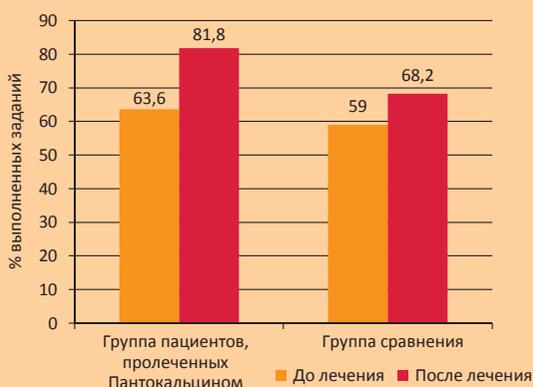


Рисунок 2. Динамика выполняемых заданий по мелкой моторике в исследуемых группах

мозговых травм;

- комплексная терапия цереброваскулярной недостаточности, вызванной атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга, сенильной деменции (начальной формы), резидуальных органических поражений мозга у лиц зрелого возраста и пожилых людей;

- церебральная органическая недостаточность у больных шизофренией (в комбинации с нейрореплетиками, антидепрессантами);

- экстрапирамидные гиперкинезы.

Режим дозирования Пантокальцина®:

- средняя разовая доза для детей – 0,25-0,5 г; суточная – 0,75-3 г;

- средняя разовая доза для взрослых – 0,5-1 г; суточная – 1,5-3 г.

Курс терапии Пантокальцином® составляет от 1 до 4 месяцев, в отдельных случаях – до 6 месяцев. Через 3-6 месяцев возможно повторение курса лечения.

Побочные действия препарата выражены незначительно и могут проявляться в виде аллергических реакций, ринита, конъюнктивита, кожной сыпи.

Противопоказаниями являются острые тяжелые заболевания почек, а также повышенная чувствительность к препарату (3).

На базе городского дошколь-

ного образовательного учреждения №5 Невского района г. Санкт-Петербург было проведено исследование по применению препарата Пантокальцин® в терапии речевых нарушений у детей.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата Пантокальцин® при нарушениях речи у детей дошкольного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У всех включенных в исследование детей в основу постановки и обоснования диагноза «Специфические расстройства развития речи и языка» была положена классификация МКБ-10 (F 80). Было обследовано 20 детей с речевыми нарушениями. С целью сравнительной оценки эффективности действия Пантокальцина® все пациенты были разделены на 2 группы.

Основную группу (I) составили 10 детей в возрасте от 4 до 6 лет с ОНР III уровня, получавшие терапию Пантокальцином® в течение 1 месяца. У 5 детей резидуальная энцефалопатия и задержка речевого развития сочетались с двигательными нарушениями, а у 5 детей – с синдромом дефицита внимания.

Группу сравнения (II) составили 10 детей (8 детей с ОНР III уровня; 2 детей – с ФФНР) в возрасте от 4 до 6 лет, не получавшие Пантокальцин®. У 7 детей резидуальная энцефалопатия и задержка речевого развития сочетались с двигательными нарушениями, а у 3 детей – с синдромом дефицита внимания.

Основным этиологическим фактором специфических расстройств у включенных в исследование пациентов явилось гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы в родах, подтвержденное анамнестическими, клиническими данными и дополнительными методами исследования (ультрасонография головного мозга и электроэнцефалография).

Психологическое обследование детей I и II групп включало исследование процесса мышления, слу-



Таблица. Количество выполняемых заданий по мелкой моторике в исследуемых группах

Группы	Количество выполненных заданий, %		Количество невыполненных заданий, %	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная группа	63,6	81,8	36,4	18,2
Группа сравнения	59,0	68,2	40,9	31,8

На фоне приема Пантокальцина® у детей отмечалось улучшение концентрации внимания и запоминания, познавательной деятельности, а также развитие мелкой моторики пальцев рук. Эффективность и безопасность применения Пантокальцина® являются основанием для более широкого использования препарата в педиатрической практике для лечения речевых нарушений у детей.

ПАНТОКАЛЬЦИН®

ВНИМАНИЕ К НЕВНИМАТЕЛЬНОМУ



ПАНТОКАЛЬЦИН®
(гопантеновая кислота 0,25 г и 0,5 г)

**Препарат выбора при поведенческих нарушениях у детей:
СДВГ, нарушения когнитивного развития, энурез.**

- Уменьшает агрессивность, тревожность, расторможенность детей
- Снижает моторную возбудимость и упорядочивает поведение
- Улучшает память, концентрацию внимания
- Сочетает мягкий стимулирующий и умеренный седативный эффекты
- Высокая безопасность



Мониторинг обследования основной группы детей на протяжении месяца приема Пантокальцина® позволил установить улучшение показателей психоречевого развития у 70% детей (в группе сравнения аналогичный показатель составил 50%); улучшение мелкой моторики у всех детей основной группы на 18,2% (в группе сравнения – на 9,2%); улучшение концентрации внимания; более успешное выполнение заданий на зрительное восприятие в основной группе, в отличие от группы сравнения. Переносимость препарата была хорошей, все пациенты основной группы завершили курс терапии Пантокальцином®.

хоречевой и зрительной памяти, процесса восприятия, общей эрудиции.

Неврологическое обследование состояло из оценки неврологического статуса, мелкой моторики (оценивалась по количеству выполненных заданий из 22 предложенных ребенку), когнитивных функций ребенка, четкости произношения звуков, речи, словарного запаса, грамматического построения речи, внимания, импульсивности, гиперактивности (по общепринятым методикам).

Назначение Пантокальцина® согласовывалось с родителями детей и производилось под динамическим наблюдением специалистов: педиатра, невролога, логопеда, психолога, воспитателей и родителей. В течение первых 3 дней пациенты I группы получали Пантокальцин® по 1 таблетке (250 мг) 1 раз в день, затем по 1 таблетке (250 мг) 2 раза в день после еды в течение 30 дней. Клинико-психологическое обследование проводилось до начала и после завершения курса терапии Пантокальцином® (1 месяц).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психоречевое развитие. Улучшение показателей психоречевого развития в основной группе на

фоне лечения было отмечено у 70% детей, при этом у 50% детей с резидуальной энцефалопатией, задержкой речевого развития и синдромом дефицита внимания динамика была наиболее выраженной. Улучшение показателей психоречевого развития было зафиксировано неврологом, логопедом и родителями детей.

В группе сравнения положительная динамика отмечалась только у 50% детей, преимущественно в произношении (рисунок 1).

Мелкая моторика. Количество выполняемых заданий по мелкой моторике детьми основной группы и группы сравнения отражено в таблице и на рисунке 2.

На фоне лечения в основной группе число выполняемых заданий по мелкой моторике увеличилось на 18,2%, а в группе сравнения – на 9,2%. Улучшение наблюдалось преимущественно у пациентов с сочетанием резидуальной энцефалопатии, задержки речевого развития и двигательных нарушений.

Результаты психологического обследования. При повторном психологическом обследовании детей основной группы была выявлена четкая положительная тенденция по следующим параметрам: устойчивость и концентрация внимания, зрительное восприятие. Была положительная динамика в интеллек-

туальной сфере: у детей стал более быстрый темп мышления, дети стали лучше использовать подсказки. Психологом и педагогами была отмечена положительная динамика в эмоционально-личностной сфере: стабилизировалось настроение, уменьшилась тревожность и плаксивость, снизился уровень агрессивных реакций, расширился репертуар и сюжетная линия игровых действий.

Таким образом, мониторинг обследования основной группы детей на протяжении месяца приема Пантокальцина® позволил установить:

- улучшение показателей психоречевого развития у 70% детей (в группе сравнения аналогичный показатель составил 50%);
- улучшение «мелкой моторики» у всех детей основной группы на 18,2% (в группе сравнения – на 9,2%);
- улучшение концентрации внимания;
- более успешное выполнение заданий на зрительное восприятие в основной группе, в отличие от группы сравнения.

Переносимость препарата была хорошей, все пациенты основной группы завершили курс терапии Пантокальцином®.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные проведенного исследования позволяют сделать вывод о положительном влиянии Пантокальцина® на показатели психоречевого развития детей с общим недоразвитием речи (ОНР III уровня). На фоне приема Пантокальцина® у детей отмечалось улучшение концентрации внимания и запоминания, познавательной деятельности, а также улучшение развития мелкой моторики пальцев рук.

Эффективность и безопасность применения Пантокальцина® являются основанием для более широкого использования препарата в педиатрической практике для лечения речевых нарушений у детей. 

Литература

1. <http://logopediya.com>.
2. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях

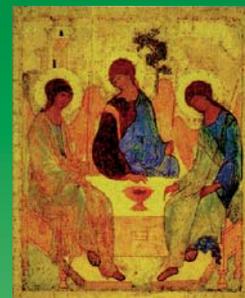
дошкольного образовательного учреждения. Сборник методических рекомендаций РГПУ им. А.И. Герцена. С-Пб. 2001.

3. Инструкция к препарату Пантокальцин®.
4. Лазебник Т.А., Чутко Л.С., Кропотова Ю.Д., Иова А.С. Современные аспекты диагно-

стики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей. Методическое пособие. С-Пб., 2002.



XVII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



12–16 апреля 2010 года • Москва

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство образования и науки Российской Федерации
Российская академия наук
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская академия последиplomного образования
Фонд «Здоровье»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Новые технологии в современном образовании врача ■ Основные заболевания человека. Высокотехнологичные методы диагностики и лечения ■ Социально значимые заболевания человека. Этапы оказания медицинской помощи
■ Новые инфекционные заболевания. Современные принципы диагностики и терапии ■ Избыточный вес – фактор риска социально значимых болезней ■ Социально-психологические проблемы здоровья человека ■ Заболевания детского возраста. Новые технологии в лечении и профилактике ■ Лекарства и пожилые люди ■ Фармакоэпидемиология, фармаконадзор и фармакоэкономика. Актуальные вопросы

Научная программа Конгресса включает: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (атеросклероз)
- Пульмонология
- Гастроэнтерология
- Клиническая фармакология
- Дерматология
- Стоматология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (гепатология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Инфекционные болезни
- Неврология
- Клиническая фармакология
- Гастроэнтерология
- Стоматология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- Фармакотерапия основных заболеваний человека

В рамках Конгресса проходит Выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К Конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XI выпуск).

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 09	30. 12. 09
Тезисы	01. 09. 09	15. 12. 09
Конкурсные работы	01. 09. 09	18. 01. 10
Регистрационные карты	01. 09. 09	05. 04. 10
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 09	12. 03. 10

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)

reg@medlife.ru (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

А.Л. ЗАПЛАТНИКОВ
д.м.н., профессор,
РМАПО, Москва

Иммунопрофилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей

В общей структуре патологии детского возраста ведущее место занимают болезни органов дыхания, среди которых наиболее часто встречаются острые респираторные инфекции (ОРИ). При этом ежегодно у детей регистрируется до 65-70 тыс. случаев ОРИ на 100 тыс. населения, что в 2,7-3,2 раза выше, чем у взрослых. Несмотря на столь значительное распространение ОРИ в педиатрической популяции, в каждой возрастной когорте имеются дети, отличающиеся от сверстников значительно более высоким уровнем респираторной заболеваемости. Таких детей принято называть часто болеющими (ЧБД). Иногда, для того чтобы не только указать на склонность пациентов к повышенной заболеваемости ОРИ, но и подчеркнуть особенности течения у них респираторных инфекций (затяжной и/или осложненный характер), используют термин «часто и длительно болеющие дети» (1, 4, 5, 9).

У каждого часто болеющего ребенка необходимо уточнить факторы риска и причины повышенной респираторной заболеваемости. Среди всех предрасполагающих к возникновению частых ОРИ факторов можно выделить эндогенные и экзогенные. При этом к эндогенным факторам риска относятся семейная предрасположенность к заболеваниям органов дыхания, неблагоприятное перинатальное развитие, возрастные особенности иммунитета, сопутствующие заболевания и др. Среди экзогенных факторов риска выделяют раннее

начало посещения детских организованных коллективов, низкий санитарный уровень в семье, неблагоприятные материально-бытовые условия, нерациональный режим дня и питания, неблагоприятная экологическая обстановка, стресс, полипрагмазия и др.

В тех случаях, когда у ребенка имеются несколько из перечисленных факторов, отмечается повышение риска более частых ОРИ, особенно если имеются условия для дополнительного инфицирования (расширение контактов, старшие дети в семье и т.д.). Без детализации провоцирующих факторов и их устранения (или уменьшения неблагоприятного воздействия) крайне трудно добиться эффективного оздоровления ЧДБ (2-6, 7-9, 14).

Следует также помнить, что в ряде случаев рекуррентные ОРИ могут возникать не только в результате возрастных, транзиторных особенностей иммунитета и неблагоприятного влияния факторов риска, но и являются проявлением такой серьезной патологии, как пороки развития бронхолегочной системы и ЛОР-органов, иммунодефицитные состояния, мукоцилиарная недостаточность и различные ферментопатии, гастроэзофагальный рефлюкс и муковисцидоз и т.д. При подозрении у ребенка указанных и других патологических состояний, нередко протекающих с рекуррентными респираторными инфекциями, необходимо провести целенаправленное обследование. В тех случаях, когда удается верифицировать основное заболевание, лечение и оздоровление должны

проводиться с учетом в первую очередь особенностей основного заболевания (4, 5).

Таким образом, в группу часто болеющих относят детей, подверженных частым респираторным инфекциям. При этом ЧБД – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая пациентов с частыми ОРИ, которые возникают из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений. В тех случаях, когда имеются патологические состояния, предрасполагающие к рекуррентным респираторным инфекциям, наблюдение и лечение детей должно проводиться по основному заболеванию (4, 5).

ОРИ чаще болеют дети, посещающие организованные дошкольные коллективы, и дети младшего школьного возраста. При этом отмечено, что наиболее высокий уровень заболеваемости острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) имеет место у организованных детей ясельного возраста. Так, более трети (34,9%) всех случаев ОРЗ в дошкольных учреждениях приходится на детей, посещающих ясельные группы. Следует также отметить и более высокий удельный вес ЧБД среди этих детей. При этом, если подходить формально, то более половины детей ясельного возраста могут быть отнесены к ЧБД. Вероятно, высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями у детей младшего возраста обусловлен целым рядом причин, среди которых наиболее

значимы возрастные особенности иммунитета (так называемый третий критический период иммуногенеза) и психоэмоциональный стресс из-за начала посещения детского коллектива (так называемая ранняя социализация). В пользу последнего свидетельствует тот факт, что наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями отмечается в первый год пребывания в организованном коллективе. В дальнейшем большинство детей адаптируются, их иммунитет «набирается опыта» и уже через 12-24 мес. от начала посещения детского дошкольного учреждения (ДДУ) они переходят в разряд эпизодически болеющих. Однако следует отметить, что ряд детей (18-23%) продолжают и в последующие годы пребывания в ДДУ часто болеть респираторными инфекциями. Необходимо подчеркнуть, что при этом требуется серьезный анализ особенностей течения заболевания и поиск возможных причин повышенной заболеваемости ОРИ. Это связано с тем, что частые ОРИ могут неблагоприятно влиять на здоровье детей, изменяя функциональную активность компенсаторных механизмов организма и способствуя формированию хронических очагов инфекции. Кроме этого установлено, что в ряде случаев рекуррентные инфекции сопровождаются снижением показателей физического и нервно-психического статуса, а также могут способствовать развитию социальной дезадаптации (1, 3-5).

В связи с этим в педиатрической практике уделяется особое внимание вопросам профилактики респираторных инфекций и поиску новых, более эффективных способов оздоровления часто болеющих детей. При этом доказано, что максимальная эффективность реабилитации ЧБД может быть достигнута только при комплексном подходе, в основе которого – индивидуальный подбор лечебно-профилактических мероприятий с учетом причин, приводящих к повышенной респираторной заболеваемости, возраста ребенка, его конституциональных особенностей, наследственной предрас-

положенности, фоновых состояний и сопутствующей патологии (4, 5).

Одним из основных направлений снижения заболеваемости ОРИ у ЧБД является иммунопрофилактика. Среди методов иммунопрофилактики ОРИ выделяют вакцинацию (против гриппа, пневмококковой и гемофильной (тип В) инфекций), а также неспецифическую иммунопрофилактику (использование различных иммуномодуляторов). При этом доказано, что наибольший протективный эффект у ЧБД достигается при комбинированном использовании вакцинации и неспецифической иммунопрофилактики. Для ЧБД показана ежегодная иммунизация против сезонного гриппа. При этом детей раннего возраста прививают инактивированными гриппозными вакцинами – расщепленного (сплит-вакцины) или субъединичного типа. К сплит-вакцинам относятся Ваксигрип, Бегривак, Флюарикс, в то время как Гриппол, Инфлювак, Агриппал являются субъединичными вакцинами. Следует также отметить, что имеются убедительные данные о высокой профилактической эффективности плановой вакцинации ЧБД против гемофильной инфекции типа В. Обсуждается также возможность иммунизации ЧБД и против пневмококковой инфекции.

Как уже было отмечено, максимальный эффект иммунопрофилактических мероприятий у ЧБД достигается при сочетании использования вакцинации и иммуномодуляторов (2, 4). В настоящее время применяются такие средства неспецифической иммунопрофилактики, как интерфероны (лейкоцитарный интерферон, Виферон, Гриппферон и др.), индукторы эндогенного интерферона (Анаферон, Арбидол, Амиксин, Циклоферон) и иммуномодуляторы бактериального происхождения (2, 4, 5, 7). При этом в последние годы все шире используются бактериальные иммуномодуляторы, среди которых выделяют высокоочищенные бактериолизаты (ИРС-19, Имудон, Бронхомунал, Бронховаксом), мембранные фракции (Липопид, Биостим) и рибосомально-протеогликановые комплексы (Рибомунил).

Особого внимания среди представленных препаратов заслуживает рибосомальная вакцина Рибомунил, что обусловлено как особенностями ее состава, так и высокой эффективностью и безопасностью. В состав Рибомунилы входят рибосомальные фракции таких наиболее частых бактериальных возбудителей респираторных инфекций, как *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* и *Klebsiella pneumoniae*. Благодаря высокой иммуногенности рибосомальных антигенов применение Рибомунилы сопровождается вакцинальным эффектом против возбудителей, рибосомы которых входят в состав препарата. При этом формируется не только протективный системный, но и эффективный местный иммунитет. Кроме этого протеогликаны клеточной мембраны *Klebsiella pneumoniae*, также входящие в состав Рибомунилы, индуцируют функциональную активность фагоцитирующих клеток (нейтрофилы, моноциты, тканевые макрофаги). Это сопровождается усилением продукции цитокинов (альфа-интерферон, интерлейкин-1, интерлейкин-6, интерлейкин-8 и др.) и повышением активности натуральных киллеров, а также активизацией презентации лимфоцитам рибосомальных антигенов и повышением иммуногенности препарата в целом.

Изучению иммунологической и терапевтической эффективности Рибомунилы у детей, подверженных частым ОРИ, посвящено достаточное количество исследований, проведенных как отечественными, так и зарубежными авторами (2, 4, 10-13).

Проведенное нами исследование по применению Рибомунилы у 32 часто болеющих детей также показало высокий клинико-профилактический эффект анализируемого препарата (2, 4). Так, включение Рибомунилы в реабилитационные комплексы ЧБД сопровождалось более быстрыми темпами их оздоровления ($p < 0,05$). Сезонный анализ заболеваемости респираторными инфекциями показал, что профилактический эффект препарата проявился уже



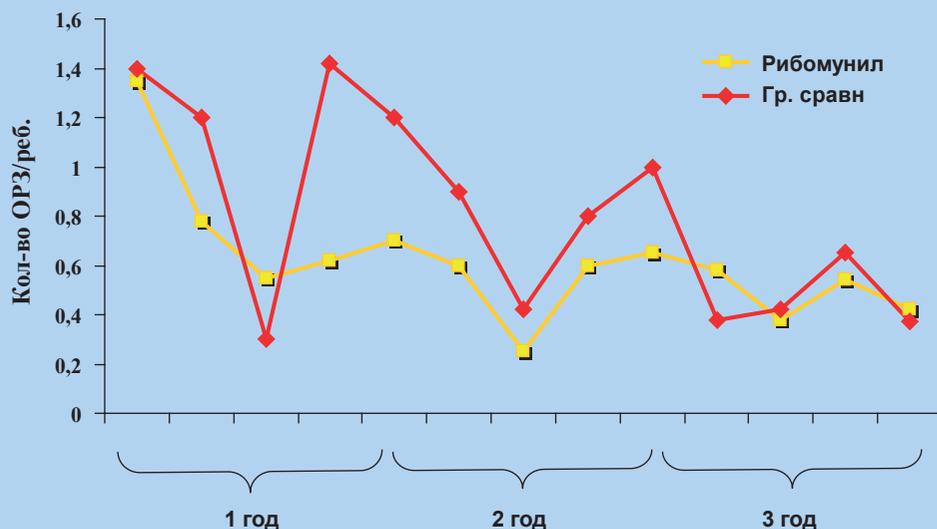


Рисунок. Мониторинг сезонной заболеваемости ОРЗ у ЧБД: профилактическая эффективность Рибомунила

в течение первых 3 месяцев применения и в дальнейшем сохранялся на протяжении 1,5-2 лет. При этом максимальное снижение заболеваемости респираторными инфекциями у детей основной группы отмечалось в первый год наблюдения (рисунок).

В целом за первый год наблюдения заболеваемость ОРЗ в основной группе уменьшилась на 45,3% ($p < 0,05$), тогда как в группе сравнения темпы снижения заболеваемости ОРЗ были значительно менее выраженными – 28,6% ($p > 0,05$). В течение первого года наблюдения дети, получавшие Рибомунил, переносили в среднем $2,7 \pm 0,4$ ОРЗ/год ($p < 0,05$). В то же время в группе сравнения средняя частота

респираторных инфекций за первый год мониторинга снижалась недостаточно и составляла $4,1 \pm 0,7$ ОРЗ/год. У детей, получавших Рибомунил, респираторные инфекции в течение первого года наблюдения отмечались не только реже, но и характеризовались более легким течением. Кроме этого в основной группе было отмечено снижение частоты бактериальных осложнений ОРВИ, что позволило существенно сократить использование антибактериальных препаратов. В целом частота использования антибактериальных препаратов при ОРЗ за анализируемый период у детей, принимавших Рибомунил, уменьшилась на 42,7%, тогда как в группе сравнения, напротив, воз-

росла на 8,3%. В основной группе кроме этого отмечалась и более выраженная тенденция к сокращению периода лихорадки при ОРЗ, что также может рассматриваться как свидетельство более легкого и благоприятного течения респираторных инфекций в результате терапии Рибомунилом.

Уменьшение заболеваемости респираторными инфекциями и более легкое их течение у детей основной группы обусловили достоверное улучшение показателя посещаемости ими детского сада. Так, на первом году наблюдения количество пропусков в детском саду из-за ОРЗ у детей, получавших Рибомунил, сократилось на 38,6% ($p < 0,05$), тогда как в контрольной группе – только на 24,8% ($p > 0,05$).

В целом в первый год наблюдения отмечен высокий уровень профилактической эффективности Рибомунила в период сезонного повышения заболеваемости респираторными инфекциями. Так, коэффициент эпидемиологической эффективности Рибомунила в этот период составил 43,3%, а индекс эпидемиологической эффективности – 1,8. При этом максимальные значения показателей профилактической эффективности Рибомунила (коэффициент – 53,8%, индекс – 2,2) отмечались в течение 6-9 месяцев от начала терапии ($p < 0,05$).

На втором году наблюдения заболеваемость детей респираторными инфекциями продолжала снижаться в обеих группах, однако темпы снижения были более медленными, чем в предшествующий период. При этом показатели средней частоты острых респираторных заболеваний были по-прежнему более благоприятными у детей, получавших Рибомунил ($2,2 \pm 0,3$ ОРЗ/год – в основной группе и $3,1 \pm 0,5$ ОРЗ/год – в группе сравнения) ($p > 0,05$).

Особо следует отметить, что у детей основной группы, как и в предыдущем году, сохранялся низкий удельный вес тяжелых и осложненных форм ОРЗ, требовавших применения антибактериальных средств (17,9-22,4%), в то время как в группе сравнения практически каждый 3-й эпизод респираторного заболевания характеризовался

Частые острые респираторные инфекции могут неблагоприятно влиять на здоровье детей, изменяя функциональную активность компенсаторных механизмов организма и способствуя формированию хронических очагов инфекции. В ряде случаев рекуррентные инфекции сопровождаются снижением показателей физического и нервно-психического статуса, а также могут способствовать развитию социальной дезадаптации. В связи с этим в педиатрической практике уделяется особое внимание вопросам профилактики респираторных инфекций и поиску новых, более эффективных способов оздоровления часто болеющих детей. Одним из основных направлений снижения заболеваемости ОРЗ у ЧБД является иммунопрофилактика.



Рибомунил

Мембранные протеогликаны + рибосомы

РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ЧБД
- ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ
- ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ПЕРОРАЛЬНАЯ ВАКЦИНА:

- Максимальная степень очистки и наименьшая токсичность
- Вырабатывает длительную иммунную память
- Не вызывает активизации аллергических заболеваний
- Может применяться в острой стадии заболевания в сочетании с антибиотиками

КОРРЕКТОР НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА:

- Не требует исходного определения иммунного статуса
- Увеличивает сопротивляемость организма респираторным вирусным и бактериальным инфекциям
- Облегчает течение болезни и ускоряет выздоровление

Форма выпуска

Таблетки, в упаковке 4 шт. (по одной разовой дозе) и 12 шт. (по 1/3 разовой дозы)
Рег. удостоверение №011369/01 от 10.06.2005

Гранулы для приготовления раствора для приема внутрь
в упаковке 4 шт.
Рег. удостоверение №011369/02 от 10.06.2005



Пьер Фабр

119435, Москва, Саввинская наб., д. 11
Тел.: (495) 789 95 33; Факс: (495) 789 95 34



Включение Рибомунила в реабилитационные комплексы часто болеющих детей сопровождалось более быстрыми темпами их оздоровления ($p < 0,05$). Сезонный анализ заболеваемости респираторными инфекциями показал, что профилактический эффект препарата проявился уже в течение первых 3 месяцев применения и в дальнейшем сохранялся на протяжении 1,5-2 лет. При этом максимальное снижение заболеваемости респираторными инфекциями у детей основной группы отмечалось в первый год наблюдения.

первичным бактериальным воспалением (стрептококковые ангины и фарингиты) или развитием бактериальных осложнений ОРВИ верхних и/или нижних дыхательных путей. Более благоприятное течение респираторных инфекций у детей основной группы обусловило более редкое применение у них антибактериальных препаратов ($p < 0,05$). В то же время следует отметить, что к концу второго года мониторинга профилактическая эффективность Рибомунила снижалась по сравнению с предшествующим периодом. Так, коэффициент эпидемиологической эффективности Рибомунила на втором году наблюдения составил 30,2%, а индекс эпидемиологической эффективности – 1,4.

В течение третьего года наблюдения существенных межгрупповых различий в значениях анализируемых показателей выявлено не было, но при этом у детей из группы сравнения по-прежнему сохранялась большая продолжительность лихорадки при ОРИ (см. рисунок).

В целом можно констатировать, что к моменту окончания 3-летнего мониторинга большинство исследуемых показателей, таких как сезонная заболеваемость респираторными инфекциями и среднегодовая их частота, клинические характеристики течения ОРИ и др. в обеих группах были практически идентичными. При этом особо следует отметить, что к концу периода наблюдения у большинства исследуемых детей (81,3%) уровень респираторной заболеваемости в результате проводимых оздоровительных мероприятий не отличался от значений аналогичных показателей здоровых сверстников.

В то же время достоверно установлено, что темпы оздоровления были существенно выше у детей, которые помимо комплекса неспецифических общеукрепляющих мероприятий получали Рибомунил. Так, к концу второго года наблюдения часто болеющими в основной группе оставались лишь 17,4% детей, тогда как у 55,6% детей из груп-

пы сравнения все еще отмечался высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями ($p < 0,05$).

В целом установлено, что темпы оздоровления ЧБД, использовавших в комплексной терапии Рибомунил, опережали аналогичные показатели группы сравнения на 1-1,5 года ($p < 0,05$). Кроме того, нельзя не обратить внимание на данные, свидетельствующие о том, что наибольший эффект от плановой иммунизации ЧБД против гриппа был достигнут у пациентов, вакцинация которых проводилась на фоне приема Рибомунила (2, 4). Особо следует подчеркнуть, что Рибомунил всеми детьми хорошо переносился, серьезных нежелательных реакций и побочных явлений при его применении отмечено не было.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что эффективное оздоровление ЧБД может быть достигнуто только при планомерном, систематическом выполнении целого комплекса лечебно-профилактических мероприятий, разработанных с учетом причин, приводящих к повышенной респираторной заболеваемости, возраста ребенка, его конституциональных особенностей, наследственной предрасположенности, фоновых состояний и сопутствующей патологии. При этом обязательной составляющей комплексной программы оздоровления ЧБД является иммунопрофилактика ОРИ, максимальный эффект которой возможен при сочетанном использовании методов специфической и неспецифической иммунопротекции. 

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986.
2. Заплатников А.Л. Клинико-иммунологическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей. Автореф. дис... докт. мед. наук. М., 2003. 48 с.
3. Келина Т.И. Роль факторов предрасположения, иммунных и нейро-эндокринных реакций в обосновании дифференцированной тактики оздоровления часто и длительно болеющих детей. Автореф. дис... докт. мед. наук. М., 1993.
4. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации (руководство для врачей). М., 2001.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Научно-практическая программа Союза педиатров России и Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка. М., 2002.
6. Пуртов И.И. Пути оптимизации здоровья детей в раннем и дошкольном возрасте. Автореф. дис... докт. мед. наук. М., 1994.
7. Тузанкина И.А. Клинико-иммунологические подходы к формированию групп часто болеющих детей и эффективность иммуномодулирующей терапии в комплексе группоспецифических реабилитационных мероприятий. Автореф. дис... канд. мед. наук. Екатеринбург, 1992.
8. Таточенко В.К., Дорохова Н.Ф., Шмакова С.Г. Экологические факторы и болезни органов дыхания у детей / В кн: Студеникин М.Я., Ефимова А.А. (ред). Экология и здоровье детей. М.: Медицина, 1998. С. 247-273.
9. Чебуркин А.В., Чебуркин А.А. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста. М., 1994. 34 с.
10. Bellanti J.A. Recurrent respiratory tract infections in paediatric patients. *Drugs*, 1997; 54 (Suppl 1): 1-4.
11. Berdeaux C., Hervie C., Smajda C., Marquis P. Parental quality of life and recurrent ENT infections in their children: development of a questionnaire. *Rhinitis Survey Group. Qual Life Res.* 1998; 7(6): 501-12.
12. Hendley J.O. Epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold. *Semin Pediatr Infect Dis.* 1998, 9: 50-55.
13. Mackin M.L. Respiratory infections in children. *Postgrad Med*, 1992; 2: 235-50.
14. Nafstad P., Hagen J.A., Oie L. et al. Day care centers and respiratory health. *Pediatrics*, 1999; 103 (4 Pt 1): 753-8.

Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»

Российское общество акушеров-гинекологов

Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии

Российское общество по контрацепции

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

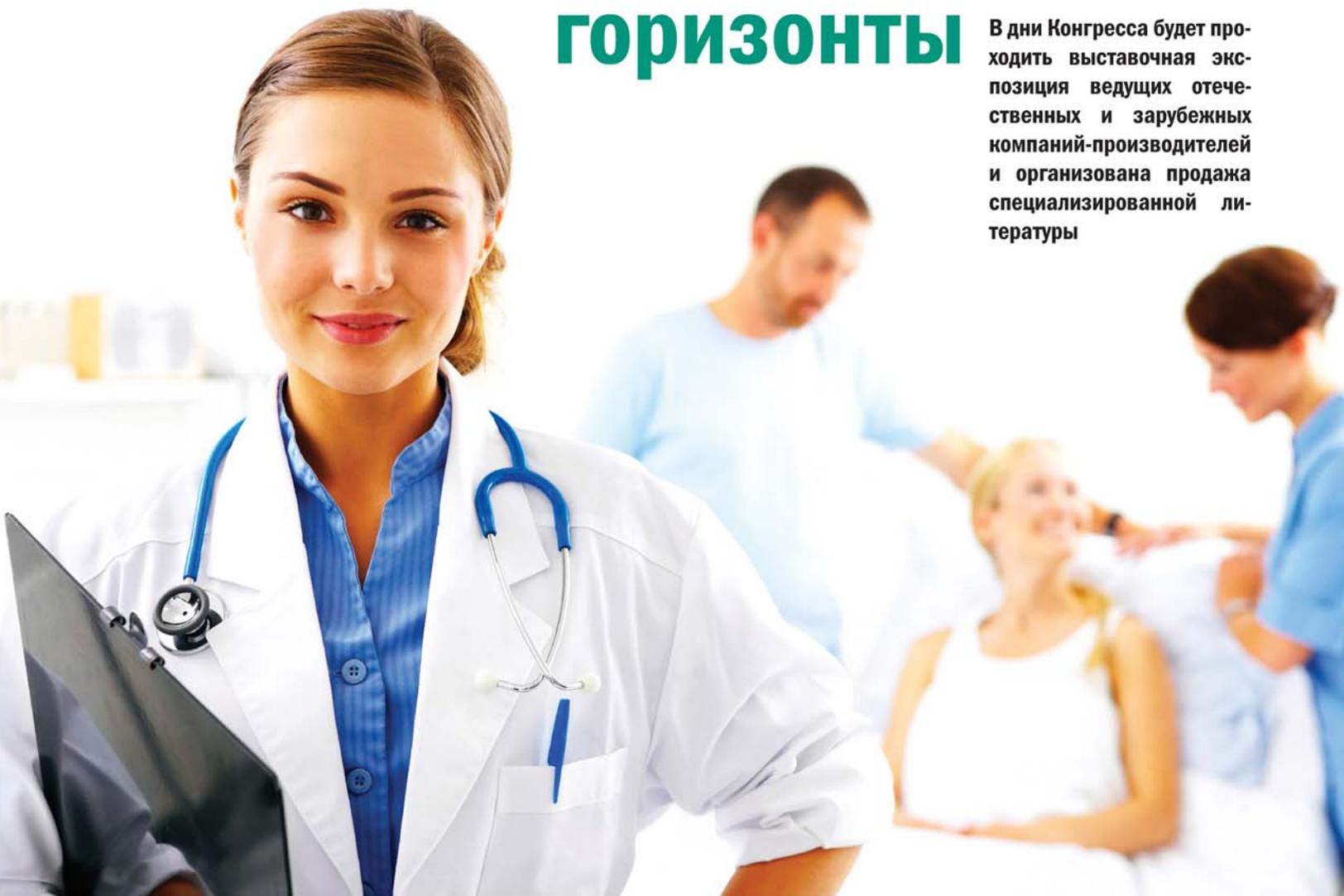
2010

Всероссийский Конгресс



Амбулаторно- поликлиническая практика – новые горизонты

В дни Конгресса будет проходить выставочная экспозиция ведущих отечественных и зарубежных компаний-производителей и организована продажа специализированной литературы



29 марта – 2 апреля

Москва, ул. Ак. Опарина, 4.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»

Информационный партнер



 **МЕДИ Экспо**



Тел./факс: +7 (495) 721-88-66

e-mail: expo@mediexpo.ru www.mediexpo.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К

28-29 сентября 2009 г. в Москве состоялся IV Ежегодный конгресс специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии и качество», в рамках которого был организован симпозиум «Современные подходы к нейропротекции в неонатологии» при поддержке компании «Герофарм» (Россия). Выпускаемый компанией



«Герофарм» нейропептидный препарат Кортексин широко используется врачами различных специальностей, которые так или иначе связаны с проблемами нейропротекции, – нейрореабилитологами, неврологами и психиатрами, терапевтами, врачами общей практики и другими специалистами. Такие особенности Кортексина, как тканеспецифичность (адресное, дифференцированное воздействие на клетки нервной системы) и высокая биодоступность, отсутствие побочного действия и высокий терапевтический эффект, способствовали популяризации применения препарата в практике неонатологов и педиатров.

РЕЗЕРВЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ РОДОВЫХ

По данным ВОЗ, в мире отмечается сокращение уровня детской смертности. Первоочередной особенностью перинатальной смертности является высокая зависимость от медико-организационных факторов, суть которых заключается в

максимальном приближении высококвалифицированной медицинской помощи к первым минутам жизни новорожденных, профилактике критических состояний на основе мониторинговой информации о течении процессов дезадаптации к постнатальной жизни, разработке и внедрении стандартных протоколов диагностики и терапии критических состояний у новорожденных на основе современных технологий, технизации и в то же время гуманизации интра- и неонатальной помощи.

В настоящее время акушерские пособия в родах (потягивание за голову с целью выведения плечиков и пр.) являются одной из причин родовых травм. Прижизненная объективная диагностика травм ЦНС сопряжена с трудностями на всех этапах неонатального наблюдения. Объективными причинами к тому являются отсутствие единых критериев и возможности использовать современные методы диагностики, в частности УЗИ с функцией цветного доплеровского картирования, сочетание родовой травмы с другими конкурирующими тяжелыми заболеваниями в силу топической

близости жизненно важных центров и незрелости стриарной системы. К субъективным причинам, искажающим истинную частоту родовых травм ЦНС у новорожденных, следует отнести как неполную информацию о течении родов и психологическое сопротивление постановке данного диагноза, так и недооценку или переоценку неонатологами известных факторов риска и неврологического статуса новорожденного.

В механизме повреждения травматического характера ведущая роль принадлежит нарушению кровообращения в бассейне позвоночных артерий с развитием ишемии в области ствола мозга, мозжечка и шейного отдела спинного мозга. Наиболее перспективным направлением ранней диагностики церебральных нарушений у новорожденных является иммунохимическое определение нейронспецифических белков (НСБ), координирующих морфофункциональное развитие мозга ante- и постнатально, в крови и ликворе. Являясь сильными иммуногенами, НСБ инициируют процессы аутосенсibilизации и приводят к усилению



Т.М. Клименко, д.м.н., профессор, зав. кафедрой неонатологии Харьковской медицинской академии последиplomного образования, Украина

НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В НЕОНАТОЛОГИИ

повреждения мозга.

Уровень нейронспецифичной енолазы (НСЕ) в сыворотке крови и в ликворе позволяет дифференцировать заболевания с надежностью более 95%, отсюда и включение его в алгоритм дифференциальной диагностики респираторного дистресс-синдрома (РДС) (см. рисунок), чтобы определиться, вводить сурфактант или нет (у недоношенных новорожденных).

Если мы будем определять биохимические маркеры, в частности мелатонин как вещество, ликвидирующее нейроэндокринный десинхронизм, то у недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде динамика изменения содержания мелатонина в крови по-

зацию интенсивной терапии детей, находящихся в критических состояниях, а с другой – нужно сохранить мозг. Первичная реанимация, проведенная правильно в первые 2-4 часа жизни, сказывается на итогах инвалидизации в снижении тяжести поражений мозга. У ребенка, который находится в критическом состоянии, возникают полиорганные проблемы. И потому особую трудность составляет проблема дозирования и способов доставки фармакологических препаратов в узких границах терапевтического окна.

На сегодня основными направлениями нейропротекции являются использование специфических нейропротективных препаратов

рожденных с натальными цереброспинальными травмами. Почему мы выбрали этот препарат? Кортексин – это комплекс нейропептидов, которые обладают тканеспецифическим, многофункциональным действием на нервную систему, он способствует метаболической регуляции, нейропротекции, нейротрофической активности. Полученные результаты (анализ средней удвоенной амплитуды ЭЭГ до и после применения препарата, анализ медианной частоты) показали, что Кортексин оказывает очень хорошее нейропротективное действие. Количество судорожного синдрома у получавших Кортексин снизилось на 30%, продолжительность искусственной вентиляции легких уменьшилась примерно в 2,2 раза и нахождение в отделении интенсивной терапии также уменьшилось примерно на 40%. Мы разделяем мнение о положительном опыте применения Кортексина в неонатальной практике, которое высказывали российские мамы, также изучавшие и успешно использовавшие этот препарат в своей научной и клинической практике. 

ТРАВМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

казывает, как организм стремится погасить стресс нарушения гемодинамики. Дети, которые перенесли тяжелую гипоксию, не могут компенсировать свое патологическое состояние, что отражает низкий уровень мелатонина.

В Украине до недавнего времени 60% палат интенсивной терапии составляли дети доношенные, крупновесные. Проводя работу по диагностике деструктивных гипоксических поражений мозга, основанной на комплексной оценке данных НСГ- и ЭЭГ-мониторинга, биохимических показателей обмена циклических нуклеотидов, пуринов, ксантинов, НСЕ у новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС в раннем неонатальном периоде, мы создали программу, согласно которой можно выявлять деструктивные изменения ЦНС и прогнозировать в 85% случаев исход заболевания. Знание, будет формировать ребенок деструкцию или нет, важно для того, чтобы вовремя назначить лечение.

Перечень основных групп препаратов всегда вызывает большие сомнения, что назначить. С одной стороны, мы исповедуем гумани-

как антенатально, так и постнатально и совершенствование технологий выхаживания.

Наш опыт применения Кортексина позволяет рекомендовать этот препарат в комплексной терапии ново-

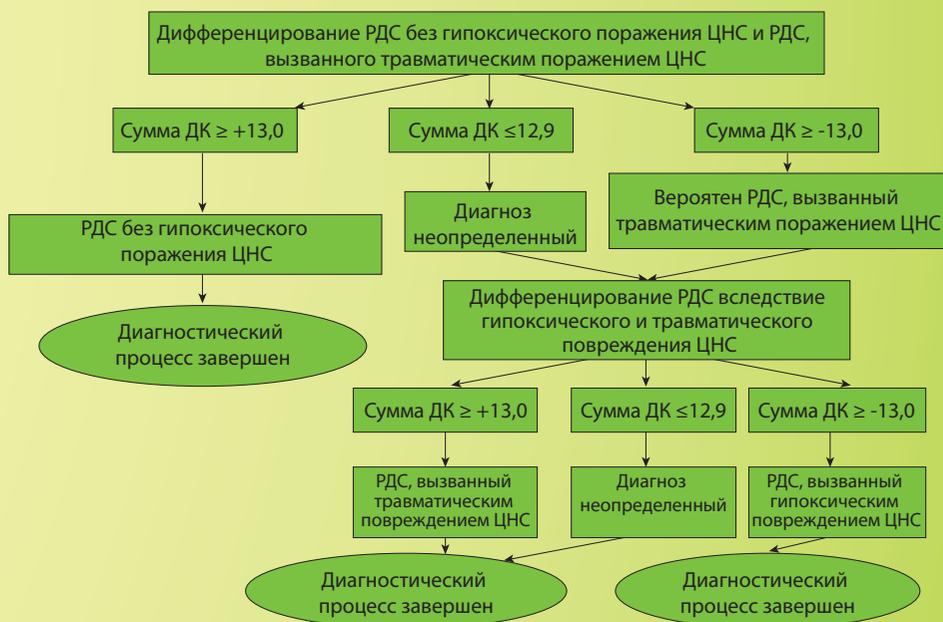


Рисунок. Алгоритм дифференциальной диагностики различных вариантов РДС

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА



Т.В. Белоусова, профессор, Новосибирский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы перинатальной энцефалопатии (ПЭП) обусловлена быстрыми темпами прироста болезней нервной системы в детском возрасте. По данным ВОЗ, 10% детского населения имеют нервно-психические расстройства, из них 80% – ПЭП, которая составляет 40% в структуре детской инвалидизации. С диагнозом ПЭП в России наблюдается до 15% детей первого года жизни. И даже при средней тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) в 20-30% случаев у детей отмечаются долгосрочные осложнения, в 10-15% случаев в дальнейшем имеются значительные трудности в обучении.

В структуре перинатальных повреждений ЦНС ГИЭ занимает около 70% и сопровождается все критические состояния у новорожденных. Этиология ГИЭ включает антенна-

льные факторы, которые играют определяющую роль; смешанные причины составляют четверть случаев ГИЭ, и 2% приходится на так называемые неизвестные причины. ГИЭ запускается дефицитом кислорода, но непосредственными факторами, повреждающими мозг ребенка, являются продукты извращенного метаболизма. Иными словами, ГИЭ называют метаболической катастрофой мозга. Другая составляющая, которая определяет развитие этой формы поражения ЦНС у детей, – цереброваскулярные расстройства и нарушения механизма регуляции мозгового кровообращения.

Мозговой кровоток ребенка во многом определяется показателями системы гемодинамики. В этой связи к факторам, которые приводят к нарушению ауторегуляции мозгового кровообращения у де-

тей, родившихся с экстремально низкой массой тела, является высокая, стимулированная осмотром или манипуляциями, активность. Поэтому техника минимальных прикосновений и минимальной интервенции, которую мы применяем в выхаживании таких детей, является чрезвычайно важной. Помимо этого продленная искусственная вентиляция легких в жестких режимах, гипотермия, синдром системного воспалительного ответа, который сопровождает генерализованные инфекции, перинатальная гипоксия, асфиксия, травматичные роды и еще целый ряд других обстоятельств и факторов приводят к развитию неонатальной ишемии мозга.

Формы ГИЭ сегодня довольно хорошо известны – это селективный нейрональный некроз, повреждение базальных ганглиев и таламуса, парасагиттальное церебральное повреждение, перивентрикулярная лейкомаляция, фокальный и мультифокальный некроз. Что касается особенностей ГИЭ у новорожденных, то уже к 1-2-недельному возрасту в зоне перенесенного инфаркта могут формироваться достаточно агрессивные порэнцефалические кисты, и в этих ситуациях приходится часто проводить дифференциальную диагностику с некротическим энцефалитом, который обусловлен течением герпетической инфекции. Мелкие глиальные рубцы формируются в зоны кистозной дегенерации.

Работа, которая была выполнена в 2006 г. Л.А. Плехановым, отражает масштаб нейрональной катастрофы, которая формируется при ГИЭ: уже к концу первых суток жизни около 10% нейроцитов находятся в состоянии апоптоза и некроза, а критическое преобладание поврежденных нейроцитов над нормальными происходит на 8-9 сутки. При апоптозе речь идет о растянутой по времени «запрограммированной» смерти нейрона. Однако апоптоз имеет обратимые этапы, поэтому фармакологически оправданы вмешатель-

ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

ства в процессы его регуляции и модификацию нейродегенеративных процессов у ребенка.

Современные принципы ранней реабилитации перинатальной патологии ЦНС исходят из необходимости так называемого опережающего лечения. Проще предупредить, нежели потом справляться с теми морфологическими изменениями, которые имеются у детей при ГИЭ, при нарушении механизмов ауторегуляции мозгового кровообращения.

Чрезвычайно важна в организации подхода к лечению больных в остром периоде перинатального поражения ЦНС индивидуализация терапии с учетом характера и степени тяжести основной и сопутствующей патологии, степени зрелости ребенка и конституционально-генетических особенностей. Мы обязаны оценить ПЭП с позиций целостности организма, т.е., может быть, даже в большей степени заниматься в остром периоде коррекцией не столько неврологических расстройств, сколько нейросоматических нарушений. Начинать, конечно, нужно с обеспечения стандартов выхаживания детей: тщательное наблюдение и контроль, мониторинг витальных функций, электролитного состава крови (у детей с поражением ЦНС, а особенно у детей с экстремально низкой массой тела присутствует так называемый синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона, который является одним из факторов, определяющих либо способствующих прогрессированию отека головного мозга), создание оптимального микроклимата и комфорта, питание, обеспечивающее потребности (недоношенный ребенок должен прибавлять в массе соответственно тем характеристикам, которые имеются во внутриутробном периоде развития) и гуманизация инвазивных методов обследования и лечения.

Контакт в диаде мать-дети, уже позже метод кенгуру и тактильно-кинестическая стимуляция должны

быть обеспечены, для чего необходимо, чтобы существовал допуск родителей в отделение реанимации или в отделение, где пребывает ребенок.

В комплексе с немедикаментозными мероприятиями обязательна медикаментозная терапия. Вазоактивные препараты могут применяться с большой осторожностью в остром периоде. Могут использоваться модуляторы синаптической проводимости, если в этом есть необходимость, оправдано и безопасно применение антиоксидантов, антигипоксантов, метаболиты и поливитаминные комплексы также применимы в терапии церебральных повреждений. Из нейропротективных препаратов в РФ накоплен хороший опыт применения пептидных регуляторов, в частности Кортексина.

Этот препарат изучался различными исследователями независимо друг от друга. Было доказано, что пептидам принадлежит основная роль в регуляции многих функций организма (Ашмарин И.П.). Нейротрофические механизмы пептидов обеспечиваются их влиянием на металлолигандный гомеостаз в нервной системе (Громова О.А., 2000),

участием в трансдукции сигнала фактора роста нервов, что ведет к формированию новых отростков у нейронов (Скворцов И.А., 2003).

Воздействие препарата Кортексин на механизм апоптоза через контроль экспрессии генов и синтеза белка в клетках и опосредовано через снижение токсических эффектов нейротропных веществ, антиоксидантное действие, влияние на биоэлектрическую активность головного мозга осуществляется и на отек головного мозга, который является важной морфологической составляющей при остром периоде церебрального повреждения.

Исследование, проведенное в Новосибирске Г.П. Правдухиной, А.П. Скоромец (2009) у доношенных новорожденных с ГИЭ, которым проводилась комплексная терапия критического состояния с применением препарата Кортексин, продемонстрировало значимое улучшение исходов энцефалопатии у детей к первому году жизни в группе Кортексина по сравнению со стандартной терапией – компенсации неврологических синдромов удается достигать в 90% случаев, а при тяжелых степенях поражения – в 76% случаев. 



СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ



М.И. Медведев, д.м.н., профессор кафедры неонатологии ФУВ РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Перинатальные поражения нервной системы представляют собой большую гетерогенную группу патологических состояний, которые объединены между собой временем воздействия неблагоприятного фактора на плод и новорожденного (22 неделя внутриутробного развития – первые 7 дней после рождения) и сходной клинической картиной. По данным Центра здоровья детей РАМН, в РФ каждый третий ребенок имеет те или иные неврологические нарушения, причем 80% невроно-психических заболеваний

корнями уходят в перинатальный период.

Причины перинатальных поражений кроются в гипоксических (по данным мировой статистики, составляют 60%), инфекционных (20%), травматических (родовая травма, 15%) и дисметаболических или токсикометаболических (5%) факторах. Последние представляют актуальную проблему (особенно такие, как билирубиновые поражения мозга и гипогликемия, которая вызывает необратимые деструктивные изменения в мозге новорожденного ребенка, особенно недоношенного, в течение 24 часов, приводящие к тяжелой инвалидизации пациента).

Основными причинами перинатальной гипоксии являются нарушение газообмена в системе мать–плацента–плод, постнатальная дыхательная недостаточность. Комплекс факторов, которые нарушают поступление кислорода в мозг плода и мозг новорожденного ребенка, вызывают следующий за этим каскад различных патофизиологических нарушений. Ведущим звеном выступает снижение мозгового кровотока и содержания кислорода в крови. Следующее за этим развитие отека, набухание мембран нейронов, накопление в зоне ишемии молочной кислоты, продуктов перекисного окисления и так далее – все это усиливает проницаемость через клеточные мембраны воды, натрия, хлора, кальция, которые, оказываясь в клетке, разрушают лизосомы, а лизосомальные ферменты вызывают нейрональный некроз.

Ведущим нарушением в структуре неврологических синдромов является неонатальные судороги в связи с особой организацией нервной

системы новорожденного. Олигосинапсизация, высокая гидрофильность мозга, незрелость ГАМК-рецепторов на мембране нейронов, феномен эксайтотоксичности, выброс глутамата, фолатов, аспартата приводит к деполяризации клеточных мембран и развитию судорожной реактивности нервной клетки. В основе всех неврологических проявлений (возбуждение, угнетение, внутричерепная гипертензия, судороги, кома) лежит универсальная реакция мозга – отек, поэтому одно из основных направлений в лечении перинатальных поражений и профилактике нарушений – это борьба с отеком мозга.

Задача врача – не только сохранить жизнь ребенку, но и обеспечить качество его здоровья в дальнейшем. Возрастной диапазон до 3 лет наиболее благоприятен для проведения комплексных терапевтических и коррекционных мероприятий. Основной принцип современной церебропротекторной терапии при перинатальных поражениях нервной системы заключается в точном, адресном назначении препаратов с учетом знания этапа перинатального поражения нервной системы и сути происходящих в ней изменений.

В острый период важна борьба с отеком мозга, коррекция метаболических расстройств. А в дальнейшем наступает репарация процесса, и тогда назначают ноотропные препараты, питающие нервную клетку. Широко, активно применяются в лечении перинатальных поражений нервной системы в раннем возрасте и их последствий производные ГАМК, пептиды и аминокислоты, среди них Кортексин – нейропептидный препарат, которому принадлежит немаловажная роль в детской неврологии, метаболические производные и комбинированные ноотропы. 

Материал подготовила В. Павлова

КОРТЕКСИН®

Полноценная работа мозга!

Показания к применению:

- острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульт)
- энцефалопатии (дисциркуляторная, посттравматическая, токсическая и др.)
- черепно-мозговая травма и ее последствия
- вирусные и бактериальные нейроинфекции и их последствия
- острые и хронические энцефалиты и энцефаломиелиты
- невриты и нейропатии
- астенические состояния
- эпилепсия
- нарушения памяти и мышления различного генеза
- снижение способности к обучению
- вегетативно-сосудистая дистония
- различные формы детского церебрального паралича
- задержка психомоторного и речевого развития у детей



Регистрационный номер P N003862/02 от 30.06.09.

Телефон горячей линии:

8-800-333-43-76

(звонок по России бесплатный)

www.geropharm.ru



ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Альфия Исмагилова: «Залог успешного



Альфия Рифхатовна Исмагилова – главный внештатный неонатолог города Уфы, руководитель городского неонатологического центра, врач-неонатолог высшей категории, отличник здравоохранения Республики Башкортостан

Физиологическое внутриутробное развитие и рождение ребенка, его первые минуты и часы жизни, проведенные с матерью, раннее начало грудного вскармливания, оптимальная физиологическая неонатальная адаптация и при необходимости эффективная медицинская помощь являются важными и ответственными событиями в жизни человека и во многом определяют его здоровье и качество жизни. В 1998 году Европейское региональное бюро ВОЗ приняло концепцию «Здоровье для всех в XXI веке», согласно которой эффективная перинатальная помощь, особое внимание здоровью и развитию детей первых пяти лет жизни и соблюдение прав ребенка должны стать залогом и гарантией здоровья нации. О воплощении в реальность этих разумных и гуманных принципов в Уфе региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в педиатрии» Ларисе Черемухиной рассказала Альфия Рифхатовна Исмагилова – главный внештатный неонатолог города Уфы, руководитель городского неонатологического центра, врач-неонатолог высшей категории, отличник здравоохранения Республики Башкортостан, лучший педиатр Уфы в 2006 году.

Неонатология – сравнительно молодая наука, она выделилась в самостоятельный раздел педиатрии во второй половине XX века. Альфия Рифхатовна, расскажите, пожалуйста, об основных вехах развития неонатального направления в Уфе.

Первое неонатальное подразделение появилось в Уфе на базе Городской Детской клинической больницы № 17 (ГДКБ) в 1973 году. Его первой заведующей стала Ирина Семеновна Федосеева, затем длительное время, а именно с 1978 по 2001 год, отделение возглавляла заслуженный врач Республики Башкортостан Вера Петровна Кулагина. Я горжусь тем, что могу называть себя ее ученицей. В настоящее время, с 2001 года, подразделением руководит Ирина Васильевна Тихонова. Вся история развития неонатологии в Уфе и Башкирии связана именно с ГДКБ №17. На нашей базе функционирует городской неонатологический центр, в состав которого входят несколько отделений: реанимации новорожденных и на его базе реанимационно-консультативный центр, который обслуживает все родильные дома Уфы; отделение

патологии новорожденных №1 для выхаживания и лечения недоношенных детей; отделение патологии новорожденных №2 для выхаживания и лечения доношенных детей – сюда поступают дети периода новорожденности переводом из роддомов города, по скорой помощи и направлению участкового педиатра; отделение реабилитации до трех месяцев, куда попадают дети после реанимации и отделений патологии; амбулаторный неонатологический центр, где состоят на учете малыши, проходившие лечение, в основном недоношенные, и принимают специалисты – неонатолог, невролог, окулист, хирург, ортопед. Структура очень удобная, и потребность города в учреждениях и специалистах неонатологического профиля покрывается полностью. Неонатологическая помощь – это очень дорогостоящая и затратная область здравоохранения, но она того стоит. Хочется отметить, что в Управлении здравоохранения Администрации г. Уфы, а также в администрации нашей больницы в лице главного врача С.С. Куватова это понимают и всегда стараются помочь нашей неона-

тальной службе. Благодаря усилиям Президента Республики Башкортостан М.Г. Рахимова, Правительства республики, Управления здравоохранения Администрации г. Уфы и привлечению средств из бюджета РФ была проведена полная реконструкция здания бывшего родильного дома ГДКБ №17 с последующим переводом в него в 2006 году отделения реанимации и патологии новорожденных и оснащение его по последнему слову достижений в этой области. По инициативе Управления здравоохранения Администрации г. Уфы в 2006 году на базе неонатального центра ГДКБ № 17 прошла школа-семинар по неонатологии, в котором приняли участие представители Швейцарии, Венгрии, Великобритании. Врачи смогли приобрести теоретические и практические навыки по реанимационным мероприятиям, лечению и питанию новорожденных. Таким образом, сейчас можно смело говорить о том, что организация неонатального направления в Уфе соответствует европейским стандартам. Родители могут быть уверены,

«Врачевания – это совокупность знаний, интуиции и опыта»

что их ребенок получит такую же качественную помощь как с профессиональной точки зрения, так и с материально-технической, как если бы они обращались в столичные или европейские клиники.

За каким типом лечебного учреждения вы видите будущее для неонатологии?

Неонатальная служба в России и в мире организована по двум принципам: перинатальные центры и неонатальные центры. Мировая и российская практика свидетельствует о том, что оптимальный вариант организации – это перинатальный центр – огромная клиника, в структуре которой есть и родильный дом. Медицинские технологии в нашей области таковы, что желательно, чтобы помощь новорожденным больным детям оказывалась в рамках одного учреждения. Поэтому мы стремимся оптимизировать свои структуры именно в этом направлении.

Альфия Рифхатовна, какова динамика рождаемости в Уфе в последние годы? Как повлияли на нее решение о материнском капитале или кризис?

Рождаемость за последние несколько лет однозначно увеличилась в абсолютных цифрах: в 2004 году в Уфе родилось 10700, а в 2008 году – уже 12800 детей. Возможно, некоторым образом это и связано с решением в выплате материнского капитала. Если же говорить о положительном и отрицательном приросте населения, то небольшая тенденция в сторону улучшения ситуации есть, но не настолько, чтобы говорить о переломе. В Уфе в 2008 году впервые естественное движение населения происходило без знака минус.

Какие тенденции можно увидеть в таком печальном явлении, как младенческая смертность?

За последние пять лет мы реально продвинулись в направлении снижения младенческой смертности: если в 2004 году по Уфе уровень младенческой смертности составлял 11,5 на одну тысячу родившихся, то в 2008 году – уже 7,6.

Я считаю, что это произошло в первую очередь благодаря улучшению материальной базы и оптимизации структуры оказания помощи новорожденным, в том числе и в неонатальном центре ГДКБ № 17.

Наши специалисты постоянно выезжают в родильные дома, оказывают помощь новорожденным на местах, готовят детей к транспортировке и в дальнейшем в зависимости от состояния ребенка переводят его либо в отделение патологии новорожденных, либо в отделение реанимации.

Как изменяется соотношение детей, рождающихся здоровыми и больными?

К сожалению, с каждым годом здоровых детей рождается все меньше. Ведь здоровье ребенка напрямую зависит от здоровья матери. А здоровье матерей на сегодня оставляет желать лучшего. Женщинам кажется, что их заболевания возникли буквально «ни с того ни с сего». На самом деле, здоровье женщин закладывается в детстве и юности девочек – об этом столько раз говорено-переговорено. Женщины приходят к беременности с набором разнообразнейших заболеваний: хроническими половыми, экстрагенитальными, болезнями почек, хроническим тонзиллитом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и многими другими. Все они от-

ражаются на новорожденных. Так что, мы, неонатологи, без работы не сидим.

Альфия Рифхатовна, какие заболевания чаще всего становятся причинами младенческой смертности?

В основном не удается спасти детей, которые родились с тяжелыми врожденными пороками развития и врожденными инфекциями. Это большой минус наблюдения за женщинами в период беременности, когда порок вовремя не диагностируется и беременность не прерывается. И мировая, и российская медицина стремятся предупредить рождение детей с врожденными пороками разви-



Операционная для новорожденных в ГДКБ № 17 г. Уфы

тия, не совместимыми с жизнью. Тем не менее, если такие дети появляются, то они тоже имеют определенные шансы на выживание благодаря современному уровню развития медицины. В Уфе операции по врожденным порокам проводятся в хирургическом неонатальном центре, который находится на базе Республиканской Детской клинической больницы. Все дети с пороками из родильных домов в сопровождении нашего врача переводятся туда. Они осматриваются врачом-хирургом и принимается решение об операции. На базе ГДКБ № 17 есть опыт операций детям с таким врожденным пороком сердца, как открытый артериальный проток. Оперируют их специалисты из Республиканского Кардиологического Центра, а мы оказываем младенцам анестезиологическую помощь и выхаживаем детей в послеоперационном периоде. У нас имеется операционная, оснащенная по последнему слову медицинской техники. Факт оказания оперативной помощи на базе неонатального центра – явление исключительно положительное, так как выхаживание в послеоперационном периоде новорожденных и недоношенных кардинально отличается от выхаживания детей более старшего возраста, а наш персонал такими навыками обладает в полной мере. Здесь имеет значение и температурный режим, и питание, буквально все. Когда к ювелирной работе хирурга и анестезиолога добавляется квалифицированный послеоперационный уход, шансы на выздоровление малыша значительно возрастают.

Насколько велик эффект от проведения неонатального скрининга и сталкивались ли Вы со случаями отказа родителей от его проведения?

Неонатальный скрининг у нас проводится во всех родильных домах на выявление пяти наследственных заболеваний: фенилкетонурии, врожденного гипотериоза, адреногенитального синдрома, муковисцидоза, галактоземии и представляет собой исследование образцов крови у новорожденных.

Обследование на фенилкетонурию и гипотериоз проводится в Башкирии уже давно, на остальные заболевания – в течение последних двух лет. Охват скринингом – практически 100-процентный. Своевременное выявление заболеваний позволяет организовать правильный подход к больным детям и дать им шанс в будущем стать максимально полноценными членами общества. Отказы родителей бывают крайне редко. Если мы сталкиваемся с такими ситуациями, то стараемся объяснить, для чего и каким образом это делается и чем родители рискуют в случае своего отказа. Например, при фенилкетонурии тех страшных последствий, которые могут иметь место при невыявлении, а именно выраженной умственной отсталости, можно однозначно избежать при своевременной диагностике. Но если родители своевременно узнают о заболевании и правильно поведут себя в отношении такого ребенка, то он вырастет абсолютно нормальным человеком.

Альфия Рифхатовна, как Вы считаете, насколько правильно отдавать на откуп родителям решение о вакцинации новорожденных и более старших детей?

Конечно, есть некоторый парадокс в этом вопросе: с одной стороны, мы уже не живем в тоталитарном государстве и поголовное прививание детей без согласия родителей было бы нарушением прав человека. С другой стороны, решение об отказе от прививок зачастую принимается родителями на основании конъюнктурных публикаций в средствах массовой информации и на фоне недоверия к официальной медицине, а не на основании каких-то глубоких познаний в медицине и высокого образовательного уровня. Единственный выход – методичная глобальная просветительская деятельность государства, направленная на формирование у родителей осознания того, что человечество обречено на вакцинацию, если хочет выжить сейчас и в последующих поколениях. Вакцинация имеет осложнения в

очень маленьком проценте случаев. Как правило, эти осложнения возникают тогда, когда ребенка прививают не вовремя, например нездорового. Если ребенок болен ОРВИ, то прививать его можно не раньше, чем через месяц с момента выздоровления. Осложнений никогда не будет, если ребенка прививать на фоне здоровья. Когда в стране имеется хорошая прослойка вакцинированных детей, то заболевания сходят на нет, вспышки не происходят. Когда же эта прослойка падает ниже 70%, то заболевание «поднимает голову».

Еще не так давно среди педиатров преобладало отношение к новорожденному как к пациенту, которого сразу после рождения нужно обследовать, дезинфицировать, туго запеленать, держать отдельно от матери и кормить строго по расписанию. Почему за последние 10-15 лет все изменилось с точностью до наоборот?

В советском тоталитарном государстве были определенные установки и приказы, которые, по сути, ставили мать на последнее место среди окружавших новорожденного людей. Сама система и работа детского здравоохранения была организована подобным образом. Но когда наши российские врачи получили возможность общаться с коллегами из-за рубежа, выяснилось, что в мире придерживаются совершенно другого подхода: пропагандируют осознанное материнство и отцовство, относятся к плоду как к личности, стараются демедицизовать беременность, роды и ранний неонатальный период, обеспечивают контакт матери и ребенка и раннее начало грудного вскармливания. В Уфе работает знаменитый профессор, доктор наук, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии БГМУ Ахмадеева Эльза Набиахметовна, которая стала основным подвижником идеи гуманизации обращения с новорожденными детьми. Совместное пребывание мамы и ребенка, которое много лет назад было впервые осуществлено на

базе родильного отделения ГКБ №17, все разумные принципы: не пеленать, маму не отбирать, кормить грудью по требованию – все это результат движения по пути признания прав человека, как бы громко это ни звучало.

Альфия Рифхатовна, невозможно обойти вопрос о вреде или безвредности использований одноразовых подгузников, особенно у мальчиков. Каков Ваш вердикт как специалиста, знающего все об уходе за новорожденными?

Мнение зарубежных ученых и отечественных на этот счет разделились. Бесплодие у мужчин с каждым годом растет, и какую роль в этом играет пребывание новорожденных мальчиков в одноразовых подгузниках, сказать пока никто не может. Противники, в первую очередь оперируют аргументом о том, что яички не так просто выведены вовне полости организма мальчика и мужчины: созревание сперматозоидов предусматривает более низкую температуру, чем температура тела. Сторонники опираются на отсутствие очевидной зависимости бесплодия от перегрева и на отсутствие перегрева в подгузниках как такового. Поэтому я предлагаю родителям пользоваться компромиссным вариантом: надевать впитывающие штанишки во время сна и прогулок и не пользоваться ими во время бодрствования. Проблема мужского бесплодия однозначно существует, рано или поздно будут проведены полномасштабные исследования взаимосвязи перегрева в детском возрасте и нарушения функций воспроизводства у взрослых мужчин. Но это потребует широкого и длительного изучения и наблюдения, прежде чем можно будет говорить об этом, как о факте. Зачем же рисковать здоровьем ребенка, если есть шанс причинить ему ущерб?

Насколько реально такое часто используемое современное понятие, как «родовой стресс»?

Если обращаться к перинатальной психологии, а в последние

годы появилось такое понятие, то ребенок реально ведет внутриутробную жизнь и многое чувствует от момента зачатия. И роды – это действительно стресс, потому что ребенок находится внутриутробно настолько защищенным, что, когда вдруг начинается родовая деятельность, сокращения матки, схватки, во время которых плод натуральным образом изгоняется на свет, малыш испытывает именно то, что мы понимаем как стресс. Процесс родов вряд ли является для ребенка удовольствием. Именно с пониманием этого медицина повернулась в сторону гуманизации оказания помощи рождению. Нового человека необходимо встретить в нашем мире максимально дружелюбно, с пониманием его особенностей: не должно быть лишнего шума, должно быть тепло, не нужен ослепительный свет. Особенно это касается недоношенных детей.

Как Вы относитесь к такому имеющему определенное распространение сейчас явлению, как роды дома?

Ограничение желания женщины рожать дома было бы в какой-то степени нарушением прав человека, поэтому подобные решения каждая женщина принимает сама

за себя. Со своей стороны, как неонатолог, врач с многолетним опытом, я бы никому не дала подобный совет. Есть сколько угодно примеров, когда абсолютно здоровая женщина приходит рожать в роддом и никто не сомневается, что в родах все пройдет замечательно, но в самом процессе родов выплывают такие вещи, что становится невозможным предсказать исход, даже находясь в родовспомогательном учреждении, а не то что дома. Своей дочери или невестке я бы не порекомендовала рожать дома.

Какова динамика количества преждевременных родов, и с какого срока или веса имеет шансы выжить преждевременно родившийся ребенок?

Цифра преждевременных родов достаточно стабильна как по России, так и по Башкирии. Она колеблется в районе 6% от общего числа родов. Основная причина невынашивания кроется в нездоровье матерей. Иногда преждевременные роды происходят на фоне стрессовой ситуации, в которую попадает беременная женщина, но в основном это все-таки нездоровье и предыдущие аборт женщины. За рубежом уже давно выхаживают детей, родившихся с весом от 500 граммов. К нам приезжали



Фототерапия недоношенных детей в отделении реанимации новорожденных



В отделении реанимации дети выхаживаются в кувезах

специалисты из Швеции и Норвегии делятся своим опытом и рассказывали, как они поступают в случае появления на свет недоношенного ребенка на сроке до 22 недель. Такие дети тоже имеют определенные шансы выживания, но здесь приходится принимать решение и давать согласие на выхаживание уже самим родителям, так как риск развития каких-либо патологий, которые приведут к инвалидизации такого ребенка, чрезвычайно высок. А уже ребенок свыше 22 недель гестации однозначно подлежит выхаживанию. Мировая практика такова.

Альфия Рифхатовна, отличаются ли дети, рожденные преждевременно путем кесарева сечения, при гормонально сохраняемой беременности, от младенцев, появившихся в естественных родах?

Примерно до двух-трехлетнего возраста есть очевидная для специалиста разница, а потом она стирается. Взаимосвязи между недоношенностью и маленьким ростом нет, рост формируется генотипом. Дети, рожденные в результате экстракорпорального оплодотворения, тоже никогда не определяются и ничем не отличаются. Такие дети даже интеллектуально более развиты, чем дети

традиционного оплодотворения. Обычно ведь это бывает выстраданная беременность у людей с хорошим достатком, высоким образовательным и интеллектуальным уровнем. В такого ребенка родители вкладывают от и до: от материальных ресурсов до эмоциональных и интеллектуальных. Соответственно и результат: не только не отставание в развитии, но и опережение сверстников.

Что в последние годы происходит с грудным вскармливанием?

Мы интенсивно работаем с мамами в области пропаганды грудного вскармливания, я сама его ярая сторонница. Конечно, бывают ситуации, когда грудное вскармливание невозможно по объективным причинам. Но, к сожалению, для многих женщин причиной для отказа от грудного вскармливания становится желание сохранить фигуру, и они попадают на грамотно организованную пропаганду заменителей грудного молока. Вот женщина и разрывается между своим сознанием и подсознанием: первое подсказывает ей, что нужно кормить грудью, несмотря на однозначное и естественное в этом случае увеличение массы тела, второе нашептывает ей, что можно воспользоваться за-

менителем и сохранить все свои формы и прелести. Но любая смесь только приближена по составу к грудному молоку, она может заменить его только в том случае, когда выбора, чем кормить, действительно нет. А если такой выбор есть, то кормить нужно однозначно грудью. Грудное молоко – самое оптимальное, что только может быть для ребенка, это доказано не только наукой, но и самой природой. Это выгодно даже с экономической точки зрения: ведь искусственное питание обходится очень даже не дешево. Фигура вернется достаточно быстро после завершения кормления, если, конечно, женщина будет контролировать свой аппетит и правильно организует режим питания и физической нагрузки.

Какими качествами должен обладать врач, чтобы стать хорошим неонатологом?

Лечебная профессия предусматривает особый склад характера человека, профессия неонатолога – вдвойне. Мало просто выучить руководство, врач должен чувствовать ребенка. Ведь младенца не спросишь, как он себя чувствует. В нашем неонатальном центре трудятся самоотверженные врачи, искренне преданные своему делу. Назову нескольких из них: Роза Фазиевна Мансурова, Ирина Васильевна Тихонова, Альбина Изаиловна Фатыхова, Раиля Шайгаскаровна Никифорова, Марина Всеволодовна Шевардина и многие, многие другие, всех перечислить просто невозможно. Случайные люди в нашу профессию не приходят. Мне кажется, что только через годы практической работы врач может считаться действительно ВРАЧОМ, только тогда появляется достаточное количество опыта, когда диагнозы ставятся даже до появления результатов анализов или более очевидных признаков заболевания, а подтверждают-ся ими. Школа практического здравоохранения несравнима ни с чем, в книжках такие знания не даются. Залог успешного врачевания – это совокупность знаний, интуиции и опыта. 

Молочные смеси нового поколения

Максимально приближены к грудному молоку по уровню белка (13 г/л) и аминокислотному составу, обогащены α -лактальбумином.

- Уменьшается метаболическая нагрузка на печень и почки.
- **Снижается риск развития ожирения и сахарного диабета.**
- Стимулируют рост бифидофлоры.
- Улучшается всасывание кальция и цинка.

Содержат длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (DHA + ARA), оптимальное соотношение линолевой и α -линоленовой кислот.

- Для оптимального развития зрительного анализатора, моторной и познавательной функции у детей.
- **Формируют иммунную систему ребенка.**
- Первичная профилактика гипертонии.
- Способствуют профилактике аллергии.

Оптимальный 4 мг/л уровень железа.
Сниженное содержание фосфора 210 мг/л.
Достигнуто соотношение Ca:P = 2:1.
Обеспечено адекватное состояние антиоксидантной системы.

- Улучшается усвоение Ca, Fe, Zn.
- **Способствуют преобладанию бифидобактерий над E.colli.**



Реклама. Товар сертифицирован. Посоветуйтесь с педиатром. Рекомендовано с 0 мес. Грудное молоко – самое лучшее питание для грудного ребенка.

Semper



Бесплатная горячая линия по России
8-800-505-25-25 www.semper-info.ru

Мамы доверяют, дети любят

АСКОРИЛ

ЧИСТЫЙ ЗВУК ВАШИХ ЛЕГКИХ



Краткая информация
по применению препарата Аскорил
(подробную информацию см. в листе-вкладыше).

Рег. уд. сироп: П№015290/01.
Рег. уд. таблетки: ЛСР№003332/09.
Состав и форма выпуска: Сироп 100 и 200 мл, таблетки №10, №20.
В 10 мл сиропа содержится: сальбутамола сульфат 2 мг, бромгексина гидрохлорид 4 мг, гвайфенезин 100 мг.
1 таблетка содержит: сальбутамола сульфат 2 мг, бромгексина гидрохлорид 8 мг, гвайфенезин 100 мг.

Перед применением проконсультируйтесь со специалистом.

Фармацевтическая компания Гленмарк – одна из самых динамично развивающихся международных фармацевтических компаний, со штаб-квартирой в г. Мумбай. Основана в 1977 г. Основные сегменты деятельности: дерматология, пульмонология, гинекология, онкология, гастроэнтерология. Научно-исследовательские центры компании расположены в Индии и Швейцарии. Продукция Гленмарк экспортируется в более чем 85 стран мира, включая Европу, США, Японию и др.

Показания к применению:
в составе комбинированной терапии острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием трудноотделяемого вязкого секрета.
Противопоказания:
тахикардия, нарушения ритма сердца, повышенная чувствительность к компонентам препарата.



Гленмарк