

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

№ 2
апрель 2010



Иммуномодуляторы в терапии
часто болеющих детей

Открытый артериальный
проток у недоношенных детей

Комплексная терапия
атопического дерматита

Тема номера:

**ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ И ИММУНОКОРРЕКЦИЯ**

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





28 сентября – 1 октября 2010 г.
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

XI Всероссийский научный форум

Мать и дитя

XII Международная специализированная выставка



**Охрана здоровья
матери и ребенка 2010**

Организаторы:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

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

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ-Экспо»



Телефон/Факс: +7 (495) 721-88-66

e-mail: expo@mediexpo.ru

www.mediexpo.ru

www.mother-child.ru



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

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



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

Редакция журнала

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

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

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

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.

Ревякина 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.

№ 2 апрель 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

витамиотерапия

О.Ю. Моносова, К.Г. Шарапова
Витамины, микро- и макронутриенты и их влияние на иммунную систему **6**

терапия атопического дерматита

Т.А. Филатова
Опыт применения препарата Парлазин® у детей с атопическим дерматитом **12**

иммуномодуляторы

Т.Б. Сенцова, И.В. Ворожко
Иммуномодуляторы в терапии часто болеющих детей **16**

поллиноз у детей

В.А. Ревякина
Аллергические заболевания, обусловленные пыльцой растений, у детей **22**

лекции для врачей

А.С. Агафонов, В.А. Ревякина, Т.Б. Сенцова
Эффективность нового антигистаминного препарата в комплексной терапии атопического дерматита у детей **30**

форум (конференции, выставки, семинары)

Открытый артериальный проток у недоношенных детей **36**

Образовательный проект «Здоровье» в Самаре **42**

опыт регионов

«За жизнь каждого ребенка боремся плечом к плечу»
Интервью с заместителем главного врача
детской клинической больницы № 2 г. Кемерово **Н.П. Крековой** **44**

Генетическая предрасположенность к алкоголизму и депрессии

Американские ученые обнаружили, что реакция детей на интенсивный сладкий вкус зависит от их генетической предрасположенности к алкоголизму и наличествующих проявлений депрессии.

Исследователи из Центра Монелла в Филадельфии предположили, что, поскольку сладости и алкоголь действуют сходным образом на многие части системы награды мозга, любовь к особо сладким продуктам может повышаться у детей с семейной историей алкоголизма. Кроме того, ученые решили проверить, не обладает ли сладкое антидепрессивным действием.

В ходе эксперимента 300 детям в возрасте от 5 до 12 лет предложили выбрать наиболее приятный из пяти напитков, представлявших собой различной концентрации растворы сахарозы (пищевого сахара) в воде. Также среди детей провели опрос, выявляющий симптомы депрессии, а их родители сообщили

ученым о случаях алкогольной зависимости в семье. У 49% детей оказались родственники, страдавшие алкоголизмом; примерно у четверти были выявлены симптомы депрессии.

Оказалось, что наиболее сладкий напиток предпочли 37 детей с проявлениями депрессии, у которых при этом были алкоголики в семье. На их вкус наиболее приятным оказался 24-процентный раствор сахарозы, что соответствует 14 чайным ложкам сахара в стакане воды. Это примерно вдвое слаще, чем типичные сладкие газированные напитки. Остальные участники эксперимента предпочли 18-процентный раствор сахарозы. Руководитель исследования Джули Меннелла отметила, что полученные результаты не позволяют однозначно отнести любовь к сладкому в детстве к факторам риска алкоголизма в будущем.

Источник: medportal.ru

Вакцинация против ветряной оспы

С тех пор как в середине 90-х гг. прошлого века в США начата вакцинация ветряной оспы, количество обращений за медицинской помощью по поводу этой инфекции резко снизилось, особенно среди детей. К такому выводу пришли авторы исследования, доктор Samir S. Shah и коллеги из детской больницы в Филадельфии.

Они сравнили данные с 1993 по 1995 гг. и с 1996 по 2004 гг. — до и после начала вакцинации соответственно. К 2004 г. охват населения вакцинацией составлял почти 90%. Выяснилось, что с введением вакцинации на 2/3 (с 106 до 36 посещений на 100 000 населения) снизилось количество обращений за амбулаторной помощью по поводу ветряной оспы. В отношении грудных детей и детей до 4 лет количество посещений врача уменьшилось на 98%. Частота госпитализаций по поводу ветряной оспы уменьшилась более чем вдвое — с 31 до 15 случаев на 100 000 населения. И вновь различие было особенно заметно в возрастной группе детей до 14 лет. Эти данные имеют особое значение в связи с тем, что у детей старшего возраста и подростков высок риск редких, но тяжелых осложнений ветряной оспы.

Информация об обращениях за амбулаторной медицинской помощью при этом заболевании особенно важна, поскольку вспышки ветряной оспы случаются и среди привитого населения, но протекают они легче, поэтому заболевшие скорее обратятся за консультацией врача по месту жительства, чем непосредственно в приемные отделения больницы.

Источник: mucoviscidos.ru

Слова для младенцев играют важную роль

Ученые Северо-Западного университета (США) обнаружили, что для трехмесячных младенцев слова влияют на результаты когнитивных задач, выходя за рамки воздействия других видов звуков, в том числе музыкальных тонов.

В ходе исследования было замечено, что дети, которые слышат слова, показывают больше признаков их категоризации, в отличие от детей, которые слушали звуковые тона. Специалисты показали трехмесячным малышам серии фотографий рыб, сопровождая визуальный ряд словами или звуковыми сигналами, тщательно подобранными для маркировки фраз тонами. Затем детям показали картинки новой рыбы и динозавра рядом, чтобы зафиксировать, сколько времени они смотрели на каждое животное. Если детский мозг способен сформировать смысловую категорию слова, ребенок будет быстрее обращать внимание на конкретный знакомый предмет. Дети, которые слышали слова, быстрее реагировали на уже виденную рыбу. По словам психологов, на маленьких детей слова оказывают особое влияние и помогают формировать категории связей слов и объектов. Обращенная к малышам речь порождает у младенцев внимание к окружающим их предметам, что способствует языковой классификации, осмыслению и отбору отдельных слов из связной речи.

Источник: ami-tass.ru

Гипергликемия у недоношенных детей приводит к повреждениям головного мозга

Гипергликемия в течение первой недели жизни, как известно, распространена у преждевременно рожденных младенцев, отмечает доктор Мирилль Ванли (Karolinska University Hospital, Stockholm) и коллеги. Однако исследования, изучающие связь между гипергликемией и повышением заболеваемости и смертности, дали противоречивые результаты.

Исследование сосредоточилось на ранней гипергликемии ($> 8,3$ ммоль/л; 149 мг/дл) у 143 чрезвычайно преждевременно рожденных детей (гестационный возраст < 27 недель), которые были живы в течение 24 ч после рождения. МРТ было выполнено в возрасте плановых родов — 40 недель гестации и оценено в баллах в отношении аномалий белого/серого вещества.

94 из 118 младенцев, которые дожили до полного срока беременности 40 недель, и 19 из 25, которые умерли ранее, имели данные в наличии для анализа.

Гипергликемия в первый день жизни увеличила шансы смерти до 40 недель в 3,7 раз, сообщают исследователи. Точно так же ранняя гипергликемия была фактором риска для уменьшения белого вещества, с повышением вероятности в 3,1 раза.

Проведенное исследование продемонстрировало связь между гипергликемией в течение первых 24 часов жизни и отклонениями на МРТ головного мозга в эквивалентном возрасте у чрезвычайно рано родившихся детей.

Источник: abbottgrowth.ru

Каждому пятому ребенку Риталин назначают ошибочно

Тысячи израильских детей, которым выписывается лекарство Риталин для лечения расстройства внимания, на самом деле имеют недиагностированные психологические проблемы, которые требуют совершенно иного лечения. Об этом свидетельствует исследование, проведенное израильскими врачами. Риталин является популярным в Израиле медикаментом для лечения расстройств внимания, в том числе синдрома дефицита внимания и гиперактивности, у детей. Исследователи обнаружили, что врачи часто назначают этот препарат, не при-

мая во внимание ни условия жизни молодых пациентов, ни побочные факторы развития. Фактически, это означает, что каждый пятый ребенок, получающий лечение, в нем не нуждается.

Исследование проводилось под руководством доктора Шломи Антеби. В период с мая 2006 года по май 2008 года исследователи наблюдали за 520 детьми в возрасте от 6 до 18 лет из центральной части Израиля. Все они получали препарат для лечения расстройства внимания.

Источник: MIGnews.com

Уроки сна в школах Шотландии

Как сообщили представители благотворительного общества «Слип Скотлэнд», занятия, стартовавшие в учебных заведениях шотландской финансовой столицы Глазго, направлены на обучение школьников технике сна, убеждение их в необходимости правильного режима и в отказе, в частности, от просмотра поздних телепередач. Как выявили британские исследователи, если подростки не ложатся до 23:00, то зачастую проводят время у телевизора, за игровыми консолями или в Интернете. По словам директора «Слип Скотлэнд» Джейн Анселл, результаты обследования получились шокирующими. Сон должен продолжаться не менее 9 часов – для улучшения умственного и физического потенциала. Как считают специалисты, сон – это насущная потребность организма человека, необходимая для обеспечения физического и психологического здоровья, а также эмоционального равновесия. Проведенные организацией «Опиньен мэттерс» по заказу британского Совета по сну исследования с участием 2 000 человек свидетельствуют о том, что плохой сон в детстве может обернуться во взрослой жизни целым букетом проблем со здоровьем, в том числе ожирением и заболеваниями сердца. В настоящее время почти половина родителей, с которыми экспертам удалось побеседовать, не знают, что детям в возрасте до 5 лет необходим 12-часовой сон, а учащимся 6-12 лет – не менее 10 часов сна, констатируют представители Совета по сну.

Источник: ami-tass.ru

Немецкие врачи спасли новорожденного

Немецким врачам удалось спасти и выжить новорожденного весом всего 275 граммов. Об этом сообщили представители клиники при медицинском университете германского города Геттингена (земля Нижняя Саксония). По данным медиков, это самый маленький в мире новорожденный мальчик, которого удалось спасти. Лишь три девочки на планете имели при рождении меньший вес. Современная медицина исходит из того, что выжить ребенка можно, если его вес при рождении составляет не менее 350 граммов. В Японии удалось спасти мальчика весом 297 граммов, а самая маленькая девочка весом всего 244 грамма появилась на свет в США.

Источник: ami-tass.ru

Беговая дорожка для детей с пренатальными осложнениями

Пренатальные травмы часто приводят к моторной дисфункции у малышей, а иногда и к более серьезному диагнозу – детскому церебральному параличу (ДЦП). Педиатры решили проверить эффект изменений физической активности в течение двух лет среди 15 детей с риском нейромоторной задержки развития, шести из которых был поставлен ДЦП. Родителям было предложено дома заниматься с малышами на беговой дорожке. Затем врачи рассмотрели частоту шагов и степень улучшения двигательных возможностей у детей за период наблюдений.

Было обнаружено, что дети с нейромоторной задержкой благодаря занятиям на беговой дорожке смогли достичь усовершенствования в ходьбе в почти той же степени, как и здоровые малыши. Самые значимые успехи в обучении ходьбе были замечены в возрасте между 10 и 18 месяцами. Американские ортопеды отмечают, что ранняя профилактика очень важна для детей с такими проблемами, поэтому использование беговой дорожки может стать потенциально эффективным терапевтическим способом улучшения двигательных функций у больных малышей.

Источник: ami-tass.ru

Пробиотики помогут против детского ожирения

Добавление в рацион продуктов, содержащих пробиотики, по мнению британских ученых, поможет наряду с переходом к более здоровой пище и повышением физической активности снизить заболеваемость ожирением среди американских детей.

По результатам исследования, будущие мамы, употребляющие пищу, богатую пробиотиками во время беременности, могут снизить риск ожирения у своих детей, когда те повзраслеют.

Пробиотики содержатся в йогуртах, кашах, некоторых соевых продуктах, кроме того, их можно принимать в виде пищевых добавок. Как показали исследования, у беременных, в чей рацион в течение первого триместра входят пробиотики, реже развивается гестационный сахарный диабет, который может приводить к тому, что ребенок уже с рождения будет иметь лишний вес.

По данным Американской диабетической ассоциации, дети, появившиеся на свет с лишним весом, часто имеют избыток инсулина и входят в группу риска по развитию в будущем ожирения и сахарного диабета типа 2.

Источник: abbottgrowth.ru

О.Ю. МОНОСОВА,
К.Г. ШАРАПОВА

НИИ питания РАМН,
Москва

Витамины, микро- и макроэлементы и их влияние на иммунную систему

Витамины, микро- и макроэлементы играют важную роль в жизнедеятельности организма в целом и оказывают значимое влияние на иммунную систему в частности.

Витамины – это низкомолекулярные биологически активные вещества, обеспечивающие нормальное течение биохимических и физиологических процессов в организме. Они являются необходимой составной частью пищи и оказывают действие на обмен веществ в очень малых количествах.

К водорастворимым витаминам относятся: тиамин (витамин В₁), рибофлавин (витамин В₂), ниацин (витамин В₃, витамин РР), пантотеновая кислота (витамин В₅), пиридоксин (витамин В₆), цианокобаламин (витамин В₁₂), фолиевая кислота (витамин В₉), аскорбиновая кислота (витамин С) и биотин (витамин Н). Жирорастворимых витаминов известно всего четыре: ретинол (витамин А), кальциферол (витамин D), токоферол (витамин Е), а также менадион (витамин К).

Витаминальная недостаточность (гиповитаминоз) проявляется не только в весенний период, но также распространена в течение все-

го года как у детей, так и у взрослых. Например, к концу XX века практически во всех регионах России дефицит аскорбиновой кислоты среди детского населения достигал 70-100%, а у 60-80% детей обнаруживалась недостаточная обеспеченность такими важнейшими витаминами, как тиамин, рибофлавин, пиридоксин, ниацин и фолиевая кислота (8), не менее 60% российских детей раннего возраста страдают витамин D-дефицитным рахитом (9).

У детей, страдающих расстройствами питания или острыми и хроническими заболеваниями, дефицит витаминов, микро- и макроэлементов наблюдается гораздо чаще. Это связано с их активным участием в формировании иммуномодулирующего эффекта в организме.

Все причины развития гиповитаминозов можно разделить на внешние и внутренние.

Внешние причины гиповитаминозов:

- недостаточное содержание витаминов в пище (при неправильной обработке пищи, неправильном хранении пищевых продуктов);
- состав рациона питания (на-

пример, отсутствие в рационе овощей и фруктов);

- не учитывается потребность в том или ином витамине (например, при белковой диете возрастает потребность в витамине В₆);
- социальные причины: урбанизация населения, употребление консервированной пищи.

Внутренние причины:

- повышенная физиологическая потребность в витаминах (беременность, тяжелый физический труд);
- длительные тяжелые инфекционные заболевания, а также период выздоровления;
- нарушения всасывания витаминов при заболеваниях желудочно-кишечного тракта;
- генетические дефекты некоторых ферментативных систем (например, витамин D-резистентный рахит).

Витамин А – активный антиоксидант, участвует в завершении III и IV фаз фагоцитоза, повышает синтез IgE, IgG. Стимулирует образование Т-киллеров в СКЛ. Стимулирует Th2-хелперы за счет повышения продукции ИЛ-4, ИЛ-5. Недостаток приводит к снижению уровня В-лимфоцитов, Т-хелперов. Участвует в окислительно-восстановительных процессах, регуляции синтеза белков, способствует нормальному обмену веществ, функции клеточных и субклеточных мембран, играет важную роль в формировании костей и зубов, а также жировых отложений; необходим для роста новых клеток, замедляет процесс старения.

У детей, страдающих расстройствами питания или острыми и хроническими заболеваниями, дефицит витаминов, микро- и макроэлементов наблюдается гораздо чаще. Это связано с их активным участием в формировании иммуномодулирующего эффекта в организме.

Основные источники: рыбий жир и печень. Следующими в ряду стоят сливочное масло, яичные желтки, сливки и цельное молоко.

В среднем взрослому человеку следует ежедневно потреблять около 3300 МЕ витамина А. При заболеваниях, связанных с недостаточностью ретинола, дозировка может быть увеличена до 10 000 МЕ в день.

Потребность в витамине А может значительно меняться в зависимости от климатических условий: холодный климат не влияет на потребность и обмен витамина А, но при повышении температуры окружающей среды и увеличении времени пребывания на солнце (например, во время летнего отдыха на юге) потребность в витамине А резко возрастает.

Также уменьшаются запасы витамина А в печени, и, соответственно, возрастает потребность в нем при воздействии рентгеновских лучей.

У женщин, принимающих оральные контрацептивы, потребность в витамине А снижается (10).

Дефицит витамина А определяет содержание ретинола в сыворотке крови ниже 0,35 мкмоль/л. Однако даже при уровне в плазме 0,70-1,22 мкмоль/л может наблюдаться значительное снижение содержания витамина А в печени, где он накапливается. Уровень витамина А в плазме начинает снижаться тогда, когда его концентрация в печени падает до 0,7 мкмоль/г ткани.

Витамин Е участвует в продукции цитокинов, подавляет генерацию антигенспецифических и антигеннеспецифических супрессоров, что ведет к стимуляции клеточного и гуморальных иммунных ответов. Оказывает положительный эффект на функцию макрофагов, антиоксидантное воздействие.

Основные источники витамина Е: растительные масла (подсолнечное, хлопковое, кукурузное), семечки яблок, орехи (миндаль, арахис), турнепс, зеленые листовые овощи, злаковые, бобовые, яичный желток, печень, молоко, овсян-

ка, соя, пшеница и ее проростки. Суточная потребность: дети до 1 года жизни – 0,5 мг/кг (обычно полностью получают с молоком матери), взрослые – 0,3 мг/кг. Фактором, повышающим потребность организма человека в витамине Е, является повышенное потребление с пищей полиненасыщенных жирных кислот. Симптомы гиповитаминоза: первый и наиболее ранний признак, проявляющийся довольно быстро при недостаточном поступлении с пищей витамина Е и избыточном поступлении ненасыщенных жирных кислот, – мышечная дистрофия. Дистрофия скелетных мышц считается наиболее универсальным проявлением авитаминоза Е. Наиболее тяжелые поражения отмечаются в диафрагме. Мышечные волокна подвергаются распаду, а в некротизированных волокнах откладываются соли кальция. В печени при авитаминозе Е описаны некрозы, жировая дистрофия, расширение синусоидов, уменьшение содержания гликогена. Недостаточность также может провоцировать сокращение длительности жизни красных кровяных клеток (эритроцитов). Исследования на животных доказывают, что при дефиците витамина Е могут также страдать сердечная мышца и репродуктивные функции организма.

Витамин D обеспечивает дифференцировку моноцитов и прелимфоцитов до их зрелых форм, поддерживает активацию Т-клеток, оптимизирует антигенпрезентирующую функцию макрофагов (11). Влияет на ядра клеточной мишеней и стимулирует транскрипцию ДНК и РНК, что сопровождается усилением синтеза специфических протеидов.

Витамин D образуется в коже под действием солнечных лучей из провитаминов. Провитамины, в свою очередь, частично поступают в организм в готовом виде из растений (эргостерин, стигмастерин и ситостерин), а частично образуются в тканях из холестерина (7-дегидрохолестерин, провитамин витамина D₃).

При условии, что организм получает достаточное количество ультрафиолетового излучения, потребность в витамине D компенсируется полностью.

Дополнительными пищевыми источниками витамина D являются молочные продукты, рыбий жир, яичный желток. Суточная потребность составляет 10-20 мкг. Основным признаком недостаточности витамина D является рахит и размягчение костей (остеомаляция). Более легкие формы дефицита витамина D проявляются такими симптомами, как потеря аппетита, снижение веса, ощущение жжения во рту и в горле, бессонница, ухудшение зрения.

Витамин B₂ – кофактор, обеспечивающий активность глутатионредуктазы эритроцитов и лейкоцитов. Рибофлавин необходим для образования красных кровяных телец и антител, для дыхания клеток и роста. Он облегчает поглощение кислорода клетками кожи, ногтей и волос.

Основные источники: ржаной хлеб, молоко, печень, яйца, овощи, дрожжи. Суточная потребность: 2-4 мг. Потребность в рибофлавине увеличивается при повышенных физических нагрузках, а также при приеме оральных контрацептивов. Систематическое употребление алкоголя деформирует механизм усвоения витамина B₂, поэтому у лиц, злоупотребляющих алкоголем, потребность в рибофлавине повышена. При гиповитаминозе B₂ отмечаются: трещины и корочки в углах рта (ангулярный стоматит), воспаления слизистой ротовой полости и языка, себорейный дерматит, выпадение волос, расстройство пищеварения, изменение роговицы, повышение чувствительности к свету, конъюнктивит, блефарит, головокружения, бессонница, замедленная умственная реакция, задержка роста.

Дефицит рибофлавина прежде всего отражается на тканях, богатых капиллярами и мелкими сосудами (ткань мозга). При дефиците частым проявлением может быть



церебральная недостаточность разной степени выраженности, проявляющаяся ощущением общей слабости, головокружением, снижением тактильной и болевой чувствительности, повышением сухожильных рефлексов и др.

Недостаток рибофлавина может также приводить к нарушению усвоения железа и ослаблять функцию щитовидной железы.

Витамин В₁₂. При его недостаточности возникает иммунодефицит, связанный с образованием гиперсегментированных нейтрофилов. Цианокобаламин обладает выраженным липотропным действием, он предупреждает жировую инфильтрацию печени, повышает потребление кислорода клетками при острой и хронической гипоксии. Витамин В₁₂ участвует в процессах трансметилирования, переноса водорода, активизирует синтез метионина. Усиливает синтез и способность к накоплению протеина в организме, цианокобаламин оказывает также анаболическое воздействие. Повышая фагоцитарную активность лейкоцитов и активизируя деятельность ретикулоэндотелиальной системы, цианокобаламин усиливает иммунитет. Низкий уровень цианокобаламина вдвое ускоряет развитие заболевания у людей, больных СПИДом. Также витамин В₁₂ играет важную роль в регуляции функции кро-

ветворных органов: он принимает участие в синтезе пуриновых и пиримидиновых оснований, нуклеиновых кислот, необходимых для процесса эритропоэза, активно влияет на накопление в эритроцитах соединений, содержащих сульфгидрильные группы. Цианокобаламин – единственный водорастворимый витамин, способный накапливаться в организме, он откладывается в печени, почках, легких и селезенке.

Суточная потребность – 2,5-5 мкг. При недостатке витамина В₁₂ могут возникнуть пернициозная анемия, неврологические расстройства, иммунодефициты, гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Даже небольшое снижение содержания цианокобаламина в крови по сравнению с нормой может нанести значительный вред мозгу и нервной системе.

Витамин С стимулирует макрофаги, ЕКК, индукцию эндогенного интерферона, является мощным антиоксидантом. Он играет важную роль в регуляции окислительно-восстановительных процессов, участвует в синтезе коллагена и проколлагена, обмене фолиевой кислоты и железа, синтезе стероидных гормонов и катехоламинов. Аскорбиновая кислота также регулирует свертываемость крови, нормализует проницаемость капилляров, необходима

для кроветворения, оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие. Витамин С является фактором защиты организма от последствий стресса. Усиливает репаративные процессы, увеличивает устойчивость к инфекциям. Уменьшает эффекты воздействия различных аллергенов. Имеется много теоретических и экспериментальных предпосылок для применения витамина С в целях профилактики раковых заболеваний. Известно, что у онкологических больных из-за истощения его запасов в тканях нередко развиваются симптомы витаминной недостаточности, что требует дополнительного его введения.

Существуют данные, показывающие профилактическую роль витамина С в отношении рака толстой кишки, пищевода, мочевого пузыря и эндометрия (12). Витамин С улучшает способность организма усваивать кальций и железо, выводит токсичные медь, свинец и ртуть. Важно, что в присутствии адекватного количества витамина С значительно увеличивается устойчивость витаминов В₁, В₂, А, Е, пантотеновой и фолиевой кислот. Витамин С предохраняет холестерин липопротеидов низкой плотности от окисления и, соответственно, стенки сосудов от отложения окисленных форм холестерина.

Норма физиологических потребностей составляет 60-100 мг в день. Обычная терапевтическая доза – 500-1500 мг ежедневно.

Значительное количество аскорбиновой кислоты содержится в продуктах растительного происхождения (цитрусовые, листовые зеленые овощи, дыня, брокколи, брюссельская капуста, цветная и кочанная капуста, черная смородина, болгарский перец, земляника, помидоры, яблоки, абрикосы, персики, хурма, облепиха, шиповник, рябина, печеный картофель в мундире). В продуктах животного происхождения представлена незначительно (печень, надпочечники, почки).

В России наиболее популярен витаминно-минеральный комплекс АЛФАВИТ, который включает в себя несколько серий. Препарат разработан фармацевтической компанией «АКВИОН», представленной на витаминном рынке России с 1991 года. В нем подобрано правильное соотношение витаминов, микро- и макроэлементов в зависимости от их влияния друг на друга и усвояемости в течение дня. Важно отметить удобство трех-таблеточных витаминно-минеральных комплексов для детей-аллергиков. Оно заключается в возможности исключить таблетку, содержащую витамин или элемент, на который у ребенка заведомо была подтверждена аллергическая реакция в анамнезе, и давать хоть и «урезанный», но все-таки комплекс витаминов и минералов.

Возможные симптомы дефицита витамина С: снижение иммунитета, кровоточивость десен, выпадение зубов, легкость возникновения синяков, плохое заживление ран, вялость, потеря волос, сухость кожи, раздражительность; снижение витамина С способствует инфицированию *H. pylori*.

Макроэлементы – это элементы, которые содержатся в организме человека в относительно больших количествах. К ним относятся натрий, кальций, магний, калий, хлор, фосфор и др.

Кальций участвует в образовании костной ткани, формировании зубов, процессе свертывания крови, нервно-мышечной проводимости. Последствия дефицита кальция в организме – кариез, остеопороз (повышенная хрупкость костей), остеомалация (размягчение костей и их деформация), судороги. Суточная по-

требность составляет 800-1000 мг. Источники кальция: молоко и молочные продукты (особенно обезжиренные), все виды сыров, орехи, зеленые овощи.

Фосфор играет важную роль в поддержании кислотно-щелочного баланса крови. В составе многочисленных органических соединений фосфор участвует в обмене веществ. Суточная потребность – 800 мг. Дефицит фосфора в организме приводит к нарушению обмена веществ и кальциевого обмена, рахиту, остеомалации. Источники фосфора: рыба, мясо, неочищенное зерно, яйца.

Магний участвует в образовании костной ткани, формировании зубов, нервно-мышечной проводимости, АТФ-зависимых и киназных реакциях, является коэнзимом (коферментом) в углеводном и белковом обменах, неотъемлемым компонентом внутриклеточной жидкости. Соединения

магния активируют многие ферменты, в том числе и участвующие в кальциевом и фосфорном обмене. По данным некоторых исследований, магний участвует в регуляции уровня холестерина в организме. Суточная потребность – 300-350 мг. При недостатке магния возникают мышечная дистрофия и судороги, заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушение сердечного ритма. Источники магния: продукты из муки грубого помола, орехи, бобовые, зеленые овощи, арбузы, крупы.

Калий и натрий играют ведущую роль в регулировании водно-солевого баланса и кислотно-щелочного равновесия организма.

Калий – важнейший компонент внутриклеточной жидкости, участвует в поддержании кислотно-щелочного равновесия, мышечной деятельности, синтезе белков и гликогена. Суточная потреб-



АлфаВИТ®

Витаминно-минеральные комплексы
для детей

- Суточная доза витаминов и минералов разделена на 3 таблетки, что позволяет:
 - исключить отрицательные взаимодействия веществ;
 - увеличить усвоение активных компонентов на 30–50 %;
 - уменьшить вероятность развития аллергических реакций.
- Разделение приема полезных веществ во времени позволяет учесть как их фармацевтические, так и фармакокинетические взаимодействия.
- Комплексы выпускаются в форме жевательных таблеток с фруктовым вкусом.

Признаны наиболее
безопасными
витаминно-минеральными
комплексами*



Таблица. Основные серии витаминно-минерального комплекса для детей

Название	Кому принимать	Действие
АЛФАВИТ Детский сад	Дети 3-7 лет	таблетка «Железо+» содержит железо, которое обеспечивает профилактику анемии; витамин В ₁ , участвующий в энергетическом обмене
		таблетка «Антиоксиданты+» включает селен и витамины С, Е, А (в форме бета-каротина), укрепляющие иммунитет и помогающие детскому организму противостоять вредным воздействиям окружающей среды; йод, необходимый для физического и умственного развития ребенка
		таблетка «Кальций-D₃+» содержит витамин D ₃ и кальций, уменьшающие риск развития рахита, способствующие росту и укреплению костей и зубов
АЛФАВИТ Школьник	Дети 7-14 лет	таблетка «Железо+» содержит железо, которое обеспечивает профилактику анемии; витамин В ₁ , участвующий в энергетическом обмене
		таблетка «Антиоксиданты+» включает селен и витамины С, Е, А, укрепляющие иммунитет и помогающие детскому организму противостоять вредным воздействиям окружающей среды; йод, необходимый для физического и умственного развития ребенка
		таблетка «Кальций-D₃+» содержит витамин D ₃ и кальций, способствующие росту и укреплению костей и зубов

ность – 1,5-2 г. Последствия дефицита калия в организме – мышечная дистрофия, паралич мышц, нарушение передачи нервного импульса, сердечного ритма. Источники калия: сухофрукты, бобовые, картофель, дрожжи, орехи, грибы.

Натрий – важнейший компонент межклеточной жидкости, поддерживающий осмотическое давление, кислотно-щелочное равновесие, участвует в передаче нервного импульса. Суточная потребность – 1-3 г. Источник – поваренная соль. При дефиците натрия в организме возникают гипотония, тахикардия, мышечные судороги.

Микроэлементы – это группа химических элементов, которые содержатся в организме в очень малых количествах: железо, йод, фтор, цинк, селен, медь, марганец, хром, молибден.

Цинк потенцирует клеточно-опосредованные реакции, направленные против бактерий, вирусов и опухолевых клеток

(13), стимулирует фагоцитоз, Т-опосредованные клеточные реакции, повышает внутритимусное развитие Т-клеток, созревание В-лимфоцитов, а также созревание CD4, CD8, повышает продукцию интерферонов и киллеров, является антиоксидантом, активно участвует в процессах синтеза и репарации ДНК. Является составной частью тимулина (гормон тимуса).

Суточная доза – 7-10 мг. При дефиците цинка наблюдается нарушение роста, плохое заживление ран, отсутствие аппетита, нарушение вкуса. Источники: зерна злаковых, мясо, субпродукты, молочные продукты.

Медь повышает активность макрофагов, при дефиците отмечается снижение CD4 (Т-хелперов) и подавление функциональной активности Т- и В-лимфоцитов (14). Участвует в ферментном катализе (биокатализе) и переносе электронов, взаимодействует с железом. Дефицит меди ведет к лейко- и нейтропении. Медь обла-

дает выраженным противовоспалительным свойством и смягчает проявление аутоиммунных заболеваний. Суточная доза составляет 1-1,5 мг. Источники: печень, бобовые, морепродукты, продукты из муки грубого помола.

Марганец участвует в защите клеточных мембран, механизмах ферментного катализа (биокатализа), активатор РНК- и ДНК-полимеразы, активировать продукцию альфа- и бета-интерферона. Суточная потребность составляет 2-5 мг. Источники: орехи, зерна злаковых, бобовые, листовые овощи.

Железо входит в состав трансферрина, который является активатором лимфоцитов. При дефиците железа возникают аутоиммунные и пролиферативные заболевания. Установлено, что низкое содержание железа в организме ведет к ослаблению функции иммунной системы: снижается насыщенность тканей гранулоцитами и макрофагами. Угнетается фагоцитоз и ответ лимфоцитов на стимуляцию антигенами, а также образование антител. Основная причина иммунной недостаточности при дефиците железа заключается в низкой активности белков, рецепторного аппарата клеток, в состав которых входит железо. Особо следует отметить, что снижение уровня железа в ор-

При современном ритме и образе жизни, характере питания, влиянии окружающей среды, экологии организм человека испытывает повышенную потребность в витаминах и минеральных веществах. Очень часто с пищевыми продуктами эта потребность не восполняется, поэтому рекомендуется дополнительный прием витаминных и минеральных комплексов.

ганизме вызывает резкое угнетение цитотоксической функции клеток-киллеров и наряду с этим понижается продукция интерферонов макрофагами (15). Суточная потребность составляет 10-15 мг. Источники: мясо, бобовые, грибы, продукты из муки грубого помола.

Селен обладает антиапоптотическим, противовирусным, антибактериальным, противоопухолевым, противовоспалительным действием благодаря внутриклеточным селензависимым ферментам (глутатионпероксидаза, тиоредоксинредуктаза). Селен обеспечивает антиоксидантную защиту клеточных мембран, моделирует активность ферментов, участвующих в метаболизме ксенобиотиков (16). Дефицит селена ассоциируется с самыми разнообразными иммунодефицитами (опухоли, аутоиммунные и аллергические заболевания). Селен стимулирует активность ЕКК (17), повышает продукцию ИЛ1, ИЛ2, потенцирует клеточные и гуморальные иммунные ответы, подавляет ГНТ и ГЗТ (18), моделирует фагоцитарную функцию полиморфно-ядерных лейкоцитов. Суточная потребность составляет 30-70 мкг. Источники: рыба, мясо, печень, орехи.

Недостаток **йода** приводит к снижению синтеза и секреции гормона щитовидной железы Т4, йоддефицит приводит к возникновению зоба, снижению фертильности, врожденной аномалии, повышенной перинатальной смертности, кретинизму, задержке психо-физического развития у детей и подростков, ухудшению интеллектуальных способностей

у взрослых. Повышенное поступление йода в организм вызывает увеличение активности миелопероксидазы в щитовидной железе, макрофагах, что вызывает усугубление повреждения щитовидной железы через активацию перекисного окисления липидов. Йод также активирует В- и Т-лимфоциты, макрофаги, дендритные клетки, что провоцирует аутоиммунный ответ. Суточная потребность составляет 150-200 мкг. Источники: рыба, устрицы, водоросли, субпродукты, яйца.

Таким образом, при современном ритме и образе жизни, характере питания, влиянии окружающей среды, экологии организм человека испытывает повышенную потребность в витаминах и минеральных веществах. Очень часто с пищевыми продуктами эта потребность не восполняется, поэтому рекомендуется дополнительный прием витаминных и минеральных комплексов.

В России наиболее популярен витаминно-минеральный комплекс АЛФАВИТ, который включает в себя несколько серий. Препарат разработан фармацевтической компанией «АКВИОН», представленной на витаминном рынке России с 1991 года. Апробацию препаратов проводят ведущие исследовательские и медицинские центры. Среди них – Институт питания РАМН, НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития РФ, Кардиологический научный центр РАМН, факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова.

В АЛФАВИТЕ подобрано правильное соотношение витаминов, микро- и макроэлементов в зави-

симости от их влияния друг на друга и усвояемости в течение дня.

Важно отметить удобство трехтаблеточных витаминно-минеральных комплексов для детей-аллергиков. Оно заключается в возможности исключить таблетку, содержащую витамин или элемент, на который у ребенка заведомо была подтверждена аллергическая реакция в анамнезе, и давать хоть и «урезанный», но все-таки комплекс витаминов и минералов.

Основные серии витаминно-минерального комплекса для детей АЛФАВИТ представлены в таблице.

Полноценное и разнообразное питание – основа профилактики витаминдефицитных состояний у детей различного возраста и взрослых.

Использование обогащенных витаминами продуктов питания (промышленного выпуска) для детей раннего возраста позволяет компенсировать снижение содержания витаминов в овощах и фруктах в зимний сезон.

Дополнительный прием витаминов позволяет предотвратить гиповитаминозы в течение всего года.

Поливитаминовые препараты рекомендуются как для профилактики, так и для лечения витаминдефицитных состояний.

Назначение поливитаминовых препаратов показано детям, подросткам и взрослым с расстройствами питания, а также при целом ряде патологических состояний.

Бесконтрольный прием витаминных препаратов чреват развитием гипервитаминозов. 

Литература

1. Конь И.Я., Тоболева М.А., Дмитриева С.А. Дефицит витаминов у детей: основные причины, формы и пути профилактики у детей раннего и дошкольного возраста. НИИ питания РАМН.
2. Студеникин В.М. Гиповитаминозы и поливитамины.
3. Тутельян В.А. Витамины: 99 вопросов и ответов. М., 2000.
4. Winter H. Griffith. Vitamins. Minerals. 2000.
5. Справочник «Видаль». Лекарственные препараты в России. М.: АстраФармСервис, 2008.
6. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в иммунологии и онкологии.
7. Регистр лекарственных средств России «Энциклопедия лекарств». 9-й выпуск. ООО «РЛС-2002». М., 2006.
8. Руководство по лечебному питанию детей / Под ред. К.С. Ладодо. М.: Медицина, 2000. 384 с.
9. Студеникин В.М. Витамин D-дефицитный рахит // Детский доктор. 2000; № 4. С. 43-46.
10. Mooij P.N. et al. Multivitamin supplementation in oral contraceptive users. Contraception. 1991. Sep. 44 (3): 277-88.
11. Koeffler H., Phillipe et al., 1990.
12. Block G. Epidemiology. 1992. 3 (3): 189-91.
13. Singh K.P. et al. 1992.
14. Lukasewycz O.A. et al. 1985.
15. Hallquist N., Sherman A. 1989.
16. Olsson U. et al. 1993.
17. Koller L.D. et al. 1986.
18. Wang R.-D. et al. 1992.

Т.А. ФИЛАТОВА,
д.м.н.
НИИ питания РАМН

Опыт применения препарата Парлазин® у детей с атопическим дерматитом

Атопический дерматит является важной педиатрической проблемой. Это обусловлено его широкой распространенностью, хроническим рецидивирующим течением, значительным снижением качества жизни больных детей и их родителей.

Известно, что атопический дерматит является начальной фазой «атопического марша» – естественного перехода от кожных проявлений атопии к респираторным (аллергическому риниту, бронхиальной астме) или формированию дермато-респираторного синдрома (1, 2, 3, 4, 5). Ранняя диагностика, своевременно начатая комплексная терапия, противорецидивное лечение способны уменьшить вероятность трансформации кожных проявлений атопии в респираторные. Известно, что развитие симптомов аллергических заболеваний определяется IgE – опосредуемыми реакциями. В патогенезе этих реакций важную роль играют секретируемые активированными

тучными клетками и базофилами преформированные медиаторы, из которых наибольшее значение имеет гистамин. Он повышает проницаемость сосудистого русла, вызывает зуд кожи и слизистых оболочек, способствует развитию аллергического воспаления, участвует в формировании синдрома бронхиальной обструкции. В связи с важной патогенетической ролью гистамина в становлении аллергических реакций в лечении аллергических болезней широко используются **антигистаминные препараты**.

В отечественных и зарубежных руководствах, посвященных лечению атопического дерматита, антигистаминным препаратам уделяется особое внимание, как основным средствам купирования острых проявлений болезни (6, 7). В последние годы препараты этой группы, обладающие антигистаминной и противовоспалительной активностью (II поколения), рекомендуются к использованию в качестве и противорецидивной (базисной) терапии атопического дерматита (8, 9).

Один из таких препаратов – цети-

ризин, преимуществами которого являются не только избирательная блокада H₁-гистаминовых рецепторов, но и угнетение выделения медиаторов поздней фазы аллергической реакции, способствующих миграции эозинофилов, нейтрофилов и базофилов в ответ на введение аллергена, снижение экспрессии молекул адгезии, подавление действия других медиаторов и индукторов секреции гистамина (8, 10). Цетиризин не обладает холиноблокирующим действием и практически не оказывает седативного эффекта. Препарат отличается высоким профилем безопасности у детей, доказанным результатами длительного двойного слепого рандомизированного исследования. В исследовании при продолжительном приеме (более 18 мес.) не было отмечено изменения физиологических функций, в том числе ЭКГ, лабораторных показателей, психического состояния (11). Цетиризин не менее чем на 70% всасывается из желудочно-кишечного тракта, прием пищи не оказывает влияния на его абсорбцию. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 1 час после приема, а терапевтический эффект сохраняется не менее 24 часов. Стабильный уровень в плазме крови достигается на четвертые сутки после начала приема.

Известно, что при систематическом применении концентрации цетиризина в коже и сыворотке становятся эквивалентными. При длительном (более 110 недель) приеме не наблюдается развитие толерантности, препарат сохраня-

Цетиризин (Парлазин®) не обладает холиноблокирующим действием и практически не оказывает седативного эффекта. Препарат отличается высоким профилем безопасности у детей, доказанным результатами длительного двойного слепого рандомизированного исследования. В исследовании при продолжительном приеме (более 18 мес.) не было отмечено изменения физиологических функций, в том числе ЭКГ, лабораторных показателей, психического состояния.

ет свою эффективность. В нашей стране цетиризин зарегистрирован под более чем 10 торговыми названиями.

В связи с высокой эффективностью и безопасностью цетиризин разрешен к применению в педиатрической практике с 6 месяцев (Зиртек), года (Парлазин®) или 2 лет (другие препараты-дженерики).

Целью настоящего исследования было изучение эффективности и переносимости антигистаминного препарата Парлазин® (Egis, Венгрия) у детей с atopическим дерматитом.

Препарат был включен в терапию 31 ребенка (12 мальчиков, 19 девочек) в возрасте от 12 мес. до 7 лет, страдающих atopическим дерматитом легкой и средней степени тяжести с длительностью заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Дети находились на стационарном или амбулаторном лечении, а затем диспансерном наблюдении в отделении аллергологии НИИ питания РАМН в

2008-2009 гг. У 7 детей atopический дерматит сочетался с респираторными аллергическими заболеваниями (бронхиальной астмой легкого течения – 2; аллергическим ринитом – 2, у 3 – бронхиальной астмой и аллергическим ринитом). На момент включения пациентов в исследование никто из них не получал никаких медикаментозных средств.

Всем больным было проведено углубленное клиническое и аллергологическое обследование, включавшее исследование биохимических показателей крови, ЭКГ, определение уровня общего IgE в сыворотке крови, постановку кожных скарификационных проб или определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови. Оценка выраженности симптомов atopического дерматита проводилась с использованием шкалы SCORAD до начала терапии, на 3, 5, 7, 10 и 15-й дни лечения и далее по потребности, но не реже 1 раза в 10 дней. Общая продолжитель-

ность наблюдения составила от 3 до 9 мес.

При обследовании у большинства больных была выявлена полевая сенсibilизация. У детей до 3 лет преобладала повышенная чувствительность к пищевым аллергенам, у пациентов старше 4 лет – к бытовым и пищевым аллергенам.

Все дети обратились к аллергологу по поводу обострения atopического дерматита, длительность обострения составила от 3 до 6 дней, индекс SCORAD на момент осмотра достигал $32,3 \pm 3,1$ (в среднем) баллов, что свидетельствовало о средней степени тяжести обострения. Учитывая возраст детей, тяжесть обострения, выраженный зуд кожных покровов, наличие сенсibilизации, всем пациентам был назначен Парлазин (по 2,5 мг 1 раз в сутки детям до 2 лет; по 2,5 мг 2 раза в сутки детям от 2 до 6 лет и по 10 мг 1 раз в день детям старше 6 лет), а также наружная терапия (несте-



ПАРЛАЗИН®

цетиризин

АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ БЕЗ АЛЛЕРГИИ



- для продолжительных курсов лечения острых и хронических аллергических заболеваний
- для профилактики обострений хронических аллергических заболеваний
- не вызывает сонливость, принимается 1 раз в сутки
- специальная детская форма, удобная и безопасная для ребенка

Таблица 1. Динамика индекса SCORAD у наблюдаемых детей

Показатели SCORAD	До начала терапии	3 день лечения	5 день лечения	7 день лечения	15 день лечения
Площадь поражения, %	17,9 ± 2,1	10,1 ± 1,8	7,7 ± 0,6	5,6 ± 0,3	2,8 ± 0,3
Интенсивность клинических проявлений, баллы	5,2 ± 1,3	4,1 ± 0,8	1,1 ± 0,3	1,5 ± 0,2	0,6 ± 0,3
Выраженность зуда, баллы	4,9 ± 0,4	2,9 ± 0,3	1,1 ± 0,2	0,4 ± 0,1	0
Нарушение сна, баллы	4,3 ± 0,3	2,1 ± 0,2	1,0 ± 0,2	0,3 ± 0,1	0
Индекс SCORAD	32,3 ± 3,1	19,2 ± 1,8	11,9 ± 0,4	7,8 ± 0,2	3,4 ± 0,1

Таблица 2. Оценка тяжести обострения атопического дерматита у наблюдаемых детей (в баллах)

Степень тяжести	SCORAD (в баллах)
Легкое	25,7 ± 1,5
Среднетяжелое	47,4 ± 2,2

роидные противовоспалительные средства при легком обострении на 5-7 дней), топические кортикостероиды – при обострении средней степени тяжести (гидрокортизон или метилпреднизолон ацепонат) в формах, соответствующих характеру и локализации очагов кожного воспаления сроком от 3 до 5 дней). Помимо этого всем родителям пациентов были даны рекомендации по соблюдению гипоаллергенного быта с устранением по возможности контакта с причинно-значимыми аллергенами, элиминационной диеты, а также по применению средств ухода за кожей.

При анализе динамики клинических симптомов на фоне проводимого лечения (таблицы 1, 2) достоверное сокращение площади поражения (на 34-42%), выраженности объективных и субъективных симптомов более чем в 2 раза было отмечено к 3-му дню терапии ($p < 0,05$), на 5-е сутки обострение было купировано у 21 (67,7%) больного, у остальных состояние значи-

тельно улучшилось, что позволило отменить топические стероидные средства всем пациентам. На 7-е сутки симптомы обострения атопического дерматита были купированы у большинства (27) больных, к концу второй недели у всех больных.

Нужно отметить, что максимальная длительность применения наружной кортикостероидной терапии составила 5 дней, при сохраняющихся минимальных проявлениях атопического дерматита у 10 больных, контроль за симптомами заболевания осуществлялся только приемом Парлазина.

Последующее наблюдение за детьми в течение 1-6 месяцев показало, что у 24 пациентов обострений атопического дерматита не было, у 4 больных было отмечено по одному эпизоду легкого обострения, у 3 пациентов, с высокой сенсibilизацией к белку коровьего молока при нарушениях в диете, были зарегистрированы 2-3 обострения средней степени тяжести, быстро купировавшиеся (2-3 дня) наружной терапией.

При длительном приеме Парлазина ни у одного ребенка не было отмечено нарушений функции сердечно-сосудистой системы, что было подтверждено результатами ЭКГ. Побочных реакций, значимых изменений биохимических показате-

телей, характеризующих состояние почек и печени, в ходе лечения зарегистрировано не было.

Дополнительно к оценке динамики симптомов атопического дерматита было изучено влияние терапии на качество жизни семьи и сотрудничество с врачом. Быстрое уменьшение кожного зуда, улучшение ночного сна у больных, получающих терапию Парлазином и топическими стероидными средствами, привело к улучшению их самочувствия и работоспособности, увеличило продолжительность сна родителей, снизило их беспокойство из-за болезни ребенка и, как следствие, улучшило качество жизни родителей. Одним из положительных моментов, отмеченных родителями, стала и продолжительная монотерапия цетиризином для «закрепления» терапевтического эффекта, а также с целью профилактики развития обострений атопического дерматита.

Таким образом, активная длительная тактика ведения больных с обострением атопического дерматита с ранним назначением короткого курса топического кортикостероида и неседативного антигистаминного препарата Парлазин позволяет не только быстро купировать симптомы заболевания, но и обеспечивает длительную ремиссию кожного атопического процесса. Полученные результаты свидетельствуют о возможности достижения контроля над аллергическим воспалением. Высокая эффективность, безопасность и хороший профилактический эффект позволяет рекомендовать Парлазин в качестве базисной терапии атопического дерматита. 

Литература

- Williams H.C. et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood // *J. Allergy Clin Immunol.* 1999; Vol. 103: 125-138.
- Ревакина В.А. Современные аспекты этиологии патогенеза и лечения атопического дерматита у детей // *Медицинский совет.* 2008; № 1-2.
- Braback L., Kjellman N-I. M., Sandin A., Bjorksten B. Atopy among schoolchildren in northern and southern Sweden in relation to pet ownership and early life events // *Pediatr Allergy Immunol.* 2001; Vol. 12: 4-9.
- Von Mutius E., Maziak W., Hirsch T., Beifohr C. et al. Asthma management and utilization of health care services in children: the results of a population – based survey // *Eur. Respir. J.*; 2001; Vol. 18: Suppl. 33: 146.
- Holgate S.T., Arshad S.H. The year in allergy 2003 // *Oxford.* 2003; 320.
- Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. М., 2004. С. 48.
- Международная Конференция Консенсус по Атопическому Дерматиту // *British Journal of Dermatology.* 2003; 148 (Suppl.63); 3-10. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль // М.: Фармарус Принт, 1998. С. 251.
- Ревакина В.А. Иммунологические основы развития атопического дерматита и новая стратегия терапии // *Педиатрия*
- Consilium Medicum. 2004; приложение №1: 31-33.
- Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств. Вып. 15 000 «РЛС». 2009.
- Diepgen T.L. Early Treatment of the Atopic Child Study Group Long-term treatment with cetirizine of infants with atopic dermatitis: a multi-country, double-blind, randomized, placebo-controlled trial (the ETAC trial) over 18 months // *Pediatr Allergy Immunol.* 2002; 13 (4): 278-86.



Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Российское научное медицинское общество терапевтов
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи
Всероссийское научное общество кардиологов
Всероссийское общество неврологов
Научное общество гастроэнтерологов России
Российское общество клинических исследователей
Российский государственный медицинский университет
Институт повышения квалификации Федерального
медико-биологического агентства России

24–26 ноября 2010 года

Москва, проспект Вернадского, 84

Национальный конгресс терапевтов

115 лет со дня рождения Е. М. Тареева

Секретариат Конгресса:

117420, Москва, а/я 1
НП «Дирекция
«Национального конгресса терапевтов»
телефон (495) 518-26-70
электронная почта congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Выставка:

НП «Дирекция
«Национального конгресса терапевтов»
телефон (495) 786-25-57
электронная почта congress@nc-i.ru
Дмитрий Смирнов,
Дмитрий Альперович

В рамках Конгресса:

11-й ежегодный форум

Скорая помощь 2010



Основные вопросы программы:

- Современные диагностические технологии в практике врача-терапевта.
- Нефрологическая патология в практике терапевта.
- Актуальные вопросы современной кардиологии.
- Профилактическая кардиология.
- Инфекционные эндокардиты, миокардиты и кардиомиопатии.
- Ревматические заболевания в клинике внутренних болезней.
- Диагностика, профилактика и лечение артериальных и венозных тромбозов.
- Патология желудочно-кишечного тракта в практике врача-терапевта.
- Отдельные аспекты гепатологии.
- Современные тенденции антибактериальной терапии в общеклинической практике.
- Внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения основных терапевтических заболеваний, стандартизация терапевтической помощи.

Генеральные
информационные партнеры:

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА

МЕДИЦИНСКИЙ ВРАЧ
ВЕСТИК

Информационные спонсоры:



Т.Б. СЕНЦОВА,
И.В. ВОРОЖКО

НИИ питания РАМН

Иммуномодуляторы в терапии часто болеющих детей

Иммунодефициты – это снижение функциональной активности основных компонентов системы иммунитета, ведущее к нарушению защиты организма от инфекционных возбудителей и проявляющееся в повышенной инфекционной заболеваемости. Основной точкой приложения иммуномодуляторов являются иммунодефицитные состояния.

В клинической практике принято различать первичные и вторичные иммунодефициты (см. рисунок) (1). Первичные иммунодефициты (ПИД) – врожденные нарушения

системы иммунитета, связанные с генетическими дефектами одного или нескольких ее компонентов, а именно клеточного, гуморального, фагоцитоза, комплемента и т. д. В настоящее время идентифицированы многие десятки врожденных дефектов системы иммунитета. Очевидно, что действительное число ПИД значительно больше. ПИД являются довольно редкими заболеваниями, частота их встречаемости соответствует 1 случаю на 23 000-100 000 человек. Исключением является селективный иммунодефицит IgA, встречающийся с частотой 1 на 500-700. Как правило, пациенты с подозрением на ПИД обследуются и лечатся в специализированных

лечебных учреждениях. Лечение осуществляется за счет пожизненного применения иммунозаместительной терапии в комбинации с антибиотиками или без них.

Вторичные иммунодефициты (ВИД) – нарушения системы иммунитета, которые развиваются в позднем постнатальном периоде и не являются результатом какого-либо генетического дефекта. Принято выделять три формы ВИД: приобретенную, индуцированную и спонтанную. Наиболее ярким примером приобретенной формы является синдром приобретенного ИД (СПИД). Индуцированные ВИД – это состояния, вызванные конкретной причиной: рентгеновским облучением, действием кортикостероидов, цитостатиков, травмой, хирургическим вмешательством, а также нарушения иммунитета, которые развиваются вторично по отношению к основному заболеванию (диабет, заболевания печени и почек, злокачественные новообразования и пр.). Индуцированные формы ВИД, как правило, являются транзиторными, и при устранении вызвавшей их причины во многих случаях происходит полное восстановление функции системного иммунитета. В отличие от индуцированной, спонтанная форма ВИД характеризуется отсутствием явной причины, вызвавшей нарушения иммунологической реактивности. Клинически эта форма проявляется в виде хронических рецидивирующих инфекционно-воспалительных процессов бронхолегочного аппарата, урогенитальной системы, желудочно-кишечного тракта, глаз,

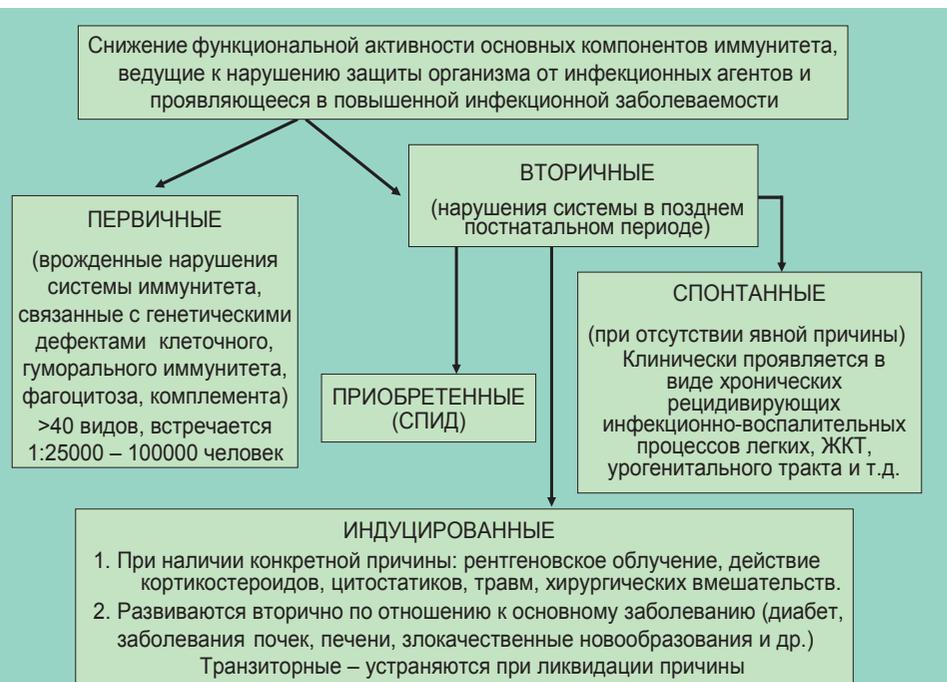


Рисунок. Иммунодефицитные состояния

Таблица 1. Классификация иммуномодулирующих препаратов

Препараты микробного происхождения	Препараты растительного происхождения	Пептидные препараты	Цитокины и препараты на их основе	Синтетические препараты	Препараты на основе природных средств	Другие
Бифиформ Бифидумбактерин Пробифор Линекс Аципол Кипацид Энтерол Бактисубтил Бификол Гастрофарм Ацилакт Бронхомунал БЦЖ Имудон ИРС-19 Нуклеинат натрия Продигиозан Рибомунил Рузам	Имунал Иммунорм Иммунап Иммуновит Эхинабе Эхинацеи ликвидум	Бестим Имунофан Миелопид Гроприносин Тимоптин Тактивин Тимактид Тималин Тимоген Тимостимулин	Препараты на основе интерферонов: Бетаферон (интерферон-1 β) Интрон Ф (интерферон- α -2b) Ребиф (интерферон) Роферон Авонекс Интерферон лейкоцит. (человеч. сухой) Интерферон для инъекций Лейкинферон Реаферон Гриппферон Виферон свечи 1, 11, 111 Кипферон свечи Индукторы интерферонов: Арбидол Амиксин Циклоферон Неовир Препараты на основе интерлейкинов: Беталейкин Аффинолейкин Ронколейкин Препараты на основе фактора некроза опухолей (ФНО): Хебертранс Ридостин	Гепон Галавит Глутоксим Декарис Изопринозин Капаксон – тева Ликопид	Препараты иммуноглобулинов человека нормальные IgG: Иммуноглобулин Иммуноглобулин Биавен Гаимун Интраглобин Октагам Сандоглобин Эндобулин Вигам-ликвид Иммуноглобулин, обогащенные антителами класса IgM: Пентаглобин Специфические (гипериммунные) иммуноглобулины: Цитотект Гепатект Иммуноглобулины стафилококковые человека для внутривенного введения	Альфетин Вобензин Изофон Реколин Эстифан

кожи, мягких тканей, вызванных условно-патогенными микроорганизмами и различными вирусами. По распространенности спонтанная форма является доминирующей среди других форм ВтиД (2).

Оценка системы иммунитета при таких процессах нередко бывает затруднительной. Это связано, во-первых, с трудностью выяснения, что является причиной, а что – следствием (нарушения системы иммунитета обусловили возникновение заболевания или возникшее заболевание привело к изменениям иммунологических показателей); во-вторых, с получением адекватного данному состоянию материала для исследования (1, 3). Несмотря на очевидные достижения иммунологии, методические возможности иногда остаются весьма ограниченными. Поэтому набор стереотипных методов исследования, используемых в клинической иммунологии, далеко не всегда может удовлетворить потребности клинической медицины. Видимо, с этим связано то, что клинически отчетливые признаки нарушения системы иммунитета в ряде случаев не подтверждаются результатами иммунологического обследования. Вышеизложенное служит дополнительным обоснова-

нием того положения, что ВтиД является, прежде всего, клиническим понятием и проявляется хроническими рецидивирующими, вялотекущими и трудно поддающимися обычному лечению инфекционно-воспалительными процессами, порой выявляемыми вне зависимости от изменений иммунологических показателей.

В педиатрической практике следует различать наличие вторичного ИД и изменения в системе иммунитета, классифицируемые как «поздно стартующий ребенок» (4). Исследования показали, что иммунная система у детей подвержена онтогенетической последовательности «созревания» различных иммунных факторов. В основном восстановление системы иммунитета завершается к 12-14 годам, и к этому возрасту количественные и функциональные характеристики иммунитета соответствуют показателям взрослых лиц. Поэтому детей со сниженными уровнями показателей иммунитета без клинических проявлений вторичной иммунной недостаточности следует наблюдать и проводить динамическое мониторирование иммунного статуса.

Современная стратегия использо-

у детей без оценки иммунного статуса предусматривает их применение исключительно в профилактических целях:

- при эпидемиологически неблагоприятной ситуации по какому-либо инфекционному заболеванию;
- перед проведением хирургического вмешательства;
- у больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;
- при тяжелых онкологических заболеваниях (19).

Обязательное назначение иммуномодулирующей терапии следует проводить при длительно протекающих и часто рецидивирующих инфекционных процессах с выявленными иммунными нарушениями. У часто болеющих детей (ЧБД) необходимо исключать такие заболевания как первичная иммунологическая недостаточность, цилиарная недостаточность, пороки развития легких и бронхов, рецидивирующий бронхит, бронхоэктатическая болезнь, гельминтозы, сахарный диабет, муковисцидоз, респираторная аллергия, ЛОР-патология, пороки сердца.

Постановка достоверного клинического диагноза является основным принципом для проведения

Таблица 2. Клеточный иммунитет у детей с аллергическими заболеваниями на фоне приема Иммунала

Показатели	Норма, %	До начала терапии	На 21 день терапии Иммуналом	Через 2 недели после завершения терапии Иммуналом
CD3+	60-80	67,9 ± 2,4	70,68 ± 1,9	73,2 ± 1,96
CD4+	40-63	47,4 ± 2,45	46,5 ± 2,06	44,2 ± 1,87
CD8+	16-27	23,2 ± 2,2	22,9 ± 2,11	22,9 ± 1,55
CD16+	9-27	13,29 ± 2,18	17,27 ± 2,21	16,17 ± 2,27
CD4+/CD8+	1,9-2,1	2,4 ± 0,31	2,35 ± 0,41	1,96 ± 0,13

Примечание: данные до начала терапии и после (14-е и 21-е сутки) статистически недостоверны (p > 0,05).

рациональной иммуномодулирующей терапии. Поэтому необходимо различать как эндогенные и экзогенные факторы, приводящие к частой заболеваемости, так и выявленную нозологическую форму болезни. Кроме того, использование иммуномодулирующей терапии у ЧБД в большинстве случаев должно проводиться в комплексе с антибиотиками, противовирусными и противогрибковыми препаратами.

Особенностью проведения иммуномодулирующей терапии следует считать цикличность (многоступенчатость) проведения ее курсов, а также сочетание с немедикаментозными методами иммунореабилитации (курортными и физиотерапевтическими). Количество циклов определяется выраженностью клинических проявлений и степенью иммунных нарушений и может колебаться от 2-3 до 5-6 и более, длительность сочетанной амбулаторно-санаторной помощи составляет не менее трех лет.

Проведение иммуномодулирующей терапии у детей основано на осуществлении принципов этапности, непрерывности и преемственности ведения больного. Предусматривается последовательное и непрерывное введение иммуно-

тропного средства на всех этапах комплексного лечения больного ребенка: стационар – амбулаторная помощь – санаторий до полного восстановления показателей и функций всех звеньев иммунитета.

Иммуномодулирующая терапия должна основываться на индивидуальном подборе и последовательности ее использования. Оптимальным считается применение методов и препаратов, обладающих одной направленностью, но имеющих различные механизмы действия.

Иммуномодуляторы принято различать по их происхождению (таблица 1) (5). Наибольшее распространение в педиатрии нашли иммуномодуляторы микробного и растительного происхождения, интерфероны и их индукторы, а также иммуноглобулины для внутривенного введения (3, 4, 5).

Исследования последних лет показали, что в ротоглоточном сегменте у детей из группы ЧДБ являются возбудители: *Str. pneumoniae* (25-30%), *H. influenzae* (15-20%), *M. catarrhalis* (15-20%), *Str. pyogenes* (2-5%), представители грамотрицательной микрофлоры, персистенция различных вирусов (7, 8, 9). Все это послужило основанием для использования бактериальных ли-

затов с целью увеличения продукции специфических антител, а также стимуляции неспецифических факторов защиты (секреторных IgA, цитокинов, NK-клеток, клеток макрофагально-фагоцитарной системы и др.) (12). Пирогенал и Продигиозан сменили такие препараты, как Бронхо-Мунал, рибомунил, ИРС-19 и имудон, различающиеся по составу и механизмам действия. Принято различать бактериальные лизаты системного (Бронхо-Мунал, рибомунил) и местного (ИРС-19, имудон) действия (15).

Многочисленными исследованиями установлено, что применение ИРС-19 и имудона у детей с рецидивирующими риносинуситами, трахеобронхитами, аденоидитами позволяет нормализовать систему мукозального иммунитета слизистых оболочек верхних дыхательных путей, носа, околоносовых пазух и глотки и повысить устойчивость к вирусным и другим инфекциям, снижая вероятность развития бактериальных осложнений (17). Среди отоларингологов сформировалось мнение, что данные местные иммуномодуляторы являются эффективными препаратами в профилактике частых ОРВИ (18). Вместе с тем данные экспериментальных работ свидетельствуют о том, что в ряде случаев недостаточное воздействие местных иммуномодуляторов может быть связано со следующими причинами: время контакта препаратов со слизистыми коротко, слизистые оболочки захватывают незначительную часть антигенных субстанций, так как время воздействия недостаточное, ротоглоточный сегмент является частью пищеварительного тракта, поэтому здесь не функционирует реснитчатый эпителий, слюна постоянно омывает эту область, мешая постоянному контакту препарата с клетками; отсутствуют данные о времени воздействия местных бактериальных лизатов (19). Такие же результаты были получены в отношении местной терапии антибиотиками, которые подтверждают эффективность использования антибиотиков для местной терапии только для лечения отитов.

Интерфероны и индукторы интерферона представлены широким классом лекарственных средств, активно используемых в профилактике и терапии респираторных инфекций. К ним относятся лейкоцитарный интерферон, выделенный из донорской крови человека, Виферон, Гриппферон, Арбидол, Амиксин, Циклоферон. Эффективными индукторами интерферона являются нуклеиновые кислоты и их различные производные. Среди препаратов с противовирусным действием выделяют также Анаферон и Афлубин.

Поэтому наибольшее распространение в педиатрической практике получили бактериальные лизаты системного действия (13, 14). Хороший эффект получен при применении Бронхо-Мунала. С учетом однонаправленности действия местных и системных бактериальных лизатов естественно ставить вопрос о возможности их совместного применения. Такой опыт есть (14, 15), однако, в связи с неоднозначностью полученных результатов, исследования в этом направлении следует расширить.

В настоящее время сложилась ситуация, свидетельствующая о неоправданно широком использовании антибиотиков у часто болеющих детей, что приводит к дисбиотическим реакциям ротоглоточного сегмента, а в некоторых случаях и полному отсутствию облигатной микрофлоры. В свете этих данных уместно высказать гипотезу о том, что бактериальные лизаты возмещают недостаток стимуляции, связанной с бактериальной инфекцией, и оказывают положительное

адаптогенное воздействие на иммунную систему (16, 17).

С возрастом у детей появляются антитела все к большему числу вирусов, что приводит к снижению инфекционной заболеваемости (18). Не уменьшая значимости вакцинации, для профилактики ОРЗ используются растительные адаптогены (Иммунал, Иммунап, Иммуном), а также препараты интерферона (Виферон, Гриппферон) и его индукторы (Арбидол, Амиксин). Клинические исследования показали, что использование этих иммуномодуляторов эффективно также в остром периоде ОРВИ, но не позже чем в первые 24 часа заболевания (до момента попадания вируса в клетку), при этом уменьшается выраженность клинических проявлений и более быстрое обратное развитие заболевания (4). У пациентов с аллергией имело место переключение иммунного ответа на Th1-ответ (3, 6, 10). Очевидно, этот результат основан на более выраженной модуляции различных иммунологических механизмов,

что более физиологично и лишено излишней агрессии.

Максимально оправданным у часто болеющих острыми респираторно-вирусными инфекциями следует считать использование иммуномодуляторов растительного происхождения, основой которых является сок травы *Echinacea*. Широкое применение иммунала как препарата *Echinacea* в педиатрии базируется на данных экспериментальных работ, в которых была доказана возможность препарата стимулировать процессы фагоцитоза, антигензависимую пролиферацию Т-лимфоцитов, увеличивать синтез TNF- α , пропердина, интерферона- α , - β и т.д. (11). Доказано противомикробное действие иммунала в отношении ряда возбудителей (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*) и различных вирусов (герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барра и др.) (1). С учетом адаптогенной направленности действия препаратов на основе *Echinacea* в отношении фак-



ГРИППФЕРОН®

капли в нос

СОДЕРЖИТ РЕКОМБИНАНТНЫЙ ИНТЕРФЕРОН АЛЬФА-2

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ И ГРИППА
У ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ И ВЗРОСЛЫХ, ВКЛЮЧАЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН



- В 3-3,5 раза снижает риск заболевания гриппом и ОРВИ
- На 50-70% сокращает продолжительность заболевания гриппом и ОРВИ
- Многократно снижает вероятность осложнений (бронхиты, синуситы, пневмонии и т.д.)
- Защищает от заражения при контакте с больными, в том числе в местах массового скопления людей

Таблица 3. Фагоцитарная активность нейтрофилов у детей с аллергической патологией

Группы	Периоды наблюдения	НСТ-тест спонтанный (%)	НСТ-тест стимулированный (%)
1. Основная группа, n = 25	а) до использования Иммунала	5,24 ± 0,3*	19,4 ± 10,8*
	б) после использования Иммунала	9,2 ± 0,9*	44,3 ± 0,4
2. Группа сравнения, n = 20	Традиционная терапия	6,2 ± 0,6	20,5 ± 0,2*
3. Здоровые пациенты, n = 15		7,1 ± 0,7	42,3 ± 0,4

Примечание: *p < 0,05 достоверность различия данных по сравнению с нормой

торов иммунной системы, то есть сбалансированного, приближенного к физиологическому, комплексного (таблица 2), затрагивающего практически все эффекторные иммунологические механизмы и лишённого побочных эффектов, Иммунал используется в большей степени как профилактическое средство. Доказанной эффективностью Иммунала является сокращение сроков течения респираторно-вирусных заболеваний, уменьшение интоксикации и лихорадки (11). Кроме того, иммуномодулирующая терапия с использованием препаратов *Echinacea* позволяет снизить частоту бактериальных осложнений ОРВИ (14). Снижение частоты ОРВИ было зафиксировано при применении Иммунала у больных с заболеваниями кожи (экзема, псориаз), инфекций мочевыводящей системы, аутоиммунных и других заболеваний (15). Очевидно, этот результат основан на способности растительных иммуномодуляторов вызывать неспецифический ответ по отношению к различным респираторным вирусам (6, 10). Скорее всего, имеет значение увеличение синтеза интерферонов, как факторов противовирусного иммунитета, и интенсификация фагоцитарных реакций.

Результаты применения Иммунала у пациентов с аллергическими заболеваниями:

- профилактическое использование иммунала у больных с аллергическими заболеваниями позволило снизить заболеваемость ОРВИ в 1,4 раза;
- при применении Иммунала уменьшилась длительность ОРВИ на 2 дня;
- на фоне применения Иммунала уменьшилась выраженность симптомов интоксикации;
- иммуномодулирующий эффект

иммунала проявлялся в увеличении фагоцитарной активности нейтрофилов и цитокинов (таблица 3);

- применение иммунала позволило снизить развитие бактериальных осложнений в 1,2 раза, а также использование антибактериальных препаратов.

В настоящее время общепризнано, что ведущая роль в противовирусной защите организма принадлежит системе интерферона, которая способна подавлять множество РНК- и ДНК-содержащих вирусов вследствие ингибирования процессов транскрипции и трансляции вирусных матриц. Интерфероны оказывают действие на все клетки иммунной системы, формируют защитный барьер, стимулируют клеточную резистентность. На первых этапах иммунного ответа интерферон-α и ФНО активируют NK-клетки, которые стимулируют продукцию интерферона-γ задолго до начала его синтеза Т-лимфоцитами.

Интерфероны и индукторы интерферона представляют широким классом лекарственных средств, активно используемых в профилактике и терапии респираторных инфекций. К ним относятся лейкоцитарный интерферон, выделенный из донорской крови человека, Виферон, Гриппферон, Арбидол, Амиксин, Циклоферон. Эффективными индукторами интерферона являются нуклеиновые кислоты и их различные производные. Среди препаратов с противовирусным действием выделяют также Анаферон и Афлубин (8).

Гриппферон (рекомбинантный интерферон-α-2) выпускается в виде капель в нос – эффективный и безопасный препарат для профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРЗ, ОРВИ) и гриппа. Он разрешен к применению даже детям до года, вклю-

чая новорожденных. Наиболее эффективно назначение препарата в первые 3 дня заболевания гриппом и другими острыми респираторными инфекциями. При первых признаках заболевания гриппом, ОРВИ Гриппферон закапывают в нос в течение 5 дней: в возрасте от 0 до 1 года – по 1 капле в каждый носовой ход 5 раз в день, в возрасте от 1 до 3 лет – по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день, в возрасте от 3 до 14 лет – по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в день.

Для профилактики препарат закапывают в возрастной дозировке 1-2 раза в день на протяжении контакта с больным. При необходимости профилактические курсы повторяют. Использование Гриппферона сопровождалось у большинства детей увеличением содержания секреторного IgA в носовых секретах и повышением уровня индуцированных интерферонов-α и -γ в сыворотке крови. Отмечена более быстрая элиминация возбудителя из носовых ходов обследованных пациентов и достоверное снижение частоты возникновения внутрибольничных инфекций, однако была установлена меньшая эффективность препарата в случаях аденовирусной инфекции.

Арбидол – этилового эфира 6-бром-5-гидрокси-1-метил-4-диметиламинометил-2-фенилметиллинодол-3-карбоновой кислоты гидрохлорида моногидрат. Арбидол терапевтически эффективен у болеющих гриппом и другими острыми вирусными респираторными заболеваниями. Это позволяет использовать данный препарат в амбулаторных условиях без лабораторной верификации диагноза. Препарат применяется на ранних сроках заболевания – не позже чем в первые 3 дня от начала болезни. Причем эффективность терапии во

многим определяет возможность приема препарата в первые 6 часов заболевания. Арбидол назначают пациентам старше 6 лет по 50 мг (1 таблетка) 3 раза в день, в течение 3-4 дней.

Амиксин – 2,7-бис(этиламино)этоксифлуорена-9-дигидрохлорид. Изучение профилактической эффективности амиксина в отношении острой респираторной вирусной инфекции в период сезонного подъема заболеваемости показало снижение заболеваемости среди медицинских работников в 1,5 раза. Получены данные по благоприятному влиянию амиксина на течение ОРВИ у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями, в частности бронхиальной астмой.

Циклоферон (активное вещество – акридонуксусная кислота в виде метилглюкаминового соли) обладает противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным действием. Выпускается в таблетках и растворе для парентерального применения. Используется в первые дни заболевания гриппом и ОРВИ.

Анаферон принадлежит к новому классу лекарственных препаратов, созданных на основе сверхмалых доз антител. Действующим веществом Анаферона являются антитела к интерферону- γ человека в сверхмалых дозах. Препарат используют с 6-месячного возраста для профилак-

тики и лечения гриппа, а также других ОРВИ по 1 таблетке 1 раз в день в течение 30-90 дней. Результаты проведенных исследований показали профилактическую эффективность препарата в период эпидемического подъема заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями, а также восстановление нарушенного микробиоценоза ротоглотки, благоприятное влияние на показатели гуморального и клеточного иммунитета.

Виферон – человеческий рекомбинантный интерферон- α -2b. Выпускается в дозах 150 тыс. МЕ, 500 тыс. МЕ, 1 млн МЕ в виде мази для наружного применения и суппозиторииев для ректального использования. Препарат показан для профилактики и лечения острых респираторных инфекций. Доза подбирается по возрасту.

Афлубин – комплексный гомеопатический препарат, оказывающее противовоспалительное, иммуномодулирующее, жаропонижающее действие. Афлубин показал высокую эффективность при плановой профилактике по защите учащихся общеобразовательных школ от гриппа и ОРВИ. Показана его выраженная противовирусная активность в исследованиях *in vitro*. Антивирусная активность афлубина была сопоставима с известными противовирусными препаратами и индукторами интерферона хи-

мического происхождения. Клинические исследования показали, что использование этих иммуномодуляторов эффективно также в остром периоде ОРВИ, но не позже чем в первые 24 часа заболевания (до момента попадания вируса в клетку). При этом уменьшается выраженность клинических проявлений и более быстрое обратное развитие заболевания.

Таким образом, проблема эффективного использования иммуномодулирующей терапии остается крайне актуальной. Совместные усилия клинических иммунологов и педиатров должны быть направлены на снижение неоправданных назначений иммуностропных средств, так как последствия этих назначений по тяжести осложнений и побочных эффектов могут превосходить тяжесть самого заболевания. Заслуживает внимания накопленный опыт использования бактериальных лизатов, восполняющих недостаток физиологической иммуностимуляции. Перспективно применение растительных адаптогенов, а также препаратов интерферона и его индукторов как с профилактической, так и с лечебной целью. Думается, что у иммуномодулирующей терапии большое будущее, в основном за счет повышения специфичности и точной адресной направленности ее воздействия. 

Литература

1. Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д., Иммунология // М.: Медицина. С. 592.
2. Schaad V. et al. International Symposium on Respiratory Infections in Pediatric Recent Finding and Prospects, Geneva. 2006.
3. Voquete M., Carballada F., Exoto N., et. al. Preventive immunotherapy // J. Allergologia et immunopathologia. 2007; v. 28 (3), 89-93.
4. Чешик С.Г., Вартанян Р.В., Оценка терапевтической эффективности у детей младшего возраста с ОРВИ, протекающим с обструктивным ларингитом и обструктивным бронхитом // Детские инфекции. 2005; № 2, с. 34-38.
5. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные иммуномодуляторы: основные принципы // Иммунология. 2000; № 5, с. 4-7.
6. Булгакова В.А. Влияние вирусных инфекций на развитие и течение atopических болезней у детей. Автореф. диссертации канд. мед. наук. М., 2002, с. 25.
7. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Овечкина Н.В., Кац Т.Г. Роль топических бактериальных иммунокорректоров в контроле за патогенами верхних дыхательных путей у часто и длительно болеющих детей. Вopr. Совр. Педиатрии. 2003; № 5: 34.
8. Куприна Н.П., Кокорева С.П., Семенченко Л.В. и соавт. Клинико-лабораторная эффективность препарата «Анаферон детский» в комплексном лечении часто болеющих детей // Детские инфекции. 2005; № 3: 54-57.
9. Arunachalam K., Gills H.S., Chandra R.K. Enhancement of natural immune function by dietary consumption of Bifidobacterium lactis (HN019) // Eur. J. Clin. Nutr. 2007; V. 54: 496-498.
10. Bene M.C., Kahn L., Perruchet A.M. et al. Bacterial lysates and ribosomes as inducers of specific immune responses: a comparative study // Scand.J.Immunol. 1996; V. 38: 496-498.
11. Lindenmuth G.F., Lindenmuth L.B. Efficacy of Echinacea compound herbal tea preparation on the severity and duration of upper respiratory and flu symptoms: a randomized double-blind placebo-controlled study J. of Alternative and Complementary Medicine. 2006; V. 6 (4): 327-334.
12. Brook J., Gooch W.M., Jenkins S.G. et al. Pharyngitis: a surgery of the microbiologic aetiology // Ann. Otol. Rinol. Laringol. 2007; V. 109: 1-20.
13. Jara-Peres I.V., Berber A. Primary prevention of acute respiratory tract infection in children using a bacterial immunostimulant: a double masked placebo-controlled clinical trial // Clinical Therapeutics. 2006, V. 22: 748-756.
14. Ridophi H. La revue du Praticien Medecine Generale // Farmacist. 3006, Tome 18, № 644; 329-321.
15. Gutierrez-Narargo M.D., Berber A. Safety and efficacy of two courses of Broncho-Vaxon in the prevention of respiratory tract infection in children during 12 months // Chest. 2001; V. 119: 1742-1748.
16. Белоусов Ю.Б. Клинико-экономическая оценка средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ // Качественная клиническая практика. Спец. Выпуск. 2002; с. 15.
17. Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика под редакцией И.И. Балаболкина. М. 2004, с. 46.
18. Marticardi P.V., Bjorksten B., Bonini S. et al. Microbial products in allergy prevention and therapy // Allergy. 2003; V. 58: 461-471.
19. Sepp E., Julge K. et al. Sinus and allergy health partnership, antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. 2006; V. 123: 1-32.

В.А. РЕВЯКИНА
НИИ питания РАМН

Аллергические заболевания, обусловленные пылью растений, у детей

Поллиноз (от англ. pollen – пыльца) – группа аллергических заболеваний, вызываемых пылью растений и характеризующихся острыми воспалительными изменениями со стороны покровных тканей (слизистых оболочек и кожи). Заболевание имеет четко повторяющуюся сезонность, совпадающую с периодом цветения определенных растений.

Характер и выраженность клинических проявлений поллиноза зависит от степени повышенной чувствительности организма к пыльцевым аллергенам, массивности экспозиции к ним, сопутствующих аллергических реакций и заболеваний.

Поллиноз вызывается только пылью, обладающей аллергенными свойствами, принадлежащей к широко распространенным ветроопыляемым растениям, продуцирующим огромное количество мелкой и летучей пыльцы. В зависимости от периода цветения различных растений выделяют три пика заболеваемости поллинозом: весенний, летний и осенний. У некоторых больных клинические проявления поллиноза могут наблюдаться весь период, начиная с весны и до глубокой осени.

Эпидемиология. Поллиноз относится к числу распространенных аллергических заболеваний. Им страдают от 0,5 до 15% всего населения.

Классификация. Официальной классификации поллиноза нет. В настоящее время поллиноз принято делить в зависимости от ло-

кализации патологического процесса и степени тяжести болезни. Выделяют:

- аллергические поражения глаз;
- аллергические заболевания верхних и нижних дыхательных путей;
- аллергические заболевания кожи;
- сочетанные аллергические проявления;
- редкие клинические проявления пыльцевой этиологии.

Наиболее частыми клиническими проявлениями поллиноза в детской практике являются аллергический ринит/риносинусит, аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, отек Квинке, крапивница, аллергический (контактный) дерматит. Эти клинические проявления пыльцевой аллергии могут возникать изолированно или в сочетании с другим. Среди сочетанных форм наиболее часто наблюдается риноконъюнктивальный синдром, аллергический ринит и бронхиальная астма, аллергический ринит и кожные проявления аллергии.

Реже у детей наблюдаются изменения сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и мочеполовой систем, обусловленные экспозицией пыльцевых аллергенов.

По тяжести течения клинических проявлений, связанных с пыльцевой аллергией, выделяют легкие, среднетяжелые и тяжелые формы поллиноза.

Этиология. Поллиноз вызывает пыльца, обладающая определенными свойствами, при наличии некоторых условий. К ним относятся:

- высокая аллергенность/антигенность пыльцы;
- принадлежность пыльцы к роду растений, широко распространенных в стране;
- легкость и летучесть (способность распространяться на большие расстояния);
- диаметр пыльцевых зерен – не более 35 мкм, обеспечивающий проникновение пыльцы в дыхательные пути;
- способность продуцироваться в значительных количествах, создавая высокую концентрацию в воздухе.

Пыльца растений имеет сложный антигенный состав и может содержать от 5 до 10 антигенных компонентов. Причем антигены присутствуют не только в пыльцевых зернах, но и в других частях растений – стеблях и листьях. Наиболее выраженными аллергенными свойствами обладают внешняя оболочка пыльцевого зерна (экзина), содержащая ряд ферментов, играющих значительную роль в процессе взаимодействия пыльцы с внешней средой. Белковые соединения, ответственные за аллергенность пыльцы, по своей химической структуре являются полипептидами/гликополипептидами с молекулярным весом от 5000 до 40000. При этом малой аллергенной активностью обладают антигены, содержащие большое

Таблица 1. Возможные варианты непереносимости родственных пыльцевых и пищевых аллергенов

Аллергены	Аллергены с перекрестной сенсибилизацией
Пыльца березы	Яблоки, орехи, вишня, абрикосы
Пыльца полыни, одуванчика, подсолнечника	Мед, растительное масло, семечки, халва, маргарин, дыни, арбузы, картофель, ромашка

Таблица 2. Календарь цветения растений в России

Наименование	Клиническая значимость	Опыление	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
Орешник	•••	В	□	◆	◆	□								□
Ольха	•••	В	□	□	◆	◆								
Тополь	••	В			◆	◆								
Вяз	••	В			◆	◆								
Берёза	•••	В				◆	◆							
Бук	•	В				◆	◆							
Дуб	•	В				◆	◆							
Ясень	•	В				◆	◆							
Сирень	•	Н/С				◆	◆							
Одуванчик	•	С/Н				◆	◆	□	□					
Рапс	•	Н				◆	◆	□	□	□				
Колосок душистый	•••	В				◆	◆	◆	□	□				
Ива	••	В/Н				◆	◆	□						
Лисохвост луговой	•••	В				◆	◆	◆	◆					
Граб	•	В				□	◆	◆						
Акация, чёрная	•	Н/С					◆	◆						
Хмель	•	В					◆							
Душистый чубунчик	•	Н					◆	◆						
Ежа сборная	•••	В					◆	◆	□	□				
Платан	••	В					◆							
Райграс (Плевел)	•••	В					◆	◆	◆	◆	□	□		
Рожь	•••	В					◆	◆	□					
Подорожник	•••	В					◆	◆	◆	◆	□			
Мятлик луговой	•••	В					◆	◆	□	□	□			

количество углеводов. Наличием белков в составе всех пыльцевых аллергенов в значительной мере объясняется феномен общности антигенных свойств у пыльцы с родственными по строению растениями. Установлено, что водорастворимая фракция пыльцевого аллергена вызывает поражение слизистых оболочек, а жирорастворимая – особенно при попадании на кожу – контактный дерматит.

Причиной пыльцевой аллергии являются, как правило, ветроопыляемые растения, поскольку концентрация их пыльцы в воздухе гораздо выше, чем концентрация

пыльцы растений, опыляемых насекомыми. Выброс пыльцы ветроопыляемых растений происходит ранним утром, однако ее концентрация в воздухе обычно становится максимальной днем или ранним вечером. Это обусловлено высокой циркуляцией воздуха именно в эти часы суток. В сухую погоду даже под действием слабого ветра концентрация пыльцы в городах может быть очень высокой. Аллергенные свойства пыльцы могут сохраняться в течение многих часов. При дожде пыльца почти полностью исчезает из воздуха.

Для каждого региона характерен свой календарь цветения

растений. В России, как и во многих странах Европы, Америки, Азии, имеется календарь цветения растений. Для средней полосы европейской части России характерны три периода цветения растений. Так, в весенний период (апрель-май) отмечается цветение деревьев (ольха, орешник, береза, дуб, тополь, ива, клен, сосна, ясень, вяз, осина и другие). В ранний летний период (июнь-июль) наблюдается цветение злаковых трав (тимфеевка, ежа, райграс, овсяница, лисохвост, мятлик, кукуруза, рожь посевная). Поздний летний период (июль-август – ранняя



осень) характеризуется цветением сорных трав (полынь, лебеда, одуванчик, мать-и-мачеха), в южных регионах России – амброзия, подсолнечник.

Существует антигенная общность между пылью родственных растений и рядом пищевых продуктов (таблица 1).

Патогенез. Поллиноз является классическим аллергическим заболеванием, патогенетическую основу которого составляет IgE-опосредованные аллергические реакции. Проникновение пыльцевых аллергенов в организм человека, генетически детерминированного к развитию атопии, индуцирует первую фазу аллергической реакции – иммунологическую, а именно повышенный синтез антител класса IgE, которые фиксируются на поверхности тучных клеток и базофилов с помощью соответствующих рецепторов. Соединение пыльцевых антигенов с IgE-антителами, фиксированными на поверхности этих клеток, вызывает развитие следующей патохимической фазы с выделением биологически активных веществ, или медиаторов аллергии (гистамина, серотонина, лейкотриенов и др.), которые индуцируют патофизиологическую фазу: отек слизистых оболочек, повышение продукции слизи, спазм гладкой мускулатуры. Эти патофизиологические реакции реализуются через 10-20 минут после воздействия аллергена и определяют клиническую картину заболевания.

Клинические проявления поллиноза. Клинические проявления поллиноза могут возникнуть в любом возрасте, но наиболее часто поллиноз возникает у детей в возрасте от 3 до 10 лет. Более раннее начало поллиноза наблюдается у детей с высоким риском развития атопии (при наличии аллергических заболеваний у родителей). Мальчики болеют чаще девочек.

Наиболее частым проявлением поллиноза у детей является аллергический ринит, аллерги-

ческий конъюнктивит и их сочетание (рино-конъюнктивальный синдром). Аллергический ринит, связанный с пылью растений, характеризуется частым чиханием, обильными (обычно серозно-слизистыми) выделениями из носа, зудом и заложенностью носа. Данные симптомы могут быть различной степени выраженности.

Аллергический конъюнктивит пыльцевой этиологии начинается с появлением зуда в области глаз и может сопровождаться жжением. Зуд начинается с внутреннего угла глазной щели и затем распространяется на веки. Одновременно появляется покраснение век с последующим отхождением прозрачного слизистого секрета, возникает слезотечение, светобоязнь, болезненные ощущения в области надбровных дуг. В тяжелых случаях развивается блефароспазм, кератит, эрозии и изъязвления вдоль лимба. Сравнительно редко при поллинозах наблюдается увеит.

Рино-конъюнктивальный синдром может сопровождаться повышенной утомляемостью, снижением аппетита, потливостью, плаксивостью, нарушением сна.

Бронхиальная астма, как изолированное проявление пыльцевой аллергии, у детей встречается редко. Бронхиальная астма у детей, как правило, сочетается с рино-конъюнктивальным синдромом, иногда с кожными проявлениями аллергии. В этом случае основные клинические симптомы пыльцевой бронхиальной астмы проявляются приступами бронхоспазма (затрудненное дыхание), одышки, кашля и сухих свистящих хрипов в легких.

Кожные проявления пыльцевой аллергии встречаются в виде крапивницы и отека Квинке и характеризуются появлением разной величины волдырных элементов бледно-розового или белого цвета. Количество этих элементов может быть различным, иногда они носят сливной характер. Элементы крапивницы

окружены венчиком гиперемизированной кожи и сопровождаются зудом или жжением кожи. Одной из форм крапивницы является отек подкожной клетчатки и слизистых оболочек с локализацией процесса в области век, губ, щек, лба и других участках туловища.

Контактный аллергический дерматит – редкое проявление поллиноза. Он может возникнуть на открытых участках кожных покровов при контакте с листьями или стеблем растения и проявляется гиперемией кожи с последующими везикулезными высыпаниями на пораженных участках. Отмечается зуд кожи в месте контакта с пыльцевым аллергеном.

Сердечно-сосудистые изменения, обусловленные пыльцевой аллергией, характеризуются тахикардией, приглушенными тонами сердца, систолическим шумом на верхушке, повышением артериального давления. Эти изменения носят функциональный характер и не отмечаются вне периода цветения.

Поллиноз в некоторых случаях сопровождается такими симптомами со стороны пищеварительной системы, как тошнота, болями в эпигастриальной области, неустойчивым стулом. Они возникают вместе с другими проявлениями поллиноза и могут быть связаны с попаданием пыльцевых и/или пищевых аллергенов в желудочно-кишечный тракт.

Изменения нервной системы носят функциональный характер и характеризуются появлением в период цветения у детей головных болей, слабости, нарушений сна, повышения температуры. Указанные симптомы наблюдаются при тяжелом течении поллиноза при массивной концентрации пыльцы в воздухе.

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования. Диагностика поллиноза включает 3 этапа. Прежде всего (1-й этап) необходимо предположить поллиноз. На 2-м этапе – подтвердить его и определить причинно-значимый пыльцевой аллерген, вызываю-

щий обострение болезни. На 3-м этапе оценивают степень тяжести заболевания и определяют тактику краткосрочной и долгосрочной терапии.

Первый этап – установление диагноза в большинстве случаев не представляет трудностей. Основывается диагноз на результатах аллергологического анамнеза и возникновении признаков аллергических заболеваний в период цветения растений. Вероятность постановки диагноза поллиноз высока при наличии следующих критериев его постановки:

- положительный аллергологический анамнез (наличие аллергических заболеваний в роду);
- возникновение симптомов болезни в период цветения растений;
- отсутствие клинических проявлений заболевания вне сезона цветения;
- ежегодное появление клинических признаков аллергических заболеваний в одно и то же время, соотнесенное с периодом пыления растений.

Второй этап – специфическая диагностика, целью которой является определение причинно-значимых пыльцевых аллергенов, вызывающих обострение заболевания.

Для этого используют кожные тесты, выявление специфических IgE-антител к пыльцевым аллергенам в сыворотке крови, провокационные тесты.

Для специфической диагностики поллиноза используют следующие пыльцевые аллергены:

- пыльца деревьев: ольха, береза, лещина, дуб, тополь, сосна, клен, ива, ясень, осина, каштан, платан, липа, бук, кипарис, кедр, лавр, сирень, боярышник, бузина;
- пыльца злаковых трав: тимopheевка, ежа, овсяница, костер, мятлик, рожь посевная, райграс, кукуруза, лисохвост, ковыль, метлица, пшеница, ячмень, овес;
- пыльца сорных трав: одуванчик, подорожник, полынь, амброзия, крапива;

- пыльца цветов: хризантема, гладиолус, лилия, роза, маргаритка, гвоздика, ноготки, георгин, нарцисс, герань, тюльпан;

- пыльца фруктовых деревьев: яблоня, груша, вишня, слива, абрикос, персик, маслина, смородина;

- пыльца культивируемых растений: подсолнечник, хлопчатник, хмель, свекла, щавель, клевер.

Важным этапом специфической диагностики при поллинозе является постановка кожных проб с пыльцевыми аллергенами. Кожные пробы проводят вне сезона цветения растений и в период ремиссии других сопутствующих поллинозу аллергических заболеваний, а также при отсутствии интеркуррентных острых заболеваний и обострения хронических воспалительных заболеваний. При кожном тестировании нельзя применять антигистаминные и кортикостероидные препараты.

Наиболее часто у детей используют скарификационные кожные и перкутантные (prick-тест) пробы. Провокационные тесты с пыльцевыми аллергенами проводятся у детей крайне редко.

Дифференциальный диагноз. Следует проводить дифференциальную диагностику с острыми респираторными вирусными инфекциями, острым бактериальным конъюнктивитом, фотодерматозами. Редкие проявления поллиноза могут быть дифференцированы на основе сопоставления данных анамнеза, результатов клинического и аллергологического обследования.

Общие принципы терапии. Терапия поллиноза проводится в три этапа: терапия острого периода, противорецидивное лечение, специфическая иммунотерапия.

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Легкое течение аллергического ринита. Назначают H1-блокаторы для местного применения в виде назальных капель или назального спрея в комбинации с

увлажняющими средствами.

ЛС выбора:

- H1-блокаторы для местного применения:

– виброцил (Диметинден + Фенилэфрин) по 1-2 капли в каждую ноздрю 5-7 дней или

– азеластин (Аллергодил) спрей по 1 дозе в каждую ноздрю 2 раза в сутки или

– левокабастин (Гистимет) спрей по 1 дозе в каждую ноздрю 2 раза в сутки.

- Увлажняющие средства представляют собой очищенные растворы морской и минеральной воды (концентрация соответствует физиологическому раствору):

– Аква-Марис по 1-2 впрыскиванию в каждую ноздрю 3-4 раза в день или

– Салин по 1-2 впрыскиванию в каждую ноздрю 3-4 раза в день.

Среднетяжелое и тяжелое течение аллергического ринита.

Лечение начинают с пероральных H1-блокаторов в сочетании с увлажняющими средствами.

ЛС-выбора:

- H1-блокаторы для перорального применения:

– диметинден (Фенистил) или

– клемастин (Тавегил) или

– квифенадин (Фенкарол) или

– мебгидролин (Диазолин) или

– хлоропирамин (Супрастин) или

– ципрогептадин (Перитол) или

– лоратадин (Кларитин, Ломилан, Кларидол, Эролин) или

– дезлоратадин (Эриус) или

– цетиризин (Зиртек, Летизен, Парлазин) или

– фексофенадин (Телфаст) или

– эбастин (Кестин).

При недостаточном клиническом эффекте пероральных H1-блокаторов назначают монотерапию ГКС для местного применения либо их применяют в сочетании с увлажняющими средствами и пероральными H1-блокаторами:

- бекламетазон (Альдецин, Беконазе, Насобек) по 50 мкг в каждую ноздрю 3 раза в сутки или

- будесонид (Тафен назаль) по 100 мкг в каждую ноздрю 2 раза в сутки или 

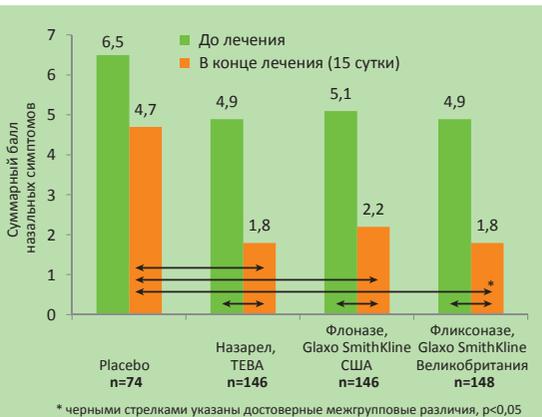


Рисунок 1. Сравнительная эффективность оригинального и генерического флутиказона пропионата у больных сезонным аллергическим ринитом (Техас, 2005)

- мометазона фуорат (Назонекс) по 50 мкг в каждую ноздрию 1 раз в сутки или
 - флутиказон пропионат (Фликсоназе) по 50 мкг в каждую ноздрию 2 раза в сутки или
 - флутиказон пропионат (Назарел, «ТЕВА», Израиль) по 50 мкг в каждую ноздрию 2 раза в сутки. По своей эффективности Назарел эквивалентен оригинальному флутиказону пропионату (рисунок 1).
- С целью изучения терапевтической эквивалентности продукции «ТЕВА» (Израиль) и GlaxoSmithKline в США (Техас, 2005) было проведено рандомизированное многоцентровое (3 центра) двойное слепое контролируемое плацебо-исследование, в котором приняли участие 514 пациентов, страдающих сезонным АР с повышенной

чувствительностью к аллергенам пыльцы деревьев (горный кедр) обоих полов в возрасте старше 12 лет в период цветения. Исследуемые препараты:

- FANS (Fluticasone Aqueous Nasal Spray, VAX, Назарел, «ТЕВА») – 146 человек;
- Фликсоназе (GlaxoSmithKline, Великобритания) – 148 человек;
- Флоназе (GlaxoSmithKline, США) – 146 человек;
- группа плацебо – 74 человека.

Суточная доза флутиказона пропионата составила у всех пациентов в активной группе 200 мкг, продолжительность лечения – 14 дней. Критериями эффективности терапии было улучшение четырех основных назальных симптомов АР (заложенность носа, чиханье, ринорея, зуд в полости носа). Основным параметром эффективности было среднее по оценке пациента соотношение суммарного балла назальных симптомов в течение всего периода исследования. Все три группы, получавшие активное лечение, показали статистически значимые и сходные улучшения назальных симптомов по сравнению с началом лечения и с группой плацебо.

При этом существенных различий между эффективностью трех препаратов не было (95% доверительный интервал; $p = 0,96$). Также не получено статистически достоверных отличий в типе, частоте или выраженности НЯ, регистрируемых в ходе лечения исследуемыми препаратами.

Таким образом, проведенные исследования продемонстрировали биологическую и терапевтическую эквивалентность генерического препарата Назарел («ТЕВА», Израиль) и инновационного флутиказона пропионата Фликсоназе (GSK, Великобритания) и Флоназе (GSK, США).

Первый опыт применения Назарела в России у пациентов с сезонным аллергическим ринитом был продемонстрирован проф. Н.И. Ильиной (Институт иммунологии ФМБА России, 2008) (рисунок 2).

Препарат Назарел назначали в суточной дозе 200 мкг, продолжительность лечения – 14 дней.

Критериями эффективности терапии было улучшение основных назальных симптомов АР (заложенность носа, чиханье, ринорея, зуд в полости носа) и глазных симптомов.

Следует отметить, что на фоне применения Назарела уменьшилась потребность в сосудосуживающих препаратах (рисунок 3).

После купирования острых проявлений аллергического ринита в качестве противорецидивного лечения на период цветения причинно-значимых растений назначают пероральные H1-блокаторы нового поколения в связи с их противовоспалительной и противоаллергической активностью, связанной с комплексным механизмом действия и влиянием на разнообразные медиаторы и этапы аллергического каскада. Длительность курсового лечения колеблется от 1 до 3 месяцев. Данные лекарственные средства можно использовать со стабилизаторами мембран тучных клеток для местного применения:

- кромоглициевая кислота (Кромгексал, Кромоглин) назальный спрей, по 1-2 впрыскивания в каждую ноздрию 2 раза в сутки.

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНЪЮНКТИВИТА

Легкое течение аллергического конъюнктивита. Назначают

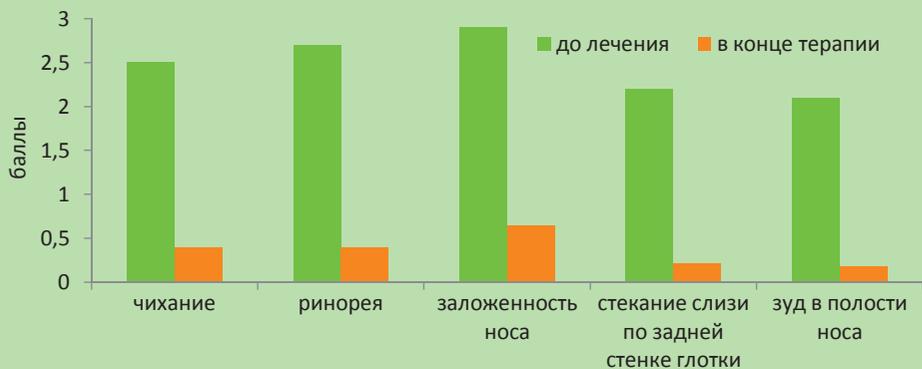
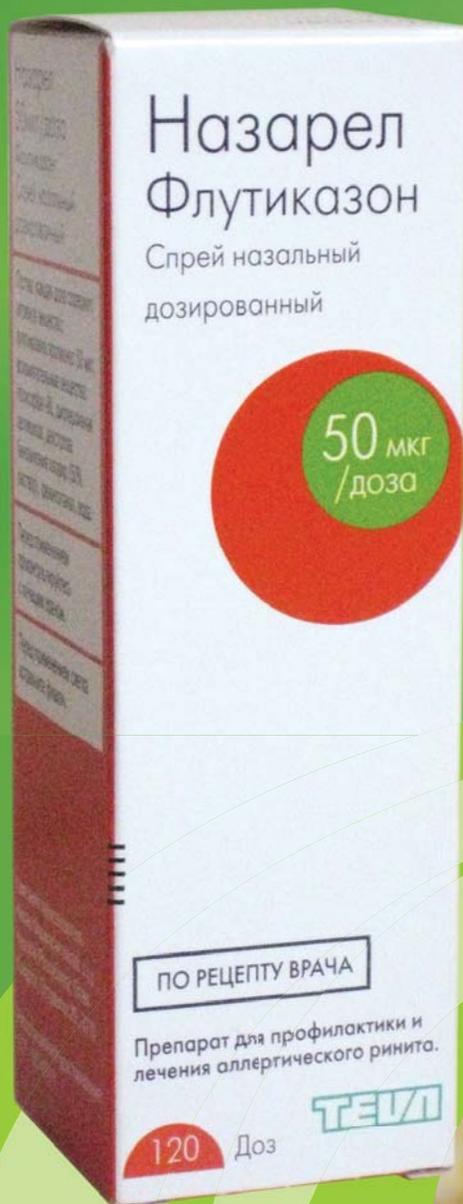


Рисунок 2. Динамика клинических симптомов на фоне применения препарата Назарел у больных сезонным аллергическим ринитом

Новый флутиказон по лучшей цене!



НАЗАРЕЛ[®]

флутиказона пропионат 50 мкг, 120 доз

**Для всех пациентов
с аллергическими
ринитами**

За дополнительной информацией обращаться:
ООО «Тева», 119049, Москва,
ул. Шаболовка, д.10, стр.2, бизнес-центр «Конкорд»
тел.+7 495 644-22-34, факс +7 495 644-22-35/36
E-mail: info@teva.ru, Интернет: www.teva.ru



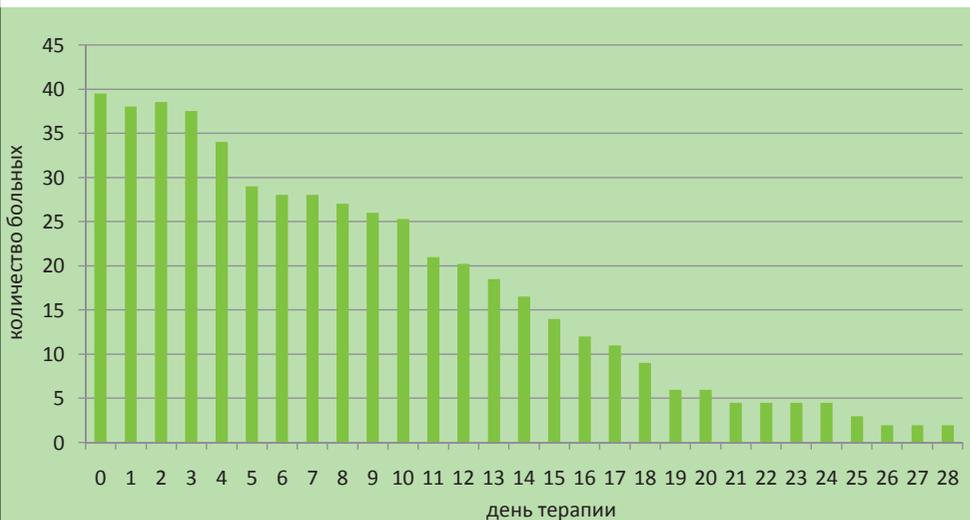


Рисунок 3. Изменение потребности в топических деконгестантах у больных АР на фоне терапии Назарелом

H1-блокаторы для местного применения:

- азеластин (Аллергодил) глазные капли по 1 капле в нижний конъюнктивальный мешок каждого глаза 2 раза в сутки или
- антозолин (Сперсаллерг) глазные капли по 1 капле в нижний конъюнктивальный мешок каждого глаза 2 раза в сутки.

Среднетяжелое и тяжелое течение аллергического конъюнктивита. Назначают H1-блокаторы для перорального применения в виде монотерапии либо в сочетании с ГКС для местного применения.

ГКС для местного применения:

- гидрокортизон глазную мазь закладывают в нижний конъюнктивальный мешок 2-3 раза в сутки или
- дексаметазон (Дексаметазон, Максидекс, Офтан) глазные капли, по 1 капле 2-3 раза в сутки.

Терапия острого периода пыльцевой бронхиальной астмы.

На начальном этапе лечения назначают ингаляционные β -2-агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол, тербуталин). Альтернативные средства: ипратропиум бромид, эуфиллин, формотерол, комбинированные бронхоспазмолитики (ипратропиум бромид + фенотерол). При отсутствии эффекта применяют ГКС (Будесонид) посредством небулайзера либо назначают системные ГКС. Оксигенотерапию (при сатурации меньше 90%). После купирования симптомов назначают противорецидивное лечение: стабилизаторы тучных клеток, ингаляционные ГКС, антилейкотриеновые препараты с учетом тяжести течения болезни. Альтернативные методы: Будесонид + формотерол, салметерол + флутиказон. Длительность кур-

сового лечения – период цветения причинно-значимых пыльцевых аллергенов.

Аллергенспецифическая иммунотерапия – введение пациенту причинно-значимых пыльцевых аллергенов в возрастающих концентрациях – наиболее эффективный метод лечения поллиноза. Проводится в ремиссии болезни, как правило, в осенне-зимний период.

- Способы введения аллергенов:
- парентеральный;
 - сублингвальный;
 - пероральный;
 - эндоназальный.

Своевременно и правильно проводимая специфическая иммунотерапия позволяет существенно улучшить прогноз поллиноза и предотвратить переход легких форм заболевания в тяжелые. Эффект от успешного лечения сохраняется в течение нескольких лет.

Ошибки и необоснованные назначения. Назначение антибактериальных средств для местного и перорального применения может привести к развитию аллергических реакций и к неэффективности терапии. Длительное использование сосудосуживающих средств для местного применения способствует развитию «синдрома рикошета» с развитием симптомов медикаментозного ринита. Длительная необоснованная терапия ГКС для местного применения может привести к развитию осложнений (носовые кровотечения, сухость и/или атрофия слизистой оболочки носовых ходов).

До сих пор вместо термина «поллиноз» применяют старые названия: «весенний катар», «сенная лихорадка».

Литература

1. Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму // Аллергология. 2001. № 3. С. 43-56.
2. Астафьева Н.Г., Горячкина Л.А. // Аллергология. 1998. № 2. С. 34-40.
3. Балаболкин И.И. Поллинозы у детей. М. Кронпрес. 1996. 272 с.
4. Жерносок В.Ф., Василевский И.В., Дюбкова Т.П. Бронхиальная астма у детей. Мн. Полибиг. 1999. 194 с.
5. Жерносок В.Ф. Атопический дерматит у детей. Учеб.-метод. пособие для врачей-слушателей / БелМАПО. Мн. 2000. 24 с.
6. Жерносок В.Ф., Дюбкова Т.П. Иммуно-терапия водно-солевыми экстрактами аллергенов детей с атопическими заболеваниями. Метод. рекомендации / МЗ РБ, БелМАПО. Мн., 2001. 17 с.
7. Зисельсон А.Д. Поллиноз у детей. Л.: Медицина. 1989. 160 с.
8. Майчук Ю.Ф. // Consilium medicus. 2001. Приложение. С. 44-46.
9. Ревакина В.А. // Consilium medicus. Экстра-выпуск. 2000. С. 9-11.
10. Cauwtnberge P., Juniper E. // Clin. Exp. Allergy. 2000. V. 30. P. 891-899.
11. IVAX Pharmaceuticals. Fluticasone propionate 50 microgram nasal spray. Clin Rev, 2005.

Календарь мероприятий на 2010 год

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

20 АПРЕЛЯ

Психопатология и клиника депрессии

Руководитель: академик РАМН **А.С. Тиганов**, главный специалист ГМУ УД Президента РФ, директор ГУ «Научный центр психического здоровья» 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

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

16 ИЮНЯ

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

23 ИЮНЯ

Диагностика, лечение и профилактика гинекологических заболеваний

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

А.С. АГАФОНОВ,
В.А. РЕВЯКИНА,
Т.Б. СЕНЦОВА
НИИ питания РАМН

Эффективность нового антигистаминного препарата в комплексной терапии атопического дерматита у детей

В настоящее время аллергические заболевания, в связи с общим ростом, увеличением частоты их диагностики и выявляемости, заняли важное место в общей патологии человека и являются одними из наиболее распространенных во всем мире. Каждый четвертый-пятый житель нашей планеты имеет те или иные проявления аллергических заболеваний. В большинстве индустриально развитых стран такие аллергические заболевания, как бронхиальная астма, аллергический ринит и атопический дерматит, – изолированно или в различных сочетаниях поражают до 25% населения. Распространенность этих нозологических форм за последние 30 лет увеличилась в 3 раза (12).

Термин «аллергия» происходит от двух греческих слов: «аллос» – другой, иной и «эргос» – действие. Буквальный перевод слова означает, таким образом, «действие по-другому». В современной науке данное понятие определяется следующим образом: аллергия – это состояние патологически повышенной реакции организма на какие-либо вещества чужеродной природы, в основе которой лежат иммунологические механизмы. Патологические состояния, характеризующиеся образованием антител и специфически реагирующих лимфоцитов, развиваются в ответ на контакт с соответствующим аллергеном (или аллергенами), который рассматривается как этиологический фактор (или факторы) болезни.

Аллергический ответ является очень сложным процессом, ко-

торый включает в себя дегрануляцию тучных клеток, активацию Т-лимфоцитов, эпителиальных и эндотелиальных клеток, накопление в тканях эозинофилов и в меньшей степени базофилов, а также синтез и высвобождение хемокинов. Образование и секреция медиаторов тучными клетками, эозинофилами и базофилами прямо и/или косвенно способствует появлению симптомов аллергии.

В основе острых аллергических реакций лежит гиперчувствительность немедленного типа. Ее опосредуют молекулы, которые высвобождаются тучными клетками при взаимодействии аллергена с IgE на поверхности клеток: гистамин, триптаза и мембранные липидные медиаторы – лейкотриены, простагландины и фактор активации тромбоцитов. Медиаторы тучных клеток играют ключевую роль в развитии анафилаксии, риноконъюнктивита и крапивницы.

Гистамин, этот важнейший медиатор различных физиологических и патологических процессов в организме, был химически синтезирован в 1907 году. A. Windaus и W. Vogt в последствии его выделили из тканей животных и человека. Еще позднее были определены его функции: желудочная секреция, нейромедиаторная функция в ЦНС, аллергические реакции, воспаление и др. Спустя почти 20 лет, в 1936 году, D. Bovet, A. Staub были созданы первые вещества, обладающие антигистаминной активностью.

Гистамин участвует в механизме практически всех основных симптомов аллергии. Поэтому первыми

противоаллергическими средствами стали антигистаминные препараты (АГП). Первоначально эти препараты не обладали достаточной селективностью. Некоторые из первых представителей этой группы нашли применение не при аллергических, а при других заболеваниях благодаря наличию седативной, антисекреторной активности. Центральные эффекты этих препаратов были главным фактором, ограничивающим их применение при аллергических заболеваниях.

В 60-е годы была доказана гетерогенность рецепторов в организме к гистамину и выделены три их подтипа: H1, H2 и H3, различающиеся по строению, локализации и физиологическим эффектам, возникающим при их активации и блокаде.

В процессе изучения были выделены блокирующие H1-гистаминовые рецепторы, которые стали носить название антигистаминных, а лекарства, воздействующие на H2-гистаминовые рецепторы (циметидин, ранитидин, фамотидин и др.), называют H2-гистаминоблокаторами. Первые используются для лечения аллергических заболеваний, вторые применяются в качестве антисекреторных средств.

Большинство блокирующих H1-гистаминовые рецепторы веществ оказывали следующие эффекты: противозудный, противоотечный, антиспастический, антихолинергический, антисеротониновый, седативный и местноанестезирующий, а также предупреждение гистамининдуцированного бронхоспазма (3).

Однако, несмотря на высокую терапевтическую эффективность дан-

ных препаратов, у них было выявлено множество побочных эффектов, связанных со способностью проникать через гематоэнцефалический барьер, за счет липофильных свойств, электрического заряда, и обладанием антихолинергической активностью. Среди основных побочных эффектов выделяют: центральные, связанные с угнетающим воздействием на ЦНС, проявляющиеся в виде сонливости, снижения психомоторной активности, то есть появления эффекта «седации» и воздействие на холинергическую активность, такие как сухость во рту, нарушение мочеиспускания, зрительные расстройства.

Изучая свойства блокатора H1-рецепторов вещества гидроксизина, компания UCB Pharma обнаружила, что существенно дольше характерного седативного действия препарата длится его антигистаминное действие, и предположили, что антигистаминным действием обладает не сам гидроксизин, а один из его метаболитов. Длительное время не существовало технологий, позволяющих подтвердить это предположение. Расшифровать структуру вещества, обладающего длительным антигистаминным эффектом, выделить и синтезировать его удалось лишь в 1978 г. Цетиризин стал первым среди антигистаминных препаратов – естественных метаболитов.

Из положительных свойств данной группы, кроме значительной селективности в отношении периферических H1-рецепторов, отсутствия седативного и кардиотоксического действия, можно выделить и дополнительные противоаллергические эффекты: торможение выделения медиаторов системного аллергического воспаления, включая цитокины и хемокины (триптаза, лейкотриен C4, простагландин D2, интерлейкины 3, 4 и 8, фактор некроза опухоли TNF, гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор, RANTES), уменьшение экспрессии молекул адгезии (в том числе P-селектина и ICAM-1), подавление хемотаксиса и активации эозинофилов и образования супероксидного радикала, снижение гиперреактивности бронхов и выраженности аллерген-

индуцированного бронхоспазма (3, 5). Активность метаболитов может быть в 2-4 раза выше по сравнению с исходным соединением (для метаболитов акривастина, эбастина и лоратадина) или такой же (для метаболитов астемизола и кетотифена), а период полувыведения и продолжительность лечебного действия некоторых метаболитов гораздо выше, чем у препарата-предшественника.

Поэтому применение метаболитов более оправдано при проведении долговременной терапии аллергических заболеваний, в генезе которых значительную роль играют медиаторы поздней фазы аллергического воспаления: круглогодичного аллергического ринита, сезонного аллергического ринита или риноконъюнктивита с продолжительностью сезонных обострений более 2 недель, хронической крапивницы, атопического дерматита, аллергического контактного дерматита. Особенности фармакокинетики, хорошей профиль безопасности и высокая клиническая эффективность делают их наиболее перспективными антигистаминными средствами в настоящее время. В связи с выявленным свойством цетиризина легко проникать в кожу и накапливаться в ней в высоких концентрациях даже после однократного приема, данный препарат активно применялся у пациентов с аллергическим поражением кожных покровов.

С момента успешного синтеза было известно, что цетиризин – это рацемическая смесь двух изомеров, левоцетиризина и декстроцетиризина. Также было известно, что гистаминовый рецептор I типа – стереоселективная структура и преимущественно связывает только один из изомеров. Лишь в 2001 году удалось применить технологию, позволяющую успешно разделить энантиомеры цетиризина.

При изучении левоцетиризина и декстроцетиризина было доказано, что второй практически не обладает антигистаминным действием.

Левоцетиризин является первым примером выделения активного энантиомера человеческого метаболита как самостоятельного противоаллергического лекарства.

Среди положительных свойств

естественных метаболитов у левоцетиризина были доказаны также и хорошие фармакодинамические характеристики: избирательная, стойкая и длительная связь с H1-рецептором, а также низкая межсубъектная вариабельность, т.е. предсказуемость антигистаминного действия. По параметрам фармакокинетики препарат превосходит практически все другие современные гистаминоблокаторы: в исследованиях показаны быстрая абсорбция, высокая биодоступность – близкая к 100%, минимальный метаболизм, отсутствие взаимодействия с изоферментами системы цитохрома CYP 450, малый объем распределения (6, 10, 11).

При изучении левоцетиризина доказано, что сродство к H1-рецепторам у него в 2 раза больше, чем у цетиризина. Левоцетиризин оказывает влияние на гистаминозависимую стадию аллергических реакций, а также уменьшает миграцию эозинофилов, уменьшает сосудистую проницаемость, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, обладает противозастывающим, противозудным действием, практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинового действия. В терапевтических дозах практически не оказывает седативного действия. Действие препарата начинается через 30 мин. (1 час) у 95% больных и сохраняется в течение 24 часов. Левоцетиризин на 90% связывается с белками плазмы. Биодоступность достигает 100%. Период полувыведения составляет 7-10 часов. Полностью выводится из организма за 96 часов.

В связи с тем, что левоцетиризин, как и его предшественник цетиризин, хорошо проникает в кожу, было решено провести клиническое исследование левоцетиризина при атопическом дерматите у детей.

Атопический дерматит является одним из первых аллергических заболеваний, ведущих в последующем к развитию бронхиальной астмы, аллергическому риниту / конъюнктивиту, сочетанных проявлений аллергопатологии («аллергический марш») (4). 

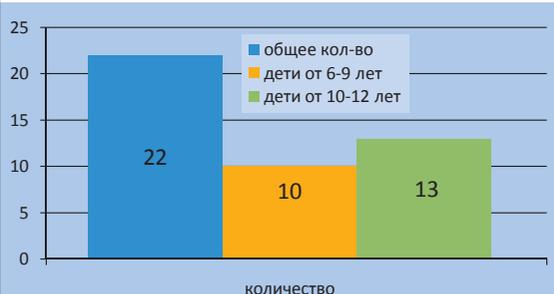


Рисунок 1. Распределение детей, страдающих atopическим дерматитом, по возрасту

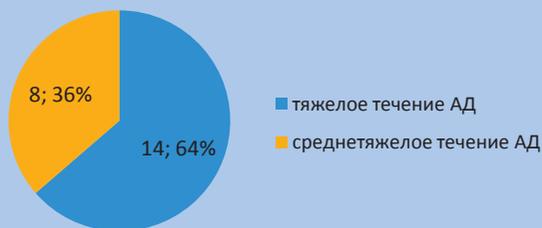


Рисунок 2. Распределение детей по тяжести течения atopического дерматита

В настоящее время atopический дерматит является одной из самых распространенных в структуре аллергических заболеваний (50-60%) форм аллергии, причем эта цифра неуклонно растет (1). Так, до 60-х годов XX века atopический дерматит отмечался у 2-3% от всех детей, посещающих школу, в 1960-1970 гг. эта цифра возросла до 4-8% и после 1980 года составила 9-12% (8). В 1996 году случаи atopического дерматита в Германии, Швеции и Дании (в этой же возрастной группе)

были зарегистрированы соответственно в 15,6% и 9% в Италии (9).

В механизмах развития atopического дерматита ключевым звеном патогенеза служит аллергическое воспаление, опосредованное преимущественно Th2-лимфоцитами, приводящие к появлению определенных цитокинов: IL-4, IL-13, IL-10, IL-5, стимулирующих В-клеточную продукцию IgE антител, а также индуцирующих активность и пролиферацию эозинофилов, увеличивающих экспрессию антигенов гистосовместимости II класса и служащих фактором роста тучных клеток. Особенностью IgE антител является их избирательная способность фиксироваться с помощью высокоаффинного рецептора (FcεRI) с тучными клетками. Согласно последним исследованиям, высокоаффинные рецепторы (FcεRI) присутствуют на поверхности антигенпрезентирующих дендритных клеток кожи больных atopическим дерматитом. Дендритные клетки, экспрессирующие FcεRI рецепторы и IgE антитела, могут усиливать вторичный иммунный ответ, что приводит к повышенному синтезу IgE антител посредством активации большого числа Th2-лимфоцитов или дендритных клеток из периферической крови в кожу. Этому способствует IL-16 – хемоттрактант для CD4+ лимфоцитов, экспрессируемый в поврежденной коже больных atopическим дерматитом дендритными клетками.

В развитии воспаления кожи у больных atopическим дермати-

том важное значение имеют кератиноциты эпидермиса (2), при стимуляции которых повышается продукция хемокина RANTES. Кератиноциты кожи больных atopическим дерматитом являются также важным источником тимического стромального лимфопоэтина, который активирует дендритные клетки к примированию наивных Th-лимфоцитов и продукции IL-4, IL-13, FNO-α. Кроме того, кератиноциты кожи у больных atopическим дерматитом недостаточно продуцируют антимикробные пептиды, необходимые для защиты против бактерий, грибов и вирусов. Установлено, что именно Th2-цитокины угнетают экспрессию одного из таких пептидов β-дефензина 2. Эти наблюдения позволяют понять повышенную колонизацию кожи больных atopическим дерматитом золотистым стафилококком, который поддерживает или обостряет кожный процесс при atopическом дерматите за счет секреции экзотоксина. Активированные под влиянием экзотоксина эозинофилы, макрофаги и клетки Лангерганса в свою очередь активируют кератиноциты к продукции IL-1 и FNO-α, которые изменяют функцию рецепторов адгезивных молекул на эндотелиальных клетках и способствуют рециркуляции Т-клеток в кожу. Активированные Т-лимфоциты кожи больных atopическим дерматитом могут запускать апоптоз кератиноцитов через Fas-лиганд, экспрессия которого усиливается под влиянием INF-γ, и кератиноциты становятся чувствительными к апоптозу. Взаимодействие Fas-лиганда с рецептором CD 95 рассматривается главным механизмом повреждения кератиноцитов Т-клетками с последующим развитием спонгиоза и акантолиза – характерных проявлений atopического дерматита (2).

Определенное значение в развитии atopического дерматита играют и психосоматические расстройства. Сильный зуд, раздражительность, тревожный поверхностный сон, неадекватность реакций, белый дермографизм – классические проявления психосоматической патологии. При оценке психосоматического статуса у пациентов часто выявляется высокая степень тревожности, раз-

При изучении левоцетиризина доказано, что сродство к H1-рецепторам у него в 2 раза больше, чем у цетиризина. Левоцетиризин оказывает влияние на гистаминозависимую стадию аллергических реакций, а также уменьшает миграцию эозинофилов, уменьшает сосудистую проницаемость, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, обладает противоэкссудативным, противозудным действием, практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинового действия. В терапевтических дозах практически не оказывает седативного действия. Действие препарата начинается через 30 мин. (1 час) у 95 % больных и сохраняется в течение 24 часов. Левоцетиризин на 90% связывается с белками плазмы.

витие реактивных депрессий, астеновегетативный синдром. В последнее время доказано, что основным субстратом в психонейроиммунном взаимодействии являются нейропептиды, (субстанция Р, нейрокинин А, нейрокинин В, кальцитонин-геноподобный пептид), обеспечивающие взаимосвязь между нервными волокнами, тучными клетками и сосудами. В следствии аксонрефлекса развивается вазодилатация, проявляющаяся эритемой. Субстанция Р обеспечивает высвобождение гистамина из тучных клеток кожи и оказывает прямое воздействие на сосуды, увеличивая их проницаемость.

Для оценки левоцетиризина в комплексной терапии атопического дерматита у детей, эффективность была изучена у 22 детей с атопическим дерматитом, имеющих среднетяжелое и тяжелое течение болезни. Оценка осуществлялась на основе динамики клинических симптомов и шкалы SCORAD.

В задачи исследования входило оценить противоаллергические эффекты, индивидуальную переносимость, наличие побочных эффектов.

Для решения поставленных задач была сформирована группа детей, страдающих атопическим дерматитом, представленная 22 пациентами.

Соотношение по полу в исследуемой группе было одинаковым – 50% девочек и 50% мальчиков. Все пациенты, включенные в группу исследования, были старше 6 лет, средний возраст составил $10,2 \pm 3,6$ лет. От 6-9 лет было 10 больных, от 10-17 было 12 детей (рисунок 1).

По тяжести течения атопического дерматита: 14 больных наблюдались с тяжелым течением, у 8 пациентов среднетяжелое течение болезни (рисунок 2).

При обследовании у большинства (71,5%) больных была выявлена поливалентная сенсibilизация (чаще бытовая, и/или пищевая, и/или эпидермальная). У 19 пациентов при обследовании была выявлена сочетанная аллергопатология. У 10 детей атопический дерматит сочетался с бронхиальной астмой, у 9 – с аллергическим ринитом легкой или средней степени тяжести, эти заболевания были в периоде ремиссии.

Левецетиризин назначался в составе комплексной терапии наряду с топическими кортикостероидными препаратами (у части больных комбинированными с антибактериальными и противогрибковыми), длительность приема левоцетиризина составила в среднем 14 дней.

Критериями включения в протокол исследования эффективности левоцетиризина были следующие:

- возраст детей старше 6 лет;
- наличие установленного диагноза (атопический дерматит, согласно разработанных критериев постановки диагноза);
- отсутствие предыдущих курсов антигистаминных препаратов в течение 3 недель;
- на момент назначения левоцетиризина у всех пациентов отмечалось обострение атопического дерматита.

Так, у всех детей с тяжелым течением атопического дерматита ($n = 14$) отмечались распространенные эритематозно-сквамозные высыпания, лихенификация, трещины, множественные экскориации и геморрагические корочки. Наряду с этим у пациентов с тяжелым течением отмечался зуд различной интенсивности, который проявлялся как в дневное, так и ночное время, нарушая сон больного. Индекс SCORAD был равен $76,5 \pm 11,3$.

У пациентов со среднетяжелым течением атопического дерматита проявления атопического дерматита носили

Ксизал®

ЛЕВОЦЕТИРИЗИН

Терапия аллергии XXI века

ОТ ЭФФЕКТИВНОЙ H1-БЛОКАДЫ К КЛИНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ



Сродство к H1-гистаминовым рецепторам в 2 раза выше, чем у цетиризина

(См. инструкцию по применению)

3 из 4 пациентов выбирают Ксизал®

(среди 17 638 взрослых пациентов с респираторной и кожной аллергией, получавших до Ксизала другую противоаллергическую терапию)

Klimek L. et al Clin Drug Investig 2005; 25(9):609-14

Краткая инструкция

Состав: 1 таблетка или 1 мл раствора содержат 5 мг левоцетиризина.

Фармакодинамика: Левецетиризин – активное вещество препарата Ксизал® – это R-энантиомер цетиризина, который относится к группе конкурентных антагонистов гистамина и блокирует H1-гистаминовые рецепторы. Сродство к H1-рецепторам у левоцетиризина в 2 раза выше, чем у цетиризина. Левецетиризин оказывает влияние на гистаминозависимую стадию аллергических реакций, а также уменьшает миграцию эозинофилов, уменьшает проницаемость сосудов, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления и цитокинов (VCAM-1 и др.). Левецетиризин предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, обладает противозсудативным, противозудным действием, практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинового действия. В терапевтических дозах практически не оказывает седативного эффекта.

Показания к применению: Лечение симптомов круглогодичного и сезонного аллергического ринита (включая персистирующий аллергический ринит) и аллергического конъюнктивита, таких как зуд, чихание, заложенность носа, ринорея, слезотечение, гиперемия конъюнктивы; поллиноз (сенная лихорадка); крапивница, в том числе хроническая идиопатическая крапивница, отек Квинке; другие аллергические дерматозы, сопровождающиеся зудом и высыпаниями.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к левоцетиризину или производным пиперазина, а также другим компонентам препарата; терминальная стадия почечной недостаточности ($KK < 10$ мл/мин.); детский возраст до 2 лет; беременность.

Способ применения и дозы: Взрослые и дети старше 6 лет: суточная доза составляет 5 мг (= 20 капель или 1 таблетка). Дети от 2 до 6 лет: по 1,25 мг (= 5 капель) 2 раза в день; суточная доза – 2,5 мг (10 капель). Подробную информацию по препарату смотрите в инструкции по медицинскому применению.



UCB Pharma,
119049 Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2, эт. 5
(Бизнес-центр «Конкорд»)
Тел.: +7 (495) 644-33-22, факс: +7 (495) 644-33-29

Таблица. Оценка зуда у больных atopическим дерматитом на фоне применения левоцетиризина

Число пациентов (абсолютное значение и в %) на:			
Зуд кожи	0 день	7-й день	14-й день
0 баллов	0	12 (45,5%)	14 (63,6%)
1 балл	0	5 (22,7%)	8 (36,4%)
2 балла	14 (63,6%)	3 (13,7%)	0
3 балла	8 (36,4%)	2 (9,1%)	0



Рисунок 3. Динамика индекса SCORAD (баллы) на фоне лечения

ли чаще локализованный характер с преимущественным поражением локтевых, коленных сгибов, реже голеностопных и лучезапястных суставов. При этом высыпания носили эритематозный характер, сопровождались сухостью с мелкопластинчатым шелушением и незначительным усилением кожного рисунка. Индекс SCORAD был равен $44,2 \pm 3,4$.

Оценка эффективности левоцетиризина осуществлялась врачом на 0, 3, 7 и 14-й дни использования препарата.

Зуд оценивался отдельно по 4-балльной шкале:

- 0 баллов – нет зуда;
- 1 балл – слабый зуд;
- 2 балла – умеренный зуд;
- 3 балла – сильный (тяжелый) зуд.

Исследование эффективности лечения было открытым.

В результате проведенного исследования получены следующие результаты.

На фоне применения левоцетиризина в течении 14 дней в дозе 5 мг (1 таблетка) один раз в сутки отмечалась положительная динамика. Так, индекс SCORAD у детей с тяжелым течением атопического дерматита до лечения составлял $76,5 \pm 11,3$, а на 7-е сутки терапии $14 \pm 6,2$ баллов (среднее значение 18,3) ($p < 0,01$) (рисунок 3).

К 7-м суткам с момента начала лечения удалось достичь перехода дерматита из острой в подострую фазу, которая сопровождалась регрессией кожных высыпаний в виде значительного уменьшения кожных проявлений и зуда кожи, отсутствием свежих высыпаний, нормализацией сна.

При анализе динамики индекса SCORAD у детей со среднетяжелым течением атопического дерматита на фоне приема левоцетиризина получены следующие данные: индекс SCORAD до начала лечения составлял $44,2 \pm 3,4$ балла, на 3 сутки $20,4 \pm 2,6$ на 7-е сутки – полное отсутствие клинических проявлений основного заболевания.

У детей со среднетяжелым течением атопического дерматита на фоне применения левоцетиризина отмечалась более выраженная положительная динамика кожного процесса в виде исчезновения клини-

ческих проявлений болезни и зуда. Результаты оценки изменения зуда представлены в таблице.

До начала лечения практически у всех пациентов отмечен зуд кожных покровов, который был оценен у 14 (63,6%) детей в 2 балла, а у 8 (36,4%) – в 3 балла. Уже через 7 дней применения препарата число пациентов с сильным зудом уменьшилась до 2 (9,1%). К 14-му дню исследования лишь у 8 пациентов сохранялся слабый зуд, это были дети с тяжелым течением атопического дерматита.

Побочные реакции на применение препарата были минимальными: у 1 пациента наблюдалась сухость во рту в первый день приема, у 2 больных – легкая тошнота и метеоризм, однако это не послужило поводом для отмены препарата. Патологических изменений ЭКГ зарегистрировано не было. Применение левоцетиризина привело к исчезновению зуда у большинства обследованных пациентов.

Таким образом, включение левоцетиризина в комплексную терапию атопического дерматита оказывает положительное влияние на динамику клинических симптомов заболевания у наблюдаемых детей, а проведенное нами наблюдение показало, что он является эффективным антигистаминным препаратом и может быть рекомендован в комплексном лечении атопического дерматита, особенно тяжелых его форм.

Однако прогноз течения атопического дерматита, качество жизни больного и его семьи во многом зависят от полученных им достоверных знаний о причинах развития высыпаний на коже, зуда, а также от тщательного выполнения всех рекомендаций врача и профилактики данного заболевания.

Литература

1. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей // Медицина. 1999; с. 240.
2. Ревакина В.А. Современные аспекты этиологии патогенеза и лечения атопического дерматита у детей // Медицинский совет. 2008; № 1, 2.
3. Горячкина Л.А. Современные антигистаминные препараты в лечении аллергических заболеваний // РМЖ. 2001; № 21, т.9.
4. Ревакина В.А., Бакрадзе М.Д. Современные направления в терапии атопического дерматита у детей // Детский доктор. 2000; № 2, с. 37-42.
5. Смоленов И.В., Смирнов Н.А. Современные антигистаминные препараты // Новые лекарства и новости фармакотерапии. 1999; № 5.
6. Трусова О.Б., Коростовцев Д.С. Левоцетиризин (Ксизал). Характеристика препарата и опыт клинического применения // Аллергология. 2006; № 2.
7. Клиническая аллергология: Руководство для практических врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Р.М. Хаитова. М.: МЕД пресс-информ. 2002; с. 500-527.
8. Larsen F.S., Hanifin J.M. Epidemiology of atopic dermatitis // Immunol Allergy Clinics NA. 2002; 22: 1-25.
9. Rothe M., Grant-Kels J. Diagnostic criteria for atopic dermatitis // Lancet. Vol. 348, Issue 9030; 769-770.
10. Pasquali M., Baiardini I., Rogkakou A. et al. Levocetirizine in persistent allergic rhinitis and asthma: effects on symptoms, quality of life and inflammatory parameters // Clin Exp Allergy. 2006; Vol. 36: 1161-1167.
11. De Blic J., Wahn U., Billard E. et al. Levocetirizine in children: evidenced efficacy and safety in a 6 week randomized seasonal allergic rhinitis trial // Pediatr Allergy Immunol. 2005; Vol. 16: 267-275.
12. Wesk A.L. Аллергология и иммунология. 2000; т. 1, № 3, с. 510.

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

ОТКРЫТЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК



29 сентября 2009 г. в рамках IV Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии и качество» состоялся научный симпозиум «Артериальный проток у недоношенных детей», организованный при поддержке компании «Никомед». Симпозиум, во время которого с лекцией выступил профессор Королевского госпиталя принца Альфреда Ник Эванс (Университет Сиднея, Австралия), вызвал большой интерес у более чем 300 педиатров и неонатологов из многих регионов России.



Ник Эванс, профессор Королевского госпиталя принца Альфреда, Университет Сиднея, Австралия

Говоря об открытом артериальном протоке (ОАП) у детей, следует отметить, что в этом вопросе до сих пор мало точных ответов. Дополнительно известно, что приблизительно у 35% детей, рожденных до 30-й недели гестации, развивается клинически значимый ОАП. При этом ОАП сопровождается рядом нежелательных последствий (хронические болезни легких, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), некротизирующий энтероколит (НЭК)). Около 90% ОАП закрываются при применении ибупрофена или индометацина. Кроме того, известно, что большинство ОАП могут закрываться самостоятельно без какого-либо лечения.

Остается открытым вопрос о роли клиники в сравнении с ЭхоКГ при диагностике ОАП.

Мы также не всегда знаем срок проявления и природу патофизиологических эффектов шунта через проток и до сих пор не имеем четкого представления о том, какой подход к терапии считать наилучшим – индометацин, ибупрофен или хирургическое вмешательство. Также, а это особенно важный вопрос, мы не знаем, когда следует лечить ОАП, т.е. когда лучше проводить это лечение – при появлении клинических симптомов ОАП, перед их появлением или терапию нужно проводить всем детям из

группы риска для профилактики ОАП.

В то же время до сих пор продолжают споры даже по поводу необходимости самого лечения ОАП. Так, несколько лет назад (2004) было опубликовано исследование, где авторы обсуждали, является ли ОАП патологией или возрастной нормой (и, таким образом, не нуждается в лечении).

Традиционное представление об ОАП заключалось в следующем: артериальный проток у недоношенных детей сокращается недостаточно быстро, первые несколько дней жизни ребенка функционирование протока не столь важно, так как шунт двунаправленный или сброс идет справа налево вследствие легочной гипертензии, только спустя определенное время увеличивается лево-правый шунт. Позвольте теперь продемонстрировать значение клинических и эхокардиографических признаков ОАП. Мы провели слепое сравнительное исследование диагностики ОАП по клиническим признакам и ЭхоКГ «Клиника vs ЭХО при ОАП» с участием 55 детей весом менее 1500 г (J. Paed. Child Health. 1994; 30: 406-11). Два врача, независимо друг от друга, обследовали детей в первые 7 дней их жизни – один из них контролировал клинические признаки ОАП (наполнение

У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

пульса, усиленный верхушечный толчок и шум), а второй ежедневно оценивал эхокардиографические признаки (диаметр протока более 1,5 мм, значительный лево-правый шунт по доплерографии, отношение левого предсердия к корню аорты более 1,4). В конце недельного наблюдения был проведен анализ результатов.

Как оказалось, большинство детей с гемодинамически значимым ОАП в первые дни жизни не имеют шума. Лишь примерно к 6-му дню 100% детей с ОАП имеют шум. На рисунке 1 представлена динамика изменения диагностической ценности систолического шума как клинического признака ОАП. Итак, мы можем сделать важный вывод о том, что **диагностирование ОАП лишь по клиническим признакам влечет за собой отсрочку в постановке диагноза в среднем на 2 дня** (от 1 до 4 дней).

Практически все характеристики протока могут быть оценены с помощью ЭхоКГ, а именно – наличие открытого протока, степень его сокращения, направление шунта, гемодинамическая значимость протока.

Ранняя постнатальная констрикция ОАП: у здоровых недоношенных детей ОАП закрывается в те же сроки, что и у доношенных (Roller, 1993; Evans, 1990). Проблема недоношенных детей состоит в том, что у них существует широкая вариация сроков закрытия протока.

У здоровых доношенных новорожденных артериальный проток, как правило, закрывается к концу 1-2 суток жизни, но в ряде случаев может функционировать в течение нескольких дней. У недоношенных новорожденных функциональное закрытие артериального протока может происходить в более поздние сроки, причем частота задержки его закрытия обратно пропорциональна гестационному сроку и массе тела при рождении (Wilkinson J.L., 1989).

Было проведено исследование

124 детей, рожденных до 30-й недели гестации, в возрасте 5 часов жизни (Kluskow, 2000). Результаты этого исследования представлены на рисунке 2. Как видно из приведенной диаграммы, на всех сроках гестации существует огромная разница в степенях закрытия протока к этому возрасту.

К 5 часам жизни большинство из них имеет или абсолютный лево-правый шунт (50%), или двунаправленный шунт (42%), и абсолютное меньшинство детей – право-левый шунт или закрытый проток.

В настоящее время известна достоверная обратная связь между диаметром протока и уровнем системного кровотока (Arch Dis Child 2000; 82: 188-194). Выброс правого желудочка (ПЖ) и кровотоков в верхней полой вене (ВПВ) отражают системный кровоток. Персистирование ОАП достоверно связано с низким правожелудочковым выбросом в первые 24 часа жизни (Arch Dis Child, 1996) и с низким кровотоком в верхней полой вене в первые 5 часов жизни (Arch Dis Child, 2000). Также была показана достоверная связь между низким кровотоком в ВПВ и плохим прогнозом (смерть, ВЖК, НЭК, задерж-

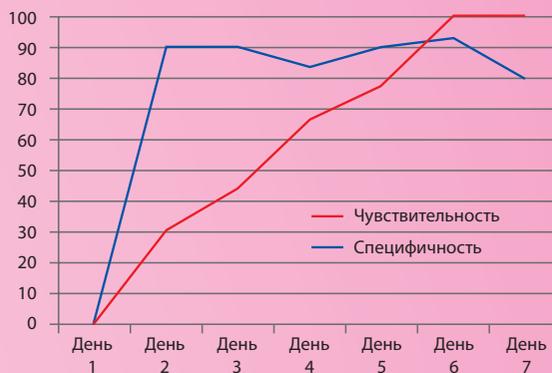


Рисунок 1. Диагностическая значимость шума
(J. Paed. Child Health. 1994; 30: 406-11)

ка развития к 3-м годам) (Pediatrics, 2004).

Как оказалось, у детей с различным диаметром протока кровотоков в ВПВ достоверно отличался к 5-му часу жизни, однако к 48 часам жизни эти отличия нивелировались и были недостоверны (Arch Dis Child, 2000; 82: 188-194).

Таким образом, к моменту постановки диагноза по клиническим признакам (в среднем на 3-й день) уровень кровотока в ВПВ и ПЖ выброс обычно уже хорошо адаптированы к персистированию протока и близки к нормальным значениям. 





Легочный кровоток, в отличие от системного, сложнее измерить при ЭхоКГ. Описано развитие легочного кровотока у 12 из 126 детей с гестационным возрастом менее 30 недель к 38 часам жизни (J Pediatrics, 2000; 137: 68-72).

Таким образом, гемодинамический эффект шунтирования через ОАП на системный кровоток значителен только в ранние часы после рождения. Влияние на легочный кровоток продолжается дольше, но обычно в течение первых 48 часов жизни.

Эхокардиографическим предиктором спонтанного закрытия протока является его ранняя констрикция – степень сокращения диаметра протока к 5-му часу жизни ребенка (J Pediatrics, 2000; 137: 68-72).

Как следует лечить ОАП – медикаментозно или хирургически? Существует только одно документированное исследование по

этому вопросу, опубликованное в 1983 г. (Gersony, 1983). Это исследование показывает, что в группе детей, леченных хирургическим путем, достоверно больше случаев пневмоторакса, значительно больше ретинопатии недоношенных и нет разницы в других клинических исходах. Надо ли применять хирургию после неудачного медикаментозного лечения? Два исследования продемонстрировали развитие острой дисфункции миокарда после лигирования протока вследствие увеличения постнагрузки (Noori et al., 2008; Msnamara et al., in press). Обсервационные исследования указывают на увеличение риска хронических легочных болезней, ретинопатий и, что вызывает наибольшую обеспокоенность, плохих неврологических исходов (Kabra et al., 2007). Я считаю, что существует крайне мало аргументов для использования хирургии в качестве основного метода лечения ОАП.

Сравним возможности индометацина и ибупрофена в лечении ОАП. Несколько исследований показали отсутствие разницы между эффективностью лечения ОАП ибупрофеном и индометацином (Ohlsson et al., Cochrane 2008). Однако нам известно из обсервационных исследований, что ибупрофен меньше влияет на почечную функцию и церебральную гемодинамику по сравнению с индометацином. Существуют некоторые вопросы в отношении влияния ибупрофена на легочную гипертензию и воз-

можность вытеснения им билирубина из связи с альбумином. Тем не менее в клинических исходах между препаратами не обнаружено отличий.

Насколько мне известно, в связи с недостатком экономических ресурсов в России многие врачи используют пероральную форму ибупрофена или индометацин в лечении ОАП. В настоящее время не существует результатов крупных исследований перорального ибупрофена в сравнении с пероральным индометацином, есть только небольшие рандомизированные клинические исследования с участием не более 36 пациентов (Fakhraee et al., 2007, Aly et al., 2007, Chotigeat et al., 2003). Результаты этих исследований показали равную эффективность этих двух препаратов, степень закрытия ОАП варьировала от 50 до 100%. Есть некоторые сообщения о развитии нежелательных эффектов такой терапии – зарегистрирован случай гастроинтестинальной перфорации (Tatli et al., 2004) и острой почечной недостаточности (Erdeve et al., 2008). Пока не существует достаточных доказательств безопасности применения этих форм препаратов, и они не зарегистрированы к применению по этим показаниям у недоношенных детей.

И, наконец, один из наиболее важных вопросов – когда необходимо начинать лечить ОАП? Существуют 3 стратегии лечения – лечение симптоматическое (лечение применяется при появлении симптомов ОАП), лечение раннее специфическое (лечение применяется перед появлением клиники и после периода наблюдения за протоком) и профилактическая стратегия. К сожалению, невозможно в полной мере оценить эффективность первых двух стратегий – нет доказательств, что эти стратегии лечения улучшают исходы, часто эти исследования проведены с различным дизайном, не пригодным для сравнения и оценки, при раннем специфическом лечении часто вмешательство проводилось недостаточно рано (обычно на 3-й день). ➡

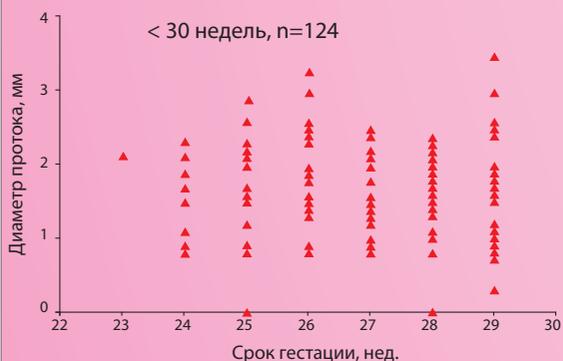


Рисунок 2. Диапазон констрикции протока к 5 часам жизни в зависимости от гестационного возраста
(J Pediatrics, 2000; 137: 68-72)

Педеа®

Ибупрофен для внутривенного введения – 5 мг/мл



*Для медикаментозного закрытия открытого
артериального протока у недоношенных новорождённых*

Информация для специалистов здравоохранения. Рег. № МЗ РФ: ЛСР-008162/05 от 16.10.2008.

ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ»: ул. Шаболовка, 10, корп. 2, Москва, Россия, 119049
т.: (495) 933 5511, 502 1626, ф.: (495) 502 1625, www.nycomed.ru



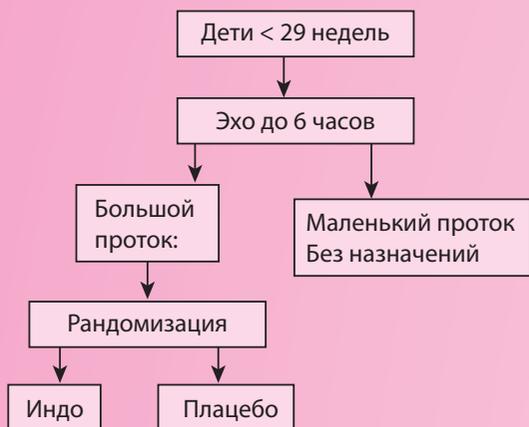


Рисунок 3. Дизайн исследования профилактического применения индометацина у детей с повышенным риском неблагоприятных исходов ОАП (DETECT)

Профилактическое применение препаратов – единственная из стратегий лечения, показавшая убедительное влияние на исходы терапии. Профилактическое применение индометацина изучено в 19 исследованиях, где участвовало 2872 ребенка (Fowlie et al., Cochrane 2009). В этих исследованиях показано статистически достоверное уменьшение частоты случаев обширных ВЖК, поздних персистирующих ОАП и случаев лигирования ОАП, а также массивных легочных кровотечений. При этом не отмечено влияния на такие исходы, как смертность, НЭК, хронические легочные заболевания и неврологические нарушения. Профилакти-

ческое применение ибупрофена описано в 8 исследованиях, в которых рандомизированы 869 детей (Cochrane review, Ohlsson et al., 2009). В этих исследованиях продемонстрировано уменьшение частоты инцидентов поздних ОАП и случаев лигирования ОАП. Однако при этом не отмечено влияния такой терапии на частоту ВЖК, смертность, НЭК, хронические легочные заболевания. Частота неврологических нарушений здесь не оценивалась. Одно из таких исследований (Gournay et al., 2004, Франция) вызвало особенно широкое обсуждение в связи с необходимостью прервать его раньше времени после развития у 3 детей легочной гипертензии через час после введения ибупрофена. До сих пор остается неясным, связаны ли эти инциденты непосредственно с действием ибупрофена. Нарушение процесса закрытия протока к первым 5 часам жизни может определять необходимость применения терапии и дальнейшие исходы. Отсутствие достаточной констрикции протока в эти часы повышает риск внутрижелудочковых кровоизлияний и легочных кровотечений. Возможно, именно эта группа детей в первую очередь нуждается в лечении для профилактики неблагоприятных исходов. Сейчас в нашем медицинском центре мы проводим ис-

следование с целью выявления эхокардиографических критериев необходимости профилактического применения индометацина у детей с ОАП.

На рисунке 3 представлен дизайн этого исследования. До 6 часов мы проводим ЭхоКГ и, если проток достаточно хорошо сузился, мы ничего не делаем. Если проток все еще широк, таких детей мы рандомизируем на группы, получающие плацебо и индометацин, затем проводим анализ исходов в обеих группах. Это исследование пока не закончено, поэтому результаты представлять еще рано.

В заключение хотелось бы еще раз осветить основные затронутые сегодня вопросы.

Как диагностировать? Развитие клинических признаков ОАП указывает на наличие протока слишком поздно. Неонатологи должны обучиться делать эхокардиографию, так как именно она является скрининговым методом диагностики ОАП. Гемодинамически значимый ОАП часто очень рано влечет за собой неблагоприятные исходы.

Когда лечить? Пока твердого ответа на этот вопрос у нас нет. Все рассмотренные здесь терапевтические стратегии (симптоматическое лечение, терапия по ЭХО-признакам, профилактическое лечение в группе высокого риска) имеют хорошие данные по безопасности, однако не имеют убедительных доказательств преимуществ.

Как лечить? Как видно из представленных данных, медикаментозное лечение предпочтительнее хирургического. Оба применимых в данном случае препарата – ибупрофен, и индометацин – обладают сходной эффективностью при закрытии ОАП. Ибупрофен при этом имеет меньше краткосрочных побочных эффектов. Хирургическое лечение мы используем только у детей, имеющих сразу 3 критерия: зависимость от ИВЛ, неэффективность двух курсов медикаментозного лечения, наличие ЭХО-признаков гемодинамически значимого ОАП. В нашем отделении всего лишь 2% протоков подвергаются хирургическому лигированию. 



Материал подготовила О. Татаренко

Специализированный раздел выставки
INTERCHARM professional



22–24 апреля 2010 г.
Москва, МВЦ «Крокус Экспо»



Здоровье и красота

- + Лечебная косметика
- + БАД
- + Витамины
- + Медицинские аппараты
- + Продукты здорового питания
- + Средства гигиены
- + Anti-ageing косметика

Организатор выставки

Reed  SK

Участие в выставке – тел.: (495) 662-7101, (495) 937-6861
E-mail: intercharm@reedexpo.ru • www.intercharm.ru

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»

В рамках образовательного проекта «Здоровье» 3 марта 2010 г. в Самаре состоялась научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в педиатрии». Более 200 врачей из всех районов области собрались, чтобы принять участие в обсуждении докладов своих коллег и обменяться опытом. Организаторами мероприятия выступили Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области и компания «Медфорум».

Работу научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в педиатрии» открыла **Л.И. Каткова**, доктор медицинских наук, главный консультант управления организации медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области: «Вопрос фармакотерапии требует пристального внимания, особенно в условиях кризиса. В каждом лечебном учреждении должен быть формулярный перечень, согласно которому врачи будут использовать те или иные медикаментозные препараты. Например, применять оригинальные препараты или дженерики».

«Педиатрической службе региона удалось снизить смертность управляемых инфекций, прежде всего болезней органов дыхания. Если раньше в структуре младенческой смертности они занимали 5,3%, то по данным 2009 года – 1,8%. Та-

кая же ситуация с инфекционными заболеваниями. По сравнению с 2008-м, когда смертность от данных заболеваний составляла 4,3%, в 2009 году снизилась до 1,8%, – отметила **Л.И. Каткова**.

В рамках работы научной секции «Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии» свои доклады представили: **Т.И. Коганова**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии ИПО СамГМУ «Становление функции системы пищеварения на первом году жизни», **В.Ф. Приворотский**, д.м.н., профессор, СПб МАПО «Лямблиоз у детей: проблема диагностики и выбора терапии», **Е.С. Гасилина**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских инфекций СамГМУ «Кишечные инфекции у детей».

По словам **М.Ю. Бажминой**, доцента кафедры фармакологии СамГМУ, коррекция дисбиоза кишечника при инфекционных заболеваниях у детей, клиническая фармакология и фармакотерапия являются наименее изученными разделами детской гастроэнтерологии, интенсивно развивающимися направлениями современной педиатрии в последнюю четверть ушедшего столетия. Несмотря на достижения в изучении особенностей этиологии, патогенеза, клинических проявлений, диагностики многих болезней органов пищеварения в детском возрасте, успехи в лечении и профилактике (речь идет о третичной профилактике) более чем скромны, что вызывает у многих и их лечащих врачей не всегда оптимистические умонастроения. Причин как объективного, так и субъективного характера, надо

полагать, существует немало.

«В структуре болезней органов пищеварения гастрит составляет 35%, а среди заболеваний желудка – 80-85%. Конкретной статистики нет, поскольку у многих гастрит может протекать без жалоб или же пациент не обращается к врачу. Считается, что гастритом болеют около 50% взрослого населения, в малоразвитых странах эта цифра приближается к 100%. Детский гастрит стоит на четвертом месте в структуре заболеваемости», – заметила **А.В. Аронова**, доцент кафедры педиатрии ИПО СамГМУ.

По мнению американских ученых, заболевает ребенок гастритом или нет, во многом зависит от социально-бытовых условий его жизни. В США был проведен эксперимент, показавший, что при хорошем семейном доходе риск развития гастрита у ребенка значительно снижается. Дело в том, что в таких семьях дети и родители имеют возможность правильно питаться и заниматься собой. Все эти вопросы также обсуждали в первой секции конференции.

Вторая научная секция была посвящена вопросам детской аллергологии и иммунологии.

И.Н. Холодова, профессор кафедры госпитальной педиатрии Московского факультета РГМУ, представила доклад «Новые возможности повышения качества здоровья часто болеющих детей». «По данным Минздрава, болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков. Большую их часть составляют острые инфекционные заболевания. Наиболее ча-



Более 200 врачей из всех районов Самарской области собрались на научно-практическую конференцию «Рациональная фармакотерапия в педиатрии»

В САМАРЕ

сто ими болеют дети раннего возраста, и основная часть смертности от острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) связана с пневмониями у детей первых лет жизни», – констатировала **И.Н. Холодова**.

Теоретические аспекты, касающиеся этиологии, патогенеза и эпидемиологии ОРВИ, общеизвестны. Но прикладные вопросы – от терминологии до объема лечебных мероприятий – до настоящего времени во многом остаются несогласованными.

«Альтернативные методы терапии ОРВИ, осложненных бронхитом, у детей» обсуждались во время доклада **Г.В. Санталовой**, профессора кафедры детских инфекций СамГМУ. «В Российской Федерации от пневмонии ежегодно умирает около 1000 детей. ОРВИ – этиологически разнородная группа инфекций со сходными клиническими характеристиками в виде воспаления слизистых оболочек респираторного тракта. Среди них выделяют острые заболевания верхних (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит) и нижних (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония) дыхательных путей. Важно также различать внебольничные и госпитальные инфекции, так как этим определяется спектр патогенных возбудителей», – отметила **Г.В. Санталова**.

По словам профессора, чаще всего (9%) острые респираторные инфекционные заболевания имеют вирусную природу, реже (обычно как осложнение вирусных инфекций) – бактериальную. В ряде случаев они могут быть обусловлены атипичной флорой (микоплазмы, хламидии, легионеллы), пневмоцистами, редко – грибковой. Для типичных инфекций нижних дыхательных путей характерно острое начало с выраженной лихорадочной реакцией, интоксикацией, кашлем. Для инфекций, вызванных атипичными возбудителями, характерно подострое малосимптомное начало с

нормальной температурой, отсутствием интоксикации, конъюнктивитом (приблизительно в половине случаев), сухим навязчивым коклюшеподобным кашлем, обильными хрипами в легких. Этиологическая значимость внутриклеточных возбудителей (хламидий, микоплазм) в последнее десятилетие возросла до 25-40%.

Завершилась вторая секция докладом **А.В. Кудрявцева**, к.м.н., старшего научного сотрудника лаборатории иммунопатологии у детей, ММА им. И.М. Сеченова «Современный взгляд на атопический дерматит у детей и подростков: вопросы классификации, диагностики и лечения. Осложненные формы атопического дерматита», а также выступлением **Н.Б. Мизгачева**, доцента кафедры педиатрии ИПО СамГМУ с докладом «АР и аденоидные вегетации у детей».

По данным сборника ЮНИСЕФ «Дети России-2009», численность детей в России стремительно убывает. Если население страны уменьшилось в 1995-2008 гг. с 148,5 млн человек до 142 млн, то количество детей сократилось в 1,45 раза – с 38 млн до 26,1 млн. Сейчас педиатры могут уделить юным пациентам больше внимания. В 1995 г. на каждого приходилось по 400 детей, в 2008-м – более 300, что соответствует мировым стандартам. Однако прирост рождаемости в последние годы (1,3 млн в 2000 г., 1,7 млн – в 2008-м) не вызвал адекватного роста детской инфраструктуры – создания современных профилактических и диагностических центров, строительства необходимого числа детских образовательных и досуговых учреждений.

На мероприятии было рассказано о программе непрерывного профессионального образования медицинских работников, которая в конце прошлого года стартовала в Самарской губернии. Согласно программе, за конференцию каждый присутствующий на ней врач получит определенное количество баллов. Баллы в течение 5 лет, от



Доклад «Кишечные инфекции у детей» представила д.м.н., профессор Е.С. Гасилина, Самарский государственный медицинский университет

аттестации до аттестации, будут собираться. Например, западные врачи в течение 5 лет должны «заработать» около 250 баллов, т.е. за год нужно набрать 50. В Самарской губернии система непрерывного профессионального образования только внедряется, и цифры пока ниже. Получить баллы можно, посещая конференции, пользуясь электронной медицинской библиотекой, проводя мастер-классы по специальности, публикуя научные статьи в местных и центральных изданиях. Кроме того, если врач будет набирать нужное количество баллов, то это будет поощряться деньгами. Все эти меры направлены на повышение уровня образования врачей, на заинтересованность в новых знаниях и внедрения их в свою работу. В целом конференция оправдала надежды организаторов. Свободных мест в зале не было. Доктора, получив новые знания, отправились применять их на практике. Пока такие встречи нерегулярны, однако Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области пообещало, что очень скоро научно-практические конференции для медицинских работников станут привычным явлением. 

Материал подготовила региональный корреспондент журнала «Эффективная фармакотерапия в педиатрии» в Самаре Анастасия Бардина

Наталья Петровна Крекова: «За жизнь»

Четверть века назад Наталья Петровна Крекова окончила Кемеровский медицинский институт. Там же прошла клиническую ординатуру. Сегодня она – врач высшей категории, занимает должность заместителя главного врача детской клинической больницы № 2. Работу практикующего врача активно совмещает с административной работой. Она является главным внештатным специалистом по педиатрии в департаменте здравоохранения Кемеровской области, отвечает за работу педиатрической службы области. Круг ее деятельности включает рассмотрение жалоб и обращений граждан и решение вопросов оказания медицинской помощи за пределами области. Она также отвечает за проведение диспансеризации, вакцинопрофилактики, организацию летней оздоровительной кампании, занимается вопросами снижения медицинской смертности и др. Наталья Петровна организует и проводит научно-практические конференции для педиатров области и сама выступает с докладами на актуальные темы педиатрии: вакцинопрофилактика, атопический дерматит, поливитамины в деятельности врача-педиатра и т.д. В планах одной из ближайших конференций – доклад о модели создания отделения восстановительного лечения на базе городской поликлиники.



Наталья Петровна, скажите, пожалуйста, как удается совмещать такие разные сферы деятельности?

Я думаю, вся моя работа тесно взаимосвязана. Как практикующий врач, я консультирую, выезжаю на осмотр тяжелых детей, участвую в постановке диагноза и решаю вопросы о необходимости госпитализации. И именно мой практический опыт помогает мне в административной деятельности. Той же цели – заботе об оздоровлении юных кузбассовцев – служит и моя научная работа на кафедре детских болезней педиатрического факультета Кемеровской медицинской академии совместно с профессором Юрием Ивановичем Ровдой. Научная работа проводится и на базе нашей поликлиники, признанной, по мнению экс-заместителя министра здравоохранения Шараповой, одной из лучших в России. Совместно с кафедрой проводится обследование школьников Кировского района города Кемерово с 15-17 лет; в результате чего выявлено 15% детей, страдающих ожирением и 21% – гипертонией. Разработаны программы профилактики заболеваний, наблюдения и лечения детей.

Наталья Петровна, как в Кузбассе представлена педиатрическая служба?

В городах Кузбасса проживают 87% жителей области, в селах – 13%. Общая численность детского населения – 536 355 чел. В области функционируют 3 681 детская койка, показатель на 10000 детского населения составляет 68,6. Специализированных хирургических коек в области – 284, детских инфекционных коек – 894. Структура коечного фонда достаточна для оказания экстренной и неотложной помощи в области. Медицинская помощь населению оказывается двенадцатью детскими городскими больницами, 133 детскими поликлиниками, двумя перинатальными центрами. Функционируют детские койки в областной больнице. В Центре шахтеров (г. Ленинск-Кузнецкий) и в Кардиологическом центре федерального значения открыты детские и подростковые койки. Структура кардиологической службы в Кемеровской области представлена амбулаторно-поликлинической сетью в городах области, 15 койками в областной больнице, детскими койками в г. Кемерово и г. Новокузнецке. Также в Кузбассе не первый год

существует так называемый «Губернский поезд», благодаря которому консультации специалистов и помощь могут получить жители самых отдаленных уголков области. Поезд оснащен всем необходимым диагностическим и лабораторным оборудованием, в его работе принимают участие самые разные специалисты. Сейчас в областном центре завершается строительство нового перинатального центра. Он будет оснащен по самым современным методикам. Для улучшения вопросов реабилитации и оздоровления в 2002 г. открыты два центра при областной больнице – Эпилептоидный детский центр и детские койки в Центре сахарного диабета. В 2004 г. открыт кардиологический центр при областной больнице, и введена должность главного внештатного специалиста. Достижением и гордостью последних лет является открытие в 2001 г. Диабетологического областного центра, действующего на базе областной больницы, в составе которого работает кабинет детского эндокринолога. Через Диабет-центр дети обеспечиваются инсулиновыми шприц-ручками, иглами, новыми видами инсулинов.

каждого ребенка боремся плечом к плечу»

На территории области работают десять школ сахарного диабета для детей и подростков, ежегодно 300-400 детей проходят обучение в этих школах. За три года уменьшились специфические осложнения сахарного диабета: катаракта – на 3%, диабетические полинейропатии – на 6,7%, ретинопатии – на 5,2%.

Кузбасская педиатрическая служба сегодня – это профессионализм, стремление к совершенствованию отрасли, деловой и организационный подход к решению проблем.

Как в регионе обстоит ситуация с младенческой смертностью?

Благодаря последовательным мероприятиям как на федеральном, так и на региональном уровне, удалось добиться улучшения основных показателей деятельности службы:

- повысилось качество медицинской помощи женщинам и детям;
- снизилась материнская, детская смертность и детская инвалидность;
- увеличилась рождаемость.

На протяжении последних трех лет в Кемерово сохраняется устойчивое последовательное снижение уровня младенческой смертности. Так, в 2007 году показатель составил 9,6 (самый высокий показатель младенческой смертности был 20,8 на 1 тысячу родившихся в 1999 году), что соответствует общероссийским показателям, в 2008 г. – 8,6‰. Снижение показателя обусловлено работой двух перинатальных центров: областного и зонально-технического переоснащения учреждений родовспоможения и детства, введением мониторинга за младенческой смертностью на территориях, слаженная работа амбулаторно-поликлинического звена и стационарной помощи. Немаловажно значение ведения технологий поддержания грудного вскармливания, системы совместного пребывания матери и ребенка. Современная дыха-

тельная аппаратура в сочетании с уникальной технологией использования искусственных сурфактантов (например, применение препарата Куросурф) при респираторном дистресс-синдроме у новорожденных.

Действующая система транспортировки больных новорожденных позволяет оперативно доставить их из любого населенного пункта области в перинатальные центры, где им оказывается высокопрофессиональная медицинская помощь. Для этого в области созданы и работают три выездные неонатальные выездные бригады на специализированных реанимобилях для транспортировки и оказания помощи новорожденным и беременным женщинам.

Какова картина заболеваемости дошкольников и школьников в области?

Состояние здоровья детей и подростков остается одной из серьезных проблем. Несмотря на некоторую стабилизацию и по некоторым нозологическим формам (детский церебральный паралич, анемия, травмы) снижение заболеваемости, имеется тенденция к росту такой патологии, как заболевание органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата.

Ранговое значение по видам заболеваемости остается стабильным многие годы: на первом месте у детей до 14 лет – заболевания органов дыхания, на втором месте – инфекционные заболевания и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Для подросткового периода характерен рост такой патологии, как болезни глаз и придаточного аппарата, рост психических расстройств, заболеваний центральной нервной системы, эндокринных расстройств.

Какие изменения произошли, на Ваш взгляд, в этой ситуации в последние годы?

Несмотря на рост заболеваемости

по отдельным видам нозологии (заболевания желудочно-кишечного тракта, ортопедической патологии и т.д.) в целом по области имеет место снижение общей и первичной заболеваемости у детей и подростков (показатель у детей – 2273,1 в 2007 году на 1000 детского населения, в 2008 году – 2244,8; у подростков – 1228,7 на 1000 детского населения в 2007 году и 1167 в 2008 году на 1000 детского населения).

Как обстоит дело с питанием детей?

В Кемеровской области в 2007-2008 гг. число детей первых двух лет жизни, подлежащих бесплатному обеспечению молочными продуктами детского питания, составляло 15 930 человек, социальную поддержку получили 95% семей. Согласно распоряжению губернатора, бесплатное питание выдается семьям, имеющим детей и находящимся в трудной жизненной ситуации с низким прожиточным уровнем.

В области сейчас работает 18 молочных кухонь и цех по выпуску специализированных продуктов детского питания Кемеровского комбината молочных продуктов. Одной из лучших молочных кухонь по Кемеровской области признана молочная кухня города Прокопьевска, где изготавливают 10 спецификаций молочных про-



На приеме у педиатра в детской клинической больнице №2 г. Кемерово



В детской клинической больнице № 2 г. Кемерово

дуктов для детей от года до трех лет. В области принято решение о кормлении детей первого года жизни только адаптированными смесями.

Как решается вопрос о здоровом питании школьников?

В области работает губернаторская программа «Питание детей школьного возраста». Медицинские работники рады, что данный вопрос сегодня решается. Хотя горячее питание получают сегодня еще не во всех школах, но с каждым годом образовательных учреждений, где дети питаются правильно, становится все больше.

Вакцинопрофилактика – один из неперенных атрибутов современного здравоохранения. Какая работа ведется в регионе в этом направлении?

К сожалению, пока у нас нет региональных национальных проектов вакцинации, куда введены все действующие современные вакцины – и отечественные, и импортные. Знаю, очень удачно такая работа ведется в Москве и Екатеринбурге. Мы придерживаемся национального календаря прививок, на эти цели получаем федеральные деньги. Также часть денег выделяется местным бюджетом.

Кроме того, есть частные лечебные учреждения, такие как кемеровская клиника «Ваш доктор»,

которые имеют все современные вакцины.

Сложно переоценить значение диспансеризации в вопросе ранней диагностики и лечения детей. Как проводятся профилактические осмотры среди юных кузбассовцев?

В апреле 2002 года в области была проведена всероссийская диспансеризация, в ходе которой было осмотрено 653 302 ребенка. Были выявлены дети с хронической патологией – 57,4%. В подростковом возрасте у 60% детей была выявлена хроническая патология. Для улучшения положения и проведения оздоровления и реабилитации детей были реструктурированы стационарные койки под дневные стационары и стационары на дому, открыты санаторные койки. Проводится диспансеризация в последующие годы: это диспансеризация детей первого года жизни, детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Появилась необходимость дальнейшей реорганизации медицинской помощи. Начинают открываться в ЛПУ Кемеровской области отделения восстановительного лечения; межвузовские поликлиники (чтобы улучшить качество и своевременность оказания помощи подросткам), открываются ОВП (врачебные практики в районах, удаленных от центра города или села). Усилено внимание к подготовке кадров (отоларингологов, офтальмологов, урологов, андрологов, неврологов и т.д.) через систему интернатуры, ординатуры в Кемеровской медицинской академии и Новокузнецком ГИДУВе. Широко привлекаются к работе психологи, социальные педагоги. К 10 декабря 2009 года мы закончили диспансеризацию детей-сирот и посмотрели более 13 тысяч детей, выполнив план на 105%.

Наталья Петровна, расскажите, пожалуйста, как кузбасские педиатры сотрудничают с коллегами из других регионов?

Мы работаем совместно с новосибирскими, томскими

коллегами, да, пожалуй, со всем Сибирским регионом. Несколько раз в год у нас проводятся курсы повышения квалификации, на которые традиционно приезжают специалисты из Новосибирска. Кроме этого, мы регулярно проводим научно-практические конференции – не только по региону, но и межрегиональные. Так, в ноябре этого года проводилась межрегиональная конференция с привлечением специалистов из Москвы. Кроме того, в последние годы мы стали приглашать врачей Новосибирска и Москвы для проведения консилиумов в случаях с тяжелыми нетранспортабельными пациентами.

Мы активно сотрудничаем с другими регионами и в плане лечения детей. Регулярно отправляем наиболее тяжелых пациентов Москву и Санкт-Петербург. Прежде всего это дети с врожденными пороками сердца.

Совсем недавно открыт Печеночный центр в г. Кемерово (ГКБ № 3) и г. Новокузнецке (ГДКБ № 4). Но и в Кузбасс приезжают юные пациенты из других территорий. Дети по квотам поступают в наш Кардиоцентр, а дети с травмами попадают в Ленинск-Кузнецкий Центр здоровья шахтеров и Прокопьевский травматолого-ортопедический центр. В областной больнице лечатся дети с тяжелыми заболеваниями крови, суставов, патологиями желудочно-кишечного тракта и почек.

Мы работаем не только с российскими партнерами. В тот же Кардиоцентр, ГКБ № 2, Центр шахтеров приезжают немецкие и английские коллеги, которые проводят совместные операции. И сейчас наши врачи учатся за границей. В Прокопьевске травматологи-ортопеды проводят самые сложные операции совместно с немецкими коллегами.

А как идет пропаганда здорового образа жизни прежде всего среди детей и подростков?

В области создан областной центр профилактики, который координирует всю работу. Работает

организационно-методический отдел.

Областной центр медицинской профилактики проводит обучение и воспитание подростков по таким направлениям, как профилактика табакокурения, алкоголизма, наркомании, половое воспитание и профилактика венерических заболеваний и др. В каждом городе у нас создан отдел профилактики, есть и областной отдел. Благодаря их работе, выступлениям на концертных площадках, листовкам и буклетам, я считаю, мы неплохо оснащены. В ЛПУ области регулярно проводятся лектории для родителей на актуальные темы, такие как профилактика гриппа, например, а в ходе европейской недели иммунизации, мы рассказывали о новых препаратах для вакцинации, распространяли методическую литературу по области, выступали в СМИ. Дни открытых дверей проводились в ЛПУ для родителей и детей, где читались лекции по здоровому образу жизни.

Основная задача, стоящая перед нами, – это решение кадрового вопроса. В области недостаточно узких специалистов: отоларингологов, неврологов, хирургов, урологов, реаниматологов, врачей-анестезиологов и т.д. Повторюсь, что усилено внимание к подготовке кадров, переквалификации врачей-педиатров, терапевтов, стоматологов в одногодичной интернатуре или ординатуре на бюджетной основе при предоставлении ходатайств с места работы.

С выпускниками медакадемии заместитель начальника департамента по детству и родовспоможению и главный педиатр области знакомятся на 5-6-м курсах, проводится работа, в ходе которой выпускники знакомятся с территориями, где нужны специалисты; готовится встреча на базе Медакадемии с представителями ЛПУ, где выпускникам предлагаются места, на многих территориях предоставляются квартиры на льготных условиях или временное жилье.

Другая важная задача – это повышение уровня знаний,

практических навыков, квалификации. Мы начали ее решать: проводим обучающие курсы семинары, т.е. выезд специалистов профессорско-преподавательского состава с лекциями, обзорами с обучением практическим навыкам (неонатологии, анестезиологии, реаниматологии) в сельских районах, в городах области с маломощными стационарными койками для детей. Созданы у нас межрайонные центры, которые принимают на себя более тяжелых детей. Также основными задачами являются:

- реализация основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье»;
 - сохранение потенциала, имеющегося в лечебно-профилактической сети педиатрических учреждений и принятие мер по увеличению объема профилактических мероприятий, в том числе на дорожном этапе, усиление внимание к проведению диспансеризации детей, особенно в сельской местности, с последующим обеспечением доступности оказания лечебно-профилактической реабилитационной помощи;
 - продолжение осуществления дальнейшей реструктуризации амбулаторно-поликлинической стационарной помощи детям на основе укрепления специализированных служб, интенсификации диагностического лечебного процесса, широкого внедрения стационарзамещающих технологий, использование телемедицинских компьютерных технологий, развития реабилитационно-восстановительных учреждений, прежде всего для детей-инвалидов, внедрение современных реанимационных технологий на базе учреждений родовспоможения и детства;
 - продолжение работы по вакцинопрофилактике, для чего необходимо обеспечить полный охват детей профилактическими прививками в соответствии с национальным календарем прививок.
- Кроме того, необходимо дальнейшее усиление межведомствен-

ного взаимодействия по предупреждению беспризорности, безнадзорности, наркомании, табакокурения и алкоголизма среди детей, активизация мероприятий по профилактике социально значимых болезней: туберкулеза, ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем.

Чем по праву могут гордиться педиатры Кузбасса?

Прежде всего, снижением младенческой смертности до показателей по РФ – 8,6‰, открытием перинатального центра в Кемерове и зонального в Новокузнецке, работой трех реанимационных машин для новорожденных, которые осуществляют транспортировку тяжелых новорожденных из родильных домов или больниц в высокотехнологичные городские и многопрофильные больницы области.

Здесь же стоит отметить открытие Кардиологического центра, Центра муковисцидоза, Диабетического центра и Центра по эпилепсии на базе областной больницы.

Кроме того, в области создана система оказания хирургической помощи новорожденным с врожденными пороками развития, следствием чего стало снижение летальности в послеоперационном периоде до 22%. 

Интервью подготовила региональный корреспондент журнала «Эффективная фармакотерапия в педиатрии» Ольга Титович, Кемерово

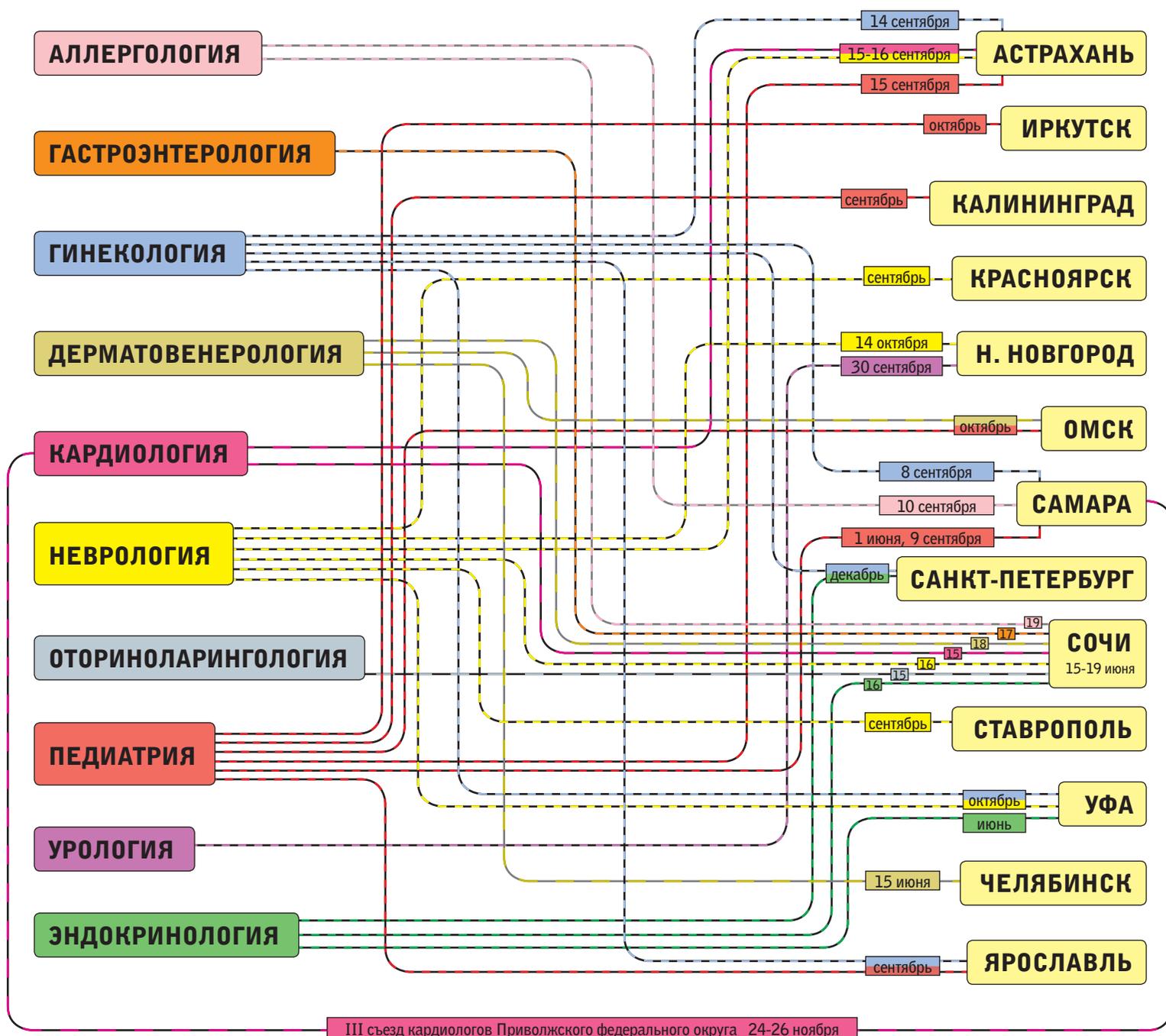


Юные жители Кузбасса получают качественную медицинскую помощь

Образовательный проект «Здоровье»

план региональных научно-практических конференций

II полугодие 2010 г.





Флуимуцил®
Избавьтесь от кашля. Дышите свободно.

Флуимуцил® выводит мокроту и избавляет от кашля.
Флуимуцил®. Живите полной жизнью!

Флуимуцил® 600 мг — взрослым, 1 раз в день, водорастворимые шипучие таблетки.
Флуимуцил® 200 мг — детям, 2—3 раза в день, гранулы для приготовления раствора.



Представительство АО «Замбон С.п.А.» (Италия) в России:
Россия, 119002, Москва, Глазовский пер., 7, офис 17.
Тел.: (495) 933-38-30, 933-38-32. Факс: (495) 933-38-31. www.zambon.ru

Zambon

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.



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

