

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ 2

2011

педиатрия

Люди. События. Даты

III Конгресс педиатров стран СНГ
«Актуальные вопросы детского
здоровья»

Кишечные инфекции

Энтеросорбенты в комплексной
терапии кишечных инфекций

Атопический дерматит

Эффективность комбинированных
препаратов при дерматите,
осложненном вторичной инфекцией

Медицинский форум

Диагностика аллергических
заболеваний

Муколитики в педиатрии



XIII



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МАКМАХ/ЕССМІD

ПО АНТИМИКРОБНОЙ / 18•20 мая / / 2011•Москва / ТЕРАПИИ

Гостиница «Космос»,
проспект Мира, 150 (ст. м. ВДНХ)



ОРГАНИЗАТОРЫ

Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии
и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)

Европейское общество по клинической микробиологии
и инфекционным болезням (ЕССМІD)

НИИ антимикробной химиотерапии

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

Гостиница «Космос», г. Москва, пр-т Мира, 150 (ст. м. ВДНХ)



Российская неделя здравоохранения



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

5-9 декабря 2011

Центральный выставочный комплекс
«Экспоцентр»,
Москва, Россия

www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Выставка проводится под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

Научно-практическая конференция

«Проблемы развития и охраны здоровья детей»

17 июня 2011 года, Сочи

ул. Театральная, 2, Государственный Зимний театр

Вопросы для рассмотрения:

- ◆ Диагностика и лечение различных клинических вариантов вегетативных расстройств у подростков
- ◆ Инфекционные проблемы верхних и нижних дыхательных путей у подростков
- ◆ Современные подходы к лечению ЛОР-органов у детей
- ◆ Эффективная и безопасная терапия аллергического ринита
- ◆ Кашель у подростков. Дифференцированная диагностика и лечение
- ◆ Новые методы диагностики и лечения туберкулеза у подростков
- ◆ Пневмония у детей: диагностика и лечение
- ◆ Лечение и профилактика ОРВИ и гриппа в условиях детской поликлиники. Симптоматическая терапия
- ◆ Атопический дерматит у подростков. Особенности течения, дифференциальная диагностика. Основные направления лечения заболевания
- ◆ Профилактика простудных заболеваний. Дифференцированный подход к приему витаминно-минеральных комплексов
- ◆ Нарушения развития у детей подросткового возраста. Взгляд эндокринолога
- ◆ Острые кишечные инфекции: от эпидемиологии до лечения
- ◆ Остеопороз. Новые возможности лечения
- ◆ Вопросы вакцинопрофилактики в подростковом возрасте
- ◆ Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии
- ◆ Пищевая аллергия и непереносимость у новорожденных и детей первого года жизни: все ли мы знаем?

Тел.: (495) 234-07-34 (доб. 182), 8-926-530-97-78

e-mail: belova@webmed.ru



Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. 2/2011

**Генеральный директор
издательского дома
Группы компаний «Медфорум»**
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
В. ЛОПАТКИНА
(medbiz@webmed.ru)

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА
Выпускающий редактор
Т. ЗОРНИНА

Медицинский редактор
Л. ГОЛОВИНА

Журналист
Н. ПРОКОПОВИЧ

Дизайн-концепт
Е. ГУРОВ

Дизайнер
Т. АФОНЬКИН

Корректоры
М. ПАНФИЛОВА, Е. САМОЙЛОВА

Фотосъемка
М. БАЛТАБАЕВ, А. ШАНИН,
Д. ЖДАНОВИЧ

Подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ,
В.А. ПЕТЕРКОВА,
Т.Л. КУРАЕВА, И.Н. ЗАХАРОВА,
А.Л. ЗАПЛАТНИКОВ, Н.А. ГЕППЕ,
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА,
И.Я. КОНЬ, Ю.Г. МУХИНА,
А.Г. РУМЯНЦЕВ, С.А. РУМЯНЦЕВ,
Н.П. ШАБАЛОВ

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

Тираж 17 500 экз.

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

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

Содержание

Люди. События. Даты

III Конгресс педиатров стран СНГ «Актуальные вопросы детского здоровья»	4
Проблемы детской гастроэнтерологии	5

Вакцинопрофилактика

А.Б. МАЛАХОВ, М.Н. СНЕГОЦКАЯ, И.А. ДРОНОВ Совершенствование программ вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний в России	7
--	---

Острые кишечные инфекции

Т.В. ГАСИЛИНА, С.В. БЕЛЬМЕР Полимеры растительного происхождения в составе лекарственных препаратов	16
--	----

Атопический дерматит

Е.С. СНАРСКАЯ Коррекция эндотоксемии при атопическом дерматите у детей препаратом Лактофильтрум	20
Е.В. ДВОРЯНКОВА, Р.О. ЖУКОВСКИЙ, И.М. КОРСУНСКАЯ Особенности терапии атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, у детей	24

Заболевания дыхательных путей

Н.А. ГЕППЕ, М.Н. СНЕГОЦКАЯ Лазолван® в лечении кашля у детей	26
С.И. ПЕТРОВА: «Не занимайтесь самолечением!»	32

Медицинский форум

III Всероссийский конгресс по инфекционным болезням Современные подходы к терапии кашля	34
--	----

XV Конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» Диагностика аллергических заболеваний	38
Школа детского аллерголога-иммунолога	46
Муколитики в педиатрии	54

Список литературы	58
-------------------	----



III Конгресс педиатров стран СНГ

Актуальные вопросы детского здоровья

19–20 апреля 2011 г. в Москве прошел III Конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания». Педиатры из Украины, Белоруссии, Казахстана, Литвы, Киргизии, Таджикистана, Узбекистана, Молдавии, Израиля обсудили актуальные вопросы, связанные со здоровьем школьников, с переходом России на мировые стандарты живорождения, а также влияние Чернобыльской аварии на здоровье матерей и их детей.

Научная программа конгресса включала обсуждение успехов и проблем педиатрии в странах СНГ, научно-практических программ Федерации педиатров стран СНГ, вопросов организации медицинской помощи детям, а также новых технологий диагностики и лечения в педиатрической практике, питания и здоровья детей, возможностей перинатальной и неонатальной медицины.

Член Комитета Госдумы по охране здоровья Т.В. ЯКОВЛЕВА (д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ) отметила, что, решая демографическую проблему в стране, важно не только обеспечить высокую рождаемость, но и сохранять жизнь и здоровье каждого ребенка. В этих целях стартует проект глубокой диагностики – пренатальный скрининг. Его задача – выявить заболевание у еще не родившегося ребенка и начать его лечение. Программа позволит довести процент выявления врожденных пороков до 80–90% вместо сегодняшних 25%.

С 2012 г. Россия переходит на международные критерии живорождения. Переход должен быть подготовлен: нужны соответствующая аппаратура, обученный персонал, важно реально научиться выхаживать таких детей. По данным зарубежных коллег, 75–80% таких детей выживают. Но сверхзадача, как было отмечено на конгрессе, – предотвращать преждевременные роды и способствовать рождению как можно большего

числа здоровых малышей. А для этого особое внимание должно уделяться репродуктивному здоровью всего населения.

Политика в области детства – это не только охрана физического здоровья. Сбалансированное, качественное питание, производство экологически чистых игрушек и одежды – это тоже государственная политика. К сожалению, сейчас российский рынок буквально завален сомнительными игрушками. По данным Роспотребнадзора, чуть ли не половина кукол и мягких игрушек опасна для малышей, так как содержание вредных химических веществ в них доходит до 30%! Только один пример: повышенное содержание фенола оказывает негативное влияние на наследственность, поражает печень, почки, действует на кровь, а при большой концентрации приводит к ожогам. Мало того, долгие игры ребенка с такой игрушкой чреваты возникновением онкологических заболеваний. А поскольку малыши все время пытаются пощипать на вкус своих игрушечных друзей, то велика и опасность отравления.

Еще более осторожными следует быть при выборе детского питания. К сожалению, детское питание входит в десятку наиболее часто подделываемых товаров. Современные пираты научились так качественно воспроизводить упаковку и подделывать документы соответствия, что даже специалист на глаз не определит подлинность товара. Поэтому вопросы

сертификации, контроля качества именно детской продукции, работы правоохранительных органов и Роспотребнадзора по недопущению в продажу опасных для жизни детских товаров выходят на первый план.

Директор института педиатрии, акушерства и гинекологии Украины, академик Ю.Г. АНТИПКИН в своем докладе затронул вопросы состояния иммунной системы у лиц, пострадавших во время Чернобыльской аварии. Докладчик подробно рассказал о том, как меняется иммунная система этих людей, какие медицинские мероприятия нужно проводить для их оздоровления.

Ректор Российского государственного медицинского университета (РГМУ) им. Н.И. Пирогова, президент Федерации педиатров стран СНГ Н.Н. ВОЛОДИН отметил, что российским врачам есть чему поучиться у зарубежных коллег, например, выхаживанию детей с экстремально низкой массой тела, потому что украинские педиатры уже три года назад ввели эти критерии.

По мнению Н.Н. Володина, с введением новых критериев живорождения все позитивные показатели снижения младенческой смертности, достигнутые российскими педиатрами, резко снизятся. Он подчеркнул, что опыт украинских врачей обязательно будет учтен при введении новых критериев живорождения младенцев, которые планируется вводить в России с 2012 г. 🌸



Проблемы детской гастроэнтерологии

Актуальные вопросы абдоминальной патологии у детей

На Конгрессе обсуждались научные и практические вопросы, связанные с наиболее интересными и трудными ситуациями в детской гастроэнтерологии, – этиология и патогенез, методы диагностики, консервативного и оперативного лечения заболеваний пищевода, желудка, кишечника, поджелудочной железы и печени у детей. Большое внимание на этом представительном форуме было уделено вопросам питания детей, как больных, так и здоровых. Как специальные на форуме детских гастроэнтерологов были выделены следующие темы: «Актуальные проблемы детской панкреатологии», «Трудный диагноз в детской гастроэнтерологии».

Проводимый в этом году конгресс был посвящен памяти выдающегося педиатра, профессора А.В. Мазурина, члена-корреспондента РАМН, лауреата Государственной премии СССР, заслуженного деятеля науки, участника Великой Отечественной

Этой теме был посвящен XVIII Конгресс детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, состоявшийся в Москве 22–24 марта 2011 года.

войны. За десятилетия служения отечественной медицине А.В. Мазурин разрабатывал многие актуальные проблемы детского здоровья: питание (3 учебных пособия, справочник по детской диететике), нейтропении у детей, состояние сердечно-сосудистой системы при пневмониях и др.

О великих ученых и учителях, о традициях российской гастроэнтерологии и преемственности речь шла и на другом мероприятии этого форума. В рамках конгресса был проведен очередной цикл лекций – Таболинские чтения. Именно при участии и поддержке академика Вячеслава Александровича Таболина в 1996 г. состоялась первая конференция детских гастроэнтерологов России, положившая начало нынеш-

нему ежегодному Конгрессу детских гастроэнтерологов.

Многие участники форума в этом году отметили такую удачную форму подачи выступлений, как интерактивные семинары и разборы клинических ситуаций, посвященные функциональным заболеваниям органов пищеварения.

Среди выступлений зарубежных коллег большой интерес вызвал доклад профессора Лоренцо Мемео (Рим, Италия) «Диагностические ошибки и сложности морфологической диагностики целиакии».

В рамках конгресса работала выставка, на которой участники мероприятия могли ознакомиться с последними достижениями фармацевтической промышленности и оценить вкус новейших разработок детских диетологов. ✨

Телемост педиатров соединил 22 города

Организатором телемоста выступила компания «Сандоз». Лекторы – ведущие педиатры России – находились в специальной студии, а педиатрам в других городах лекции транслировались по Интернету в режиме реального времени, и они могли получить ответы на интересующие их вопросы от профессоров на сайте telemost.medconference.ru.

Тема «Антибиотико-ассоциированные диареи у детей: профилактика и лечение» вызвала у педиатров оживленный интерес. Речь шла о дисбактериозе кишечника, частой причиной которого является применение антибиотиков. Для обозначения комплекса изменений в кишечнике, связанных с дисбактериозом на фоне применения антибиотиков, в зарубежной лите-

Телемост «Простые и сложные вопросы инфекционных заболеваний в практике педиатра», состоявшийся в Москве 1 и 2 марта 2011 года, объединил более 600 специалистов из 22 городов России.

ратуре часто используется термин «антибиотико-ассоциированная диарея» (ААД). Основой профилактики ААД являются рациональная антибиотикотерапия и исключение необоснованных случаев назначения данных средств. Кроме того, в любом возрасте клинически обосновано сочетанное назначение антибиотиков с препаратами-пробиотиками, эффективность которых обеспечивается в первую очередь использованием комбинации штаммов микроорганизмов с доказанной пробиотической активностью.

За два дня работы телемоста участниками было задано более ста во-

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

*Источник:
агентство «Полилог»*



Н.А. ГЕППЕ,
заведующая кафедрой
детских болезней
Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова, профессор,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ

Журнал «Эффективная фармакотерапия. Педиатрия» освещает наиболее современные и эффективные методы лечения детей с различными заболеваниями. Сегодня существует огромный арсенал препаратов с различными механизмами действия. Современный врач любой специальности, а особенно педиатр, должен четко представлять, как действуют различные препараты у детей, какие дозы могут быть использованы, как препараты могут взаимодействовать друг с другом. Хорошо известно, что фармакокинетика и фармакодинамика препаратов отличаются при применении у взрослых и детей. В то же время существует много этических проблем, ограничивающих возможности проведения клинических исследований в педиатрии. Именно поэтому особую важность приобретает обмен клиническим опытом. Большой интерес представляет также лечение редких заболеваний.

Мы стремимся к обсуждению полученных результатов на страницах журнала, к дискуссии по вопросам медикаментозной терапии и др.

Уважаемые читатели! Мы приглашаем вас к участию в диалоге и ждем ваших предложений о том, какие темы в педиатрии интересны, полезны для практики, на какие вопросы вы хотели бы получить ответы.



Совершенствование программ вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний в России

Д.м.н. А.Б. МАЛАХОВ, к.м.н. М.Н. СНЕГОЦКАЯ, к.м.н. И.А. ДРОНОВ

Вакцинопрофилактика является наиболее экономичной и доступной медицинской технологией, позволяющей предупреждать возникновение и распространение инфекционных заболеваний. Ведущие эксперты считают, что по своему воздействию на снижение смертности ничто не оказало такого влияния, как профилактическая вакцинация и чистая питьевая вода [1]. Благодаря массовой иммунизации в конце 1970-х гг. в мире полностью ликвидирована натуральная оспа (что позволило отменить прививку), в большинстве регионов мира – полиомиелит и врожденная краснуха, резко сокращена заболеваемость корью, дифтерией, коклюшем, столбняком, эпидемическим паротитом, существенно снизилась детская смертность от туберкулеза. Национальные календари прививок и программы иммунопрофилактики, существующие в различных странах, постоянно обновляются, что связано с изменяющейся эпидемиологической ситуацией в регионах и мире в целом, совершенствованием системы здравоохранения, созданием новых вакцинных препаратов, а также анализом эффективности и безопасности вакцин, что находит отражение в рекомендациях ВОЗ. Действующий национальный календарь профилактических прививок России был введен с 2002 г. (приказ МЗиСР № 229 от 27.06.2001), в дальнейшем в него были внесены изменения согласно приказам № 27 (от 17.01.2006), № 673 (от 30.10.2007) и № 166 (от 09.04.2009) [2, 3]. Последние изменения введены приказом МЗиСР № 51н от 31.01.2011 [4]. Календарь прививок включает профилактику 11 инфекционных заболеваний (табл. 1) и является основным нормативным

В статье рассматриваются вопросы иммунопрофилактики, комментируется Национальный календарь профилактических прививок – основной нормативный документ, согласно которому реализуются программы иммунопрофилактики, определяются сроки введения вакцин, число необходимых доз, совместимость различных препаратов. Данные доказательной медицины свидетельствуют о безопасности и эффективности современных вакцин для детей и позволяют считать их наиболее значимой медицинской технологией в комплексе первичной и вторичной профилактики.

актом, согласно которому реализуются программы иммунопрофилактики, определяются сроки введения вакцин, число необходимых доз, совместимость различных препаратов и пр. Для выполнения календаря прививок разрешены к использованию как отечественные, так и зарубежные вакцинные препараты, зарегистрированные в РФ. Действующая в настоящее время редакция календаря имеет следующие отличия от предшествующих:

- использование различных схем вакцинации против гепатита В здоровых и детей, рожденных матерями, относящимися к группам риска;
- вакцинация против полиомиелита детей первого года жизни осуществляется инактивированной (первые два введения) и живой (третье введение) вакцинами;
- ежегодная иммунизация против гриппа детей с 6-месячного возраста, подростков, студентов, а также пожилых и взрослых ряда декретированных групп (группы риска);
- разрешение совмещения при нарушении графика всех положенных по возрасту вакцин (использование комбинированных

вакцинных препаратов или одномоментное введение монопрепаратов в разные участки тела), за исключением БЦЖ и БЦЖ-М.

Одним из самых дискутируемых вопросов современного российского календаря является возраст начала вакцинации против гепатита В (ГВ). Массовая вакцинация против ГВ, в том числе новорожденных в первые сутки жизни, проводится с 2002 г., на фоне чего за 9 лет произошло снижение заболеваемости ГВ в России более чем в 15 раз (с 42,1 в 2001 г. до 2,7 в 2009 г. на 100 тыс. населения за 9 месяцев). Во многих странах Европы (Великобритания, Германия, Италия, Франция и др.) вакцинацию ГВ начинают в 2–3 месяца одновременно с вакцинацией против коклюша, столбняка, дифтерии, полиомиелита, и только детям матерей из группы риска первую прививку делают после рождения. В то же время в большинстве стран Восточной Европы (Болгария, Польша, Румыния, страны бывшего СССР), а также в США календарь прививок предусматривает вакцинацию для всех детей в первый день жизни. Сторонники переноса вакцинации на более поздний срок аргументируют это возможным негативным влия-



Таблица 1. Национальный календарь профилактических прививок

Возраст	Новорожденные	3–7-й день	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4,5 мес.	6 мес.	12 мес.	18 мес.	20 мес.	6 лет	6–7 лет	7 лет	14 лет
Гепатит В	ГВ		ГВ				ГВ							
Гепатит В гр. риска	ГВ		ГВ	ГВ				ГВ						
Туберкулез		БЦЖ											БЦЖ	БЦЖ
Дифтерия, столбняк, коклюш					АКДС	АКДС	АКДС		АКДС				АДС-М	АДС-М
Гемофильная инфекция					ХИБ	ХИБ	ХИБ		ХИБ					
Полиомиелит					ИПВ	ИПВ	ОПВ		ОПВ	ОПВ				ОПВ
Корь, эпид. паротит								КПК				КПК		
Краснуха								КПК				КПК		
Грипп											Ежегодно			

■ Вакцинация

■ Ревакцинация

Справка

- Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным в первые 24 часа жизни.
- Вакцинация против вирусного гепатита В детям, не относящимся к группам риска, проводится по схеме 0–1–6 (первая доза – в момент начала вакцинации, вторая доза – через 1 месяц после 1-й прививки, третья доза – через 6 месяцев от начала иммунизации).
- Вакцинация против вирусного гепатита В детям из групп риска проводится по схеме 0–1–2–12 (первая доза – в первые 24 часа жизни, вторая доза – в возрасте 1 месяца, третья доза – в возрасте 2 месяцев, четвертая доза – в возрасте 12 месяцев). Группы риска включают новорожденных, родившихся от матерей: носителей HbSAg, больных вирусным гепатитом В; перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности; не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В; наркозависимых, в семьях, где есть носитель HbSAg, больной острым или хроническим вирусным гепатитом В.
- Вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится новорожденным вакцинами для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М). В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом – проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).
- Ревакцинация против туберкулеза проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям в 7 и 14 лет. В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет.
- Вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша проводится детям, относящимся к группам риска: с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания ХИБ-инфекцией; с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; ВИЧ-инфицированным или рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей; находящимся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санаторно-оздоровительные учреждения).
- Курс вакцинации против гемофильной инфекции для детей в возрасте от 3 до 6 месяцев состоит из 3 инъекций по 0,5 мл с интервалом 1–1,5 месяца. Для детей, не получивших первую вакцинацию в 3 месяца, иммунизация проводится по следующей схеме: для детей в возрасте от 6 до 12 месяцев – из 2 инъекций по 0,5 мл с интервалом в 1–1,5 месяца; для детей от 1 года до 5 лет – однократная инъекция 0,5 мл.
- Вакцинация против полиомиелита проводится трехкратно: первый и второй раз – инактивированной вакциной против полиомиелита (ИПВ), третий раз – живой оральной вакциной против полиомиелита (ОПВ).
- Вакцинация против кори проводится детям в возрасте до 15–17 лет включительно и взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее двукратно с интервалом не менее 3 месяцев между прививками. Лица, привитые ранее однократно, подлежат однократной иммунизации с интервалом не менее 3 месяцев между прививками.
- Вакцинация против краснухи проводится от 1 года до 18 лет не болевшим, не привитым, привитым однократно против краснухи и девушкам от 18 до 25 лет, не болевшим, не привитым ранее.
- Вакцинация против гриппа проводится: детям с 6 месяцев; учащимся 1–11 классов; студентам высших профессиональных и средних профессиональных учебных заведений; взрослым, работающим по отдельным профессиям и должностям (работникам медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); взрослым старше 60 лет.



янием на иммунитет к туберкулезу, ростом количества случаев желтухи у детей в период новорожденности, незнанием особенностей состояния здоровья и заболеваний новорожденных, которые могут проявляться не в первый день жизни, а позднее. Сторонники вакцинации новорожденных в первые сутки в своих доводах обращают внимание на значительное число инфицированных ГВ в России (более 3 млн человек), большинство из которых – лица репродуктивного возраста, недостаточную чувствительность используемых тест-систем для выявления вирусносительства у беременных женщин (число ложноотрицательных результатов при обследовании беременных, по данным НЦЗД РАМН, достигает 10%). Это является фактором риска заражения новорожденных. Известно, что до 90% новорожденных от матерей с ГВ инфицируются в процессе родов, при этом заболевание у детей, как правило, принимает хроническое течение. Эффективной мерой профилактики вертикальной передачи вируса является иммунизация новорожденных. Проведенные исследования показали, что частота случаев желтухи одинакова среди привитых и непривитых детей, отсутствует негативное взаимовлияние вакцин БЦЖ и ГВ на формирование иммунитета как к туберкулезу (критерии: размер рубчика и реакции Манту), так и к ГВ (титры антител) [5–7].

Таким образом, на сегодняшний день наиболее целесообразным следует признать сохранение положения действующего календаря, по которому вакцинация ГВ начинается у всех детей в первые 24 часа жизни. Вакцинация против туберкулеза является неотъемлемой частью календарей многих стран (обязательна более чем в 60 странах мира, а официально рекомендована еще в 118). Актуальность обязательной вакцинации против туберкулеза в России обусловлена относительно высоким уровнем заболеваемости (в среднем около 70 на 100 тыс. у взрослых, а у детей – 15 на 100 тыс.), а также ее эффективностью в предотвращении тяжелых генерализованных форм первичного туберкулеза [8]. В настоящее время преимуществен-

ной вакциной для всех новорожденных (в том числе детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, если при рождении у них нет признаков иммунодефицита) является вакцина БЦЖ-М, которую дети получают в роддоме на 3–7-й день жизни. Целесообразность применения ранее используемой вакцины БЦЖ вызвала много споров, в том числе среди фтизиатров, ввиду относительно большого числа осложнений. Поэтому применение ее для иммунизации сегодня ограничено: вакцина БЦЖ показана к применению лишь у новорожденных, проживающих в регионах с уровнем заболеваемости туберкулезом более чем 80 на 100 тыс., или при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом.

В последние десятилетия эпидемиологическая ситуация по полиомиелиту коренным образом изменилась, и с 2002 г. Европейский регион, в том числе и Россия, сертифицирован ВОЗ как территория, свободная от полиомиелита. В прежнем календаре с 2008 г. все дети первого года жизни получают прививки только инактивированной вакциной. Следует отметить, что в России до введения в календарь прививок инактивированной вакцины ежегодно регистрировалось от 4 до 7 случаев вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП). В 2009 г. в России не зарегистрировано ни одного случая ВАПП. Сочетанный график вакцинации против полиомиелита – первые 2–3 введения инактивированной вакцины (ИПВ), а затем 2–3 введения оральной живой полиомиелитной вакцины (ОПВ) – используют многие страны, сертифицированные как свободные от полиомиелита, но граничащие с государствами, где есть случаи заболевания, вызванные «диким» вирусом. Это позволяет предупредить развитие ВАПП и гарантирует эпидемиологическую безопасность при завозе заболевания из приграничных территорий, как в 2010 г. произошло с заносом полиомиелита из Таджикистана в Россию. Новый календарь прививок закрепляет эти рекомендации, и в РФ введен сочетанный вариант использования инактивированной

и живой вакцины при профилактике полиомиелита: первые два введения осуществляются инактивированной вакциной, а последующие (вакцинация и ревакцинация) – живой вакциной. Обращаем внимание практикующих врачей, что по показаниям в декретированных группах допускается трехкратное использование инактивированной вакцины при проведении иммунизации на первом году жизни. Это относится к детям, находящимся в закрытых детских дошкольных учреждениях: домах ребенка, детских домах, специализированных интернатах (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезных санаторно-оздоровительных учреждениях. Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, вакцинация против полиомиелита проводится только инактивированной вакциной независимо от их ВИЧ-статуса.

Серьезной проблемой для практического здравоохранения остается гемофильная инфекция, вызывающая, по оценкам специалистов, около 3 млн случаев тяжелых заболеваний в мире и более 350 тыс. случаев летальных исходов в год. Почти все жертвы – дети в возрасте до пяти лет, при этом наиболее уязвимы к инфекции дети в возрасте от 4 до 18 месяцев. Гемофильная инфекция включает в себя различные нозологические формы заболеваний, возбудителем которых является грамотрицательная бактерия *Haemophilus influenzae* типа b (палочка Афанасьева – Пфейффера). Носительство гемофильной палочки в верхних дыхательных путях широко распространено, особенно в организованных детских коллективах [9–11]. Наиболее часто ХИБ является возбудителем респираторных инфекций – острого среднего отита, синусита, бронхита, пневмонии. Однако наиболее опасными формами ХИБ-инфекции являются гнойный менингит, сепсис и эпиглоттит. Встречаются и более редкие клинические варианты течения инфекции: гнойный целлюлит, артрит. В РФ в этиологической структуре гнойного менингита у детей до 5 лет ХИБ занимает 2-е место, усту-

неджда



пая лишь менингококку, а в ряде регионов данный патоген является ведущим в этиологической структуре заболевания [12].

По современным данным, иммунная система детей раннего возраста не способна формировать самостоятельный адекватный иммунитет к гемофильной инфекции типа В. Поэтому только иммунизация способна защитить детей от всех форм ХИБ-инфекции. Более чем в 140 странах мира вакцины против гемофильной инфекции типа В включены в национальные календари прививок, что привело к снижению заболеваемости гемофильным менингитом на 90–100% и уменьшению распространенности респираторных форм инфекции (отитов и пневмоний) на 20%. По данным систематического обзора Cochrane, вакцины против ХИБ-инфекции являются эффективными и безопасными [13]. Российские исследования, проведенные в домах ребенка, показали, что в результате вакцинации значительно снижается носительство ХИБ – в 2,8–14,9 раза [9, 14]. Заболеваемость респираторными инфекциями после вакцинации в среднем снижается в 2,7 раза, при этом число отитов уменьшилось в 5,8 раза, бронхитов и пневмоний – в 1,9, крупов – в 1,8, синуситов – в 1,6 раза.

Прививка против ХИБ-инфекции рекомендована Минздравом России еще в конце XX столетия, а с 2008–2009 гг. вакцинация против ХИБ-инфекции включена в региональные календари прививок Свердловской области и Москвы. Новый календарь профилактических прививок впервые включает обязательную вакцинацию детей против гемофильной инфекции с 3-месячного возраста. Классическая схема вакцинации состоит из трех введений (в возрасте 3; 4,5 и 6 месяцев), что позволяет обеспечить защиту от всех форм ХИБ-инфекции к возрасту 6 месяцев и сократить число визитов к педиатру за счет совмещения введения вакцин АКДС, ИПВ, ХИБ. При этой схеме четвертое введение вакцины (ревакцинация) также проводят одновременно с ревакцинацией АКДС и ОПВ в

18-месячном возрасте. Обязательной вакцинации подлежат дети, относящиеся к группам риска:

- дети с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, резко увеличивающими опасность заболевания ХИБ-инфекцией;
- дети с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию;
- ВИЧ-инфицированные или рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей;
- дети, находящиеся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты, противотуберкулезные санаторно-оздоровительные учреждения).

Вакцинные препараты, применяемые для иммунопрофилактики ХИБ-инфекции в России, содержат полисахарид *Haemophilus influenzae* типа b, конъюгированный со столбнячным анатоксином, и показаны для плановой иммунизации всех детей с 2–3-месячного возраста до 5 лет. ХИБ-вакцины являются высокоиммуногенными, создают длительный напряженный иммунитет, основанный на эффекте иммунологической памяти. Прививочная доза составляет 0,5 мл (10 мкг полисахарида).

Допускается использование и других схем иммунизации: если ребенка начинают прививать после 6 месяцев, то вакцину вводят 2 раза с интервалом 1,5–2 месяца и ревакцинацией через 12 месяцев. При проведении вакцинации детям от 1 года до 5 лет достаточно однократного введения вакцины. Следует отметить, что при использовании этих графиков введения вакцин они способны защищать преимущественно от неинвазивных форм гемофильной инфекции (отиты, синуситы, тонзиллофарингиты и пр.).

Вносимые в календарь профилактических прививок изменения в целом соответствуют стратегии совершенствования программ вакцинопрофилактики, рекомендованной ВОЗ. Например, для профилактики коклюша, дифтерии и столбняка предусмотрена возможность ис-

пользования бесклеточной (ацеллюлярной) вакцины (АаКДС) вместо цельноклеточной (АКДС), что повышает безопасность иммунопрофилактики, сохраняя перспективу дальнейшего снижения заболеваемости коклюшем. Имеющийся опыт зарубежных и российских специалистов показывает, что применение АаКДС более безопасно для детей с поражением нервной системы и судорогами в анамнезе [15, 16]. Метаанализ 36 исследований за период с 1987 по 2006 г. показал, что ацеллюлярные вакцины сравнимы по эффективности с цельноклеточными [1, 17], а различное количество антигенов в них не оказывает влияния на иммуногенность [18, 19]. Однако только замена вакцинного препарата не повлияет на ситуацию с распространенностью заболевания в различных возрастных группах населения. Известно, что прививочный иммунитет к коклюшу после законченной в 18 месяцев вакцинации исчезает через 5–7 лет у 60%, а к 14 годам – у 80% детей. Поэтому дети в школьном возрасте нередко болеют коклюшем, и хотя заболевание протекает обычно в легкой форме, они становятся источником болезни для детей первых месяцев жизни [16]. У младенцев коклюш может протекать в тяжелой форме с поражением нервной системы, развитием пневмонии и пр. Значимой мерой, кардинально влияющей на распространенность коклюша, является ревакцинация дошкольников и школьников, а для профилактики заболевания у детей первого года жизни – также вакцинация родителей, бабушек, дедушек, работников здравоохранения и образования, контактирующих с детьми до 1 года. Однако эти программы иммунопрофилактики можно реализовать только с помощью АаКДС-вакцин. Опыт других стран (США, Германия, Франция и др.) показывает высокую эффективность ацеллюлярных вакцин для ревакцинации детей, подростков и взрослых. В ряде регионов РФ при реализации программ иммунопрофилактики в качестве пилотного проекта также используется ревакцинация против коклюша у детей в 6–7-летнем возрасте [8, 17, 18].



медиа

Значительным вкладом в развитие вакцинопрофилактики стало доказательство независимости иммунного ответа при введении нескольких антигенов. Теоретически подсчитано, что индивидуум может ответить на 105 антигенов, вводимых одновременно [1]. Это позволило вводить разные вакцины одновременно и послужило стимулом для создания комбинированных вакцин, защищающих от нескольких инфекций. В действующих календарях прививок многих стран данные комбинированные препараты занимают ведущее место, так как имеют ряд преимуществ по сравнению с моновакцинами:

- уменьшается количество дополнительных веществ (стабилизаторов, консервантов), которые ребенок получает с каждой дозой вакцины;
- значительно сокращается число инъекций;
- сокращается число визитов к врачу;
- уменьшается суммарное количество нежелательных явлений после вакцинации;
- сокращаются расходы на хранение и транспортировку вакцин, организацию вакцинопрофилактики и пр.

При реализации национального календаря прививок России широко используются комбинированные вакцинные препараты: инактивированная полиомиелитная вакцина Солка (Иммовакс Полио) и живая полиомиелитная вакцина Сэбина, защищающие от заболеваний, вызванных вирусами полиомиелита 3 типов (с 1950-х гг.); вакцина против коклюша, столбняка, дифтерии (АКДС); инактивированные трехкомпонентные вакцины против гриппа; дивакцина против кори и эпидемического паротита; АКДС вместе с ГепВ (Бубо-кок) и АДС-М вместе с ГепВ (Бубо-М). Современный календарь при реализации программ иммунопрофилактики допускает применение зарубежных комбинированных вакцин, зарегистрированных в РФ. В настоящее время в различных регионах России стали широко использоваться такие многокомпонентные вакцинные препараты, как, например, Прио-

рикс (корь, краснуха, паротит), Инфанрикс (АаКДС). С 2008 г. в России применяется пятикомпонентная вакцина Пентаксим (АаКДС, ИПВ, ХИБ), которая позволяет значительно сократить инъекционную нагрузку на ребенка и может быть рекомендована детям из групп риска [40].

Использование современных комбинированных вакцинных препаратов в наше время стало насущной необходимостью, а отставание в создании и регистрации отечественных вакцин подобного типа является препятствием на пути совершенствования программ специфической иммунопрофилактики.

Важное место в профилактической медицине занимают вопросы вакцинации детей с хроническими заболеваниями органов дыхания. Длительное время иммунизация этой категории пациентов была ограничена. Однако именно эти дети имеют более высокий уровень заболеваемости управляемыми инфекциями, у них чаще наблюдается тяжелое течение и осложнения при интеркуррентных респираторных инфекциях, выше уровень неблагоприятных исходов [10]. Как правило, острые заболевания в этой группе пациентов приводят к обострению имеющегося хронического патологического процесса [20]. Все это обосновывает необходимость проведения у детей с заболеваниями респираторной системы своевременной безопасной вакцинации в соответствии с календарем прививок, а также дополнительного введения в их индивидуальный график прививок вакцинации против гриппа, пневмококковой и гемофильной типа В (ХИБ) инфекций.

Практика показывает, что управление инфекциями дыхательной системы с помощью иммунизации представляет собой трудную задачу по целому ряду причин:

- при заражении в естественных условиях дикими штаммами респираторных возбудителей создаваемый в организме специфический иммунитет непродолжителен, что требует при вакцинации против этих инфекций введения поддерживающих доз;

- имеется широкое разнообразие антигенных вариантов одного и того же возбудителя (например, пневмококка), что вызывает необходимость создания и применения комбинированных вакцин;
- при гриппе почти ежегодно изменяется антигенный состав возбудителей;
- при разработке стратегии иммунизации необходимо учитывать характер инвазивности возбудителей, скорость распространения той или иной инфекции, значение возбудителя в массовом поражении населения.

Исходя из этого предполагается, что наибольший медицинский и экономический эффект может быть достигнут при массовой иммунизации. Снижение заболеваемости гриппом – одна из актуальнейших научных задач последнего столетия. Среди вирусных респираторных инфекций грипп занимает особое место ввиду его распространенности, более тяжелого течения и возможности возникновения жизнеугрожающих осложнений. Распространение его в современных условиях в значительной степени обусловлено глобализацией (миграция населения, быстрота авиасообщения), а также социально-экономическими факторами (птичий и частично свиной штаммы гриппа первично связаны с определенными группами населения). Высокому уровню заболеваемости гриппом способствует и наше поведение в быту: несоблюдение мер по изоляции больного, появление заболевших в общественных местах, на работе, в школе. Наиболее восприимчивы к инфекции дети начиная со второго полугодия жизни, а также лица после 65 лет, которые утрачивают накопленные за жизнь антитела к вирусам разной антигенной структуры [10, 21]. Чаще гриппом болеют лица, имеющие широкий круг профессиональных контактов (медицинские работники, педагоги, сотрудники коммунальной сферы и пр.). У людей, как правило, заболевания вызывают вирусы двух типов: А и В. Многоликость и непредсказуемость этой инфекции обусловлена множеством подтипов основного возбудителя – вируса гриппа А – и его чрезвычайной изменчивостью.



Антигенная изменчивость наблюдается в виде небольших (антигенный дрейф) или значительных (антигенный шифт) изменений наружных белков вируса – нейраминидазы и гемагглютинаина. Заболеваемость гриппом наблюдается ежегодно, при этом практически каждый сезон меняются штаммы циркулирующих вирусов. Поэтому необходима ежегодная прививка вакциной, антигенный состав которой рекомендован ВОЗ. Наиболее целесообразна вакцинация с сентября по декабрь – до подъема уровня заболеваемости.

Иммунопрофилактика гриппа – наиболее эффективный метод снижения уровня заболеваемости, случаев осложненного течения и смертности от гриппа как в группах риска, так и среди населения в целом. Защитный эффект от вакцинации, проводимой в течение 2 лет и более, был достоверно выше, чем при однократной вакцинации непосредственно перед эпидемией. Исследования показывают, что заболеваемость у иммунизированных людей снижается на 70–80%. Кроме того, среди вакцинированных детей установлено снижение заболеваемости отитами от 5 до 31% в зависимости от формы их течения [22, 23]. В настоящее время используют два типа вакцин против гриппа: живые (содержащие живые аттенуированные вирусы) и убитые – цельновирионные, субъединичные и расщепленные (сплит-вакцины). Живые вакцины просты в применении, стимулируют клеточный, секреторный и гуморальный иммунитет, но противопоказаны людям с иммунодефицитными состояниями, членам семей таких пациентов, беремен-

ным и т.п. В группе неживых вакцин убитые, содержащие целиком вирус гриппа, относительно более реактогенны и не рекомендуются для детей. Современным, максимально безопасным вариантом для иммунизации детей и лиц с хроническими заболеваниями является использование расщепленных и субъединичных вакцин. Субъединичные вакцины (Гриппол, Агриппал, Инфлювак и др.) содержат только наружные антигены вирусов гриппа. Сплит-вакцины (Ваксигрип, Бегривак и Флюарикс) содержат как наружные антигены, так и внутренние типоспецифические белки. Вакцинации против гриппа проводятся с 6 месяцев. Прививочная доза составляет 0,25 мл для детей до 3 лет и 0,5 мл для детей старше 3 лет и взрослых. Детям младше 9 лет, ранее не болевшим гриппом и впервые вакцинируемым против гриппа, показано введение двух доз вакцины с интервалом 4 недели. Вакцина вводится внутримышечно или глубоко подкожно.

Среди вакциноуправляемых заболеваний пневмококковая инфекция до настоящего времени остается важной причиной высокой заболеваемости и смертности во всем мире. По данным ВОЗ, от заболеваний пневмококковой этиологии, вызванных различными серотипами пневмококка, в мире ежегодно погибает около 1,6 млн человек [24]. Заболевания пневмококковой этиологии остаются ведущей причиной летальности у детей до 5 лет – на их долю приходится 28% [25]. Наибольшая частота заболеваемости отмечается у детей первых двух лет жизни и пожилых людей старше 65 лет (рис. 1). В структуре

заболеваемости на долю последних приходится свыше 32% всех случаев пневмококковой инфекции, более половины из них имеют неблагоприятный исход [26, 27].

Существует более 90 серотипов пневмококка (*Streptococcus pneumoniae*), обладающих разной вирулентностью и патогенностью. Высокая восприимчивость детей к пневмококковой инфекции обусловлена тем, что антигены полисахаридной капсулы пневмококка не иммуногенны в возрасте до 2 лет. В детском возрасте наиболее частыми клиническими формами пневмококковой инфекции являются острый средний отит, синусит, трахеобронхит и пневмония. Особой тяжестью течения отличается оккультная (скрытая) бактериемия и менингит, частота которого в России составляет 5–8 на 100 тыс. детей дошкольного возраста. Доля пневмококков в этиологии внебольничных пневмоний колеблется в пределах от 35 до 76%. Пневмококк выступает в роли основного возбудителя вторичной бактериальной пневмонии при гриппе. Проведенные исследования показали, что в период эпидемии гриппа частота инвазивных пневмококковых инфекций в 2 раза выше, чем в среднем за год [28, 29].

Бактериемия и сепсис осложняют течение пневмонии в 5–20% всех случаев пневмонии. Бремя пневмококковой инфекции в популяции детей дошкольного возраста достаточно велико: на каждый случай пневмококкового менингита приходится 24 случая пневмококковой бактериемии и осложненной пневмонии, 132 случая рентгенологически подтвержденной пневмонии и 3750 случаев отита, вызванного *S. pneumoniae* [24, 29].

В России для профилактики пневмококковой инфекции используют два вида вакцин: полисахаридные и конъюгированные с белком вакцины. Они создают защиту от наиболее распространенных и опасных серотипов пневмококка и отличаются высокой безопасностью и эффективностью. Полисахаридная 23-валентная вакцина представляет смесь очищенных полисахаридов 23 серотипов пневмококка, к которым

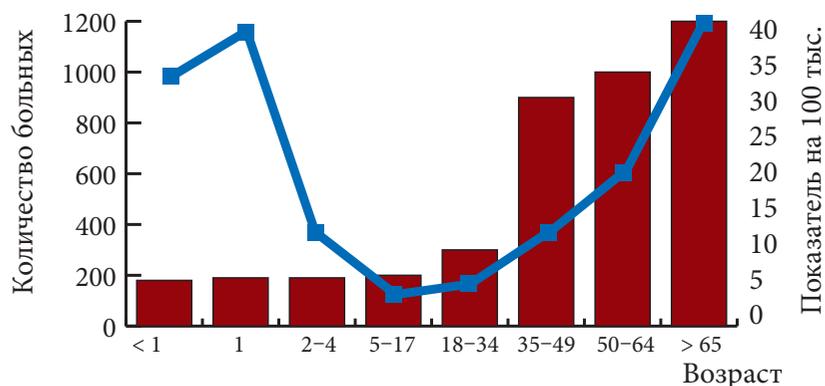


Рис. 1. Эпидемиология пневмококковой инфекции



относится более 85% штаммов, выделяемых из крови больных, большинство из которых обнаруживается в различных регионах России. Для вакцинации необходима всего одна доза полисахаридной вакцины, которая составляет 0,5 мл независимо от возраста. Длительность иммунитета после прививки составляет 5 лет и более. Минздрав РФ рекомендует иммунизировать полисахаридной вакциной взрослых и детей старше 2 лет, предрасположенных к пневмококковой инфекции [31, 42]:

- пациенты, имеющие пониженный иммунный ответ против пневмококковой инфекции – первичный иммунодефицит, – ВИЧ-инфекция, онкогематологические заболевания, трансплантация органов или костного мозга, иммуносупрессивная терапия;
- пациенты с анатомической или функциональной аспленией (поскольку нарушается элиминация инкапсулированных бактерий) – спленэктомия, серповидно-клеточная анемия, системная красная волчанка;
- пациенты с хроническими бронхолегочными заболеваниями – бронхиальная астма, ХОБЛ, наследственные и врожденные заболевания легких;
- лица без нарушений иммунитета, но имеющие тяжелые поражения сердечно-сосудистой системы (врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность, кардиомиопатия), почек или печени, сахарный диабет;
- дети, часто болеющие респираторными инфекциями нижних дыхательных путей, в том числе тубинфицированные;
- дети дошкольного возраста, находящиеся в закрытых детских образовательных учреждениях с круглосуточным пребыванием;
- взрослые в возрасте 65 лет и старше.

Многочисленными исследованиями, проведенными в России и за рубежом, убедительно подтверждена высокая эффективность полисахаридной пневмококковой вакцины: снижается заболеваемость тяжелыми формами пневмонии и бактериемии на 50–70%, уменьшается число

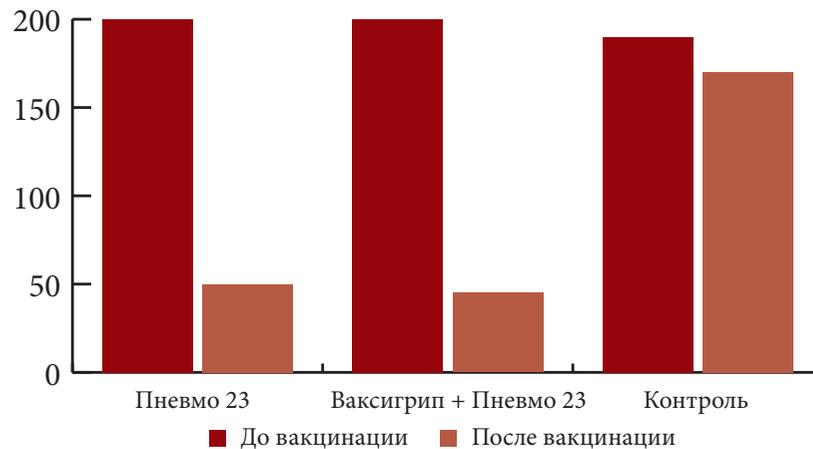


Рис. 2. Динамика заболеваемости респираторными инфекциями детей дошкольного возраста (случаи в течение года в группе из 30 человек)

эпизодов острых респираторных инфекций, обострений хронических необструктивных заболеваний легких (ХНЗЛ) и аденоидных вегетаций, отмечается исчезновение кондуктивной тугоухости I–II степени, уменьшение сенсibilизации к пневмококку у пациентов с бронхиальной астмой [20, 26, 32].

Проведенные исследования эффективности полисахаридной вакцины (отдельно или в сочетании с вакцинацией против гриппа) у часто болеющих детей дошкольного возраста установили достоверное снижение кратности и длительности эпизодов респираторных инфекций в группе привитых (рис. 2). Следует отметить, что проведение вакцинации не сопровождалось возникновением нежелательных явлений в раннем постпрививочном периоде: лишь в 3 случаях зарегистрированы легкие местные или общие реакции, не изменяющие состояния ребенка и не требующие медикаментозной коррекции. Кратковременное повышение температуры до субфебрильных цифр отмечено у троих детей, в том числе у двоих детей в сочетании с местными реакциями в виде умеренной гиперемии и болезненности в месте введения. Лишь у одного ребенка при сочетанном варианте вакцинации имело место кратковременное повышение температуры до фебрильных значений, существенно не изменяющее самочувствия и нормализовавшееся после однократного приема антипиретических средств.

После 3 месяцев жизни происходит физиологическое падение титра антител, полученных от матери, и ребенок становится уязвим для пневмококковой инфекции. Однако полисахаридная вакцина является В-зависимой и не может полноценно защитить от инвазивной пневмококковой инфекции детей в возрасте до 24 месяцев жизни [30]. В 2000 г. в календарь прививок США была впервые введена конъюгированная с дифтерийным белковым носителем (CRM197) 7-валентная пневмококковая вакцина (PCV7), в состав которой входят капсульные полисахариды 7 серотипов пневмококка. Именно эти серотипы пневмококка наиболее часто выступают в роли этиологических факторов инвазивных (сепсис, менингит, тяжелая пневмония) пневмококковых заболеваний у детей раннего возраста [33]. После применения конъюгированной вакцины в организме ребенка формируется Т-зависимый длительный иммунитет. ВОЗ считает целесообразным включение данной вакцины в национальные иммунизационные программы даже при отсутствии данных о распространенности пневмококковой инфекции, особенно в странах, где отмечается смертность детей младше 5 лет более 50 на 1000 [34, 35]. По данным ВОЗ и систематического обзора Cochrane, эффективность конъюгированной вакцины у детей младше 2 лет составляет порядка 80–90%, если инвазивная инфекция вызвана вакцинным серотипом,



и более 50% в целом [36]. В США после внедрения массовой иммунизации РСВ7 в календарь прививок у детей до 2 лет отмечено снижение числа инвазивных пневмококковых инфекций на 77%, в том числе и в группах непривитых детей, за счет снижения циркуляции возбудителей. Необходимо отметить, что резкое снижение заболеваний, вызванных вакцинными серотипами пневмококка, сопровождалось небольшим увеличением частоты заболеваний, вызванных невакцинными серотипами. В связи с этим разрабатываются и внедряются вакцины с большим спектром пневмококков: с 2010 г. в календаре прививок США применяется конъюгированная 13-валентная вакцина. На сегодняшний день конъюгированная пневмококковая вакцина включена в календари прививок детей 43 стран мира [37, 38].

Иммунизация конъюгированной вакциной РСВ7 может проводиться с 6 недель жизни, как при вакцинации против ХИБ-инфекции. График иммунопрофилактики и количество доз зависят от возраста, но разовая доза всегда составляет 0,5 мл. При начале вакцинации в возрасте от 2 до 6 месяцев вводятся 3 дозы с интервалом не менее 1 месяца, и в 12–15 месяцев проводится однократная ревакцинация. В России рекомендованная схема вакцинации предусматривает введение вакцины в 2; 4,5 и 7 месяцев с ревакцинацией в 15 месяцев. Однако вакцинацию можно проводить одновременно с АКДС, ИПВ и ХИБ. При проведении прививок после 6 месяцев используют две вакцинирующие дозы с интервалом 1,5–2 месяца с ревакцинацией на втором году жизни. При начале вакцинации с 1 года до 2 лет вводят две дозы с интервалом 1,5–2 месяца, а детям, начинающим прививки с 2 до 5 лет, достаточно однократного введения. Детям до 2 лет вакцину вводят внутримышечно в передне-латеральную поверхность бедра, а в более старшем возрасте – в дельтовидную мышцу плеча.

Опыт применения РСВ7 в России подтверждает не только ее высокую эффективность, но и безопасность [37]. Тяжелых поствакци-

нальных общих и местных реакций и осложнений зафиксировано не было. Поствакцинальные реакции слабой и средней силы в виде фебрильной лихорадки наблюдались у 3,4% детей. Это свидетельствует о низкой реактогенности вакцины и возможности ее более широкого применения у детей раннего возраста [38, 39].

В международных рекомендациях по применению конъюгированных пневмококковых вакцин у детей указывается, что дети в возрасте 2–18 лет с сопутствующими заболеваниями должны получать 23-валентную полисахаридную пневмококковую вакцину после завершения всех рекомендованных для данного возраста доз конъюгированной пневмококковой вакцины, которая может быть введена не ранее чем 2 месяца или позже после завершения курса вакцинации конъюгированной вакциной [43].

Несмотря на изменения, произошедшие в последнее десятилетие в национальном календаре прививок РФ, он все же отличается от календарей прививок многих развитых стран мира. В него не включены прививки против пневмококковой, ротавирусной инфекций, ветряной оспы. Целесообразно пересмотреть отношение к некоторым прививкам, рекомендуемыми сейчас по эпидемиологическим показаниям, и ввести их в национальный календарь. Актуально внедрение региональных компонентов в национальный календарь плановых прививок: например, для ряда регионов важной является обязательная вакцинация против клещевого энцефалита и/или гепатита А, так как в них выше уровень заболеваемости этими инфекциями, чем в других областях. Подтверждением эффективности использования данного подхода может служить позитивный опыт широкой иммунизации детей против гепатита А в Краснодарском крае и Екатеринбурге, что привело к снижению заболеваемости в 5–6 раз. В 2009 г. в региональный календарь Москвы включена вакцинация детей в возрасте 2 лет против ветряной оспы. Данное заболевание к 15 годам жизни переносят до 90% детей, пик заболеваемости прихо-

дится на возраст от 2 до 6 лет. Экономический ущерб от заболеваний ветряной оспой, по экспертным оценкам, только за последние 2 года составил 4–4,5 млрд руб. Ветряная оспа относится к легким и самокупирующимся детским заболеваниям, но она может сопровождаться рядом тяжелых и потенциально смертельных осложнений, которые развиваются преимущественно у детей с ослабленным иммунитетом и взрослых. В России ежегодно регистрируются случаи смерти от ветряной оспы (в 2007–2008 гг. – 10 человек, в том числе 6 детей). Таким образом, актуальность проблемы ветряной оспы очевидна, что требует внедрения в практику здравоохранения России эффективного средства профилактики – иммунизации.

На сегодняшний день в мире существуют три живые аттенуированные вакцины против ветряной оспы, в России зарегистрированы две из них – Окавакс и Варилрикс. В исследованиях, проведенных в Японии, было показано, что вакцина индуцирует у 100% привитых защитный иммунитет, сохраняющийся в течение 20 лет. В отличие от других вакцин, Окавакс вводится всем лицам старше 1 года всего в одной дозе.

Следовательно, известная с давних времен профилактическая медицинская технология (иммунопрофилактика) на современном этапе приобрела более высокую значимость, чем исключительно эпидемиологическая мера, призванная защитить население от инфекционных заболеваний. Данные доказательной медицины свидетельствуют о безопасности и эффективности современных вакцин для детей и позволяют считать их наиболее значимой медицинской технологией в комплексе первичной и вторичной профилактики. Дальнейшее совершенствование национального календаря прививок предусматривает замену моновакцин на современные поликомпонентные (комбинированные) вакцинные препараты, которые эффективны как у здоровых детей, так и у пациентов с отклонениями в сроках вакцинации. ✨

САНОФИ ПАСТЕР

СОЗДАВАЯ ВАКЦИНЫ, УКРЕПЛЯЯ ВЕРУ В БУДУЩЕЕ



ПЕНТАКСИМ®

Вакцина против коклюша (бесклеточная), дифтерии, столбняка, полиомиелита (инактивированная) и гемофильной инфекции типа b

- Надежная защита от пяти инфекционных заболеваний в одной вакцине
- Удобство в применении: снижение инъекционной нагрузки
- Безопасность и хорошая переносимость детьми

АКТ-ХИБ

Конъюгированная вакцина для профилактики гемофильной инфекции типа b

- Надежно защищает от пневмонии, менингита и отита, вызванных гемофильной инфекцией типа b
- Вакцинация против ХИБ-инфекции входит в Национальный календарь профилактических прививок РФ с января 2011*
*приказ МЗиСР №51н от 31.01.2011

ОКАВАКС

Живая аттенуированная вакцина против ветряной оспы

- Первая зарегистрированная в мире вакцина против ветряной оспы
- Высокая иммуногенность и длительная защита
- Вводится однократно всем лицам старше 12 месяцев

ПНЕВМО 23

Полноценная защита от пневмококковой инфекции, включая менингиты и пневмонии

- Показана для профилактики пневмококковой инфекции детям с 2-х лет, взрослым и пожилым
- Эффективна и безопасна, может применяться в сочетании с вакциной против гриппа

ВАКСИГРИП

Современная сплит-вакцина против гриппа для детей и взрослых

- Имеется специальная детская дозировка – 0,25 мл для детей с 6 месяцев до 3 лет
- Эффективна и безопасна как отдельно, так и в сочетании с вакциной против пневмококковой инфекции Пневмо 23

sanofi aventis

Главное – здоровье

Для получения дополнительной информации обращайтесь по адресу:

125009, г. Москва, ул. Тверская, 22
тел.: (495) 721 14 00, (495) 935 86 90/92/93/94/95;
факс: (495) 721 14 11, (495) 935 86 96

горячая линия: (495) 937 70 07, www.privivka.ru
отдел фармаконадзора: (495) 935 86 91

sanofi pasteur

Подразделение вакцин Группы санofi-авентис



Полимеры растительного происхождения в составе лекарственных препаратов

Д.м.н., проф. Т.В. ГАСИЛИНА, д.м.н., проф. С.В. БЕЛЬМЕР

Полимеры растительного происхождения широко применяются в современной медицинской практике. В первую очередь к этим соединениям относят так называемые пищевые волокна, которые обладают высокой адсорбционной способностью. Энтеросорбенты на основе лигнина показали свою высокую эффективность и широко применяются в составе различных лекарственных средств. В статье рассматривается клиническая эффективность энтеросорбента Фильтрум-Сафари в комплексной терапии среднетяжелых форм острых кишечных инфекций у детей.

Под термином «пищевые волокна» в настоящее время понимают достаточно гетерогенную группу полисахаридов, в основном растительного происхождения, наиболее известными из которых являются целлюлоза и гемицеллюлоза. В то же время к пищевым волокнам относятся хитин, хитозан, пектины, камеди, слизи, лигнин. Некоторые авторы к ним относят также аминоксахара грибов и ракообразных и даже неперевариваемые белки. И все же «классические» пищевые волокна – это крупномолекулярные полимеры глюкозы, содержащиеся в растениях и составляющие основу их клеточных стенок.

Содержание пищевых волокон в продуктах питания различно. Среднее количество (1–1,9 г на 100 г продукта) пищевых волокон содержится в моркови, сладком

перце, петрушке (как в корне, так и в зелени), редьке, репе, тыкве, дыне, черносливе, апельсине, лимоне, бруснике, фасоли, гречневой и перловой крупе, «Геркулесе», ржаном хлебе. Более высокое содержание (2–3 г на 100 г продукта) – в чесноке, клюкве, красной и черной смородине, черноплодной рябине, ежевике, овсяной крупе, хлебе из белковоотрубной муки. Наконец, в наибольших количествах (более 3 г на 100 г продукта) пищевые волокна содержатся в укропе, кураге, клубнике, малине, чае (4,5 г на 100 г), овсяной муке (7,7 г на 100 г), пшеничных отрубях (8,2 г на 100 г), сушеном шиповнике (10 г на 100 г), жареном кофе в зернах (12,8 г на 100 г), овсяных отрубях (14 г на 100 г). Рафинизация значительно снижает долю пищевых волокон в пище. Примером рафинированного продукта может послужить

растворимый кофе, в котором, в отличие от исходного продукта, пищевых волокон не содержится вообще.

Пищевые волокна подразделяются на растворимые и нерастворимые, перевариваемые и неперевариваемые. Растворимыми пищевыми волокнами являются камеди, пектины, гемицеллюлоза, которые в значительных количествах содержатся в овсе, ячмене, горохе и некоторых овощах, например картофеле, нерастворимыми – лигнин, целлюлоза, некоторые виды гемицеллюлозы и пектинов. Особенно богаты волокнами нерафинированные злаки. Перевариваемые волокна подвергаются гидролизу ферментативными системами микроорганизмов в толстой кишке человека, а неперевариваемые выводятся в неизменном виде. Целлюлоза представляет собой неразветвленный полимер глюкозы, в которой мономеры соединены бета-1,4-гликозидными связями. Гемицеллюлоза является полимером глюкозы, арабинозы, глюкуроновой кислоты и ее метилового эфира. Камеди являются разветвленными полимерами глюкуроновой и галактуруновой кислот, к которым присоединены остатки арабинозы, маннозы, ксилозы, а также соли магния и кальция. Слизь представляет собой разветвленные сульфатированные арабиноксиланы. Пектины образованы полимерами



галактуроновой и гиалуроно-вой кислот. Пектиновые вещества входят в состав клеточных стенок и межклеточного вещества высших растений. Альгинаты – соли альгиновых кислот, в большом количестве содержащихся в бурых водорослях, молекула которых представлена полимером полиуроновых кислот.

Широко распространенным в природе является лигнин, название которого происходит от лат. *lignum* – «дерево», «древесина». Лигнин входит в состав почти всех растений, а его содержание в древесине хвойных и лиственных пород составляет соответственно 23–38% и 14–25%. Лигнин расположен в клеточных стенках и межклеточном пространстве растений, он связывает целлюлозные и гемицеллюлозные волокна между собой и определяет механическую прочность стволов и стеблей. Кроме того, лигнин участвует в регуляции проницаемости клеточных стенок для воды и питательных веществ. Лигнин является полимерным остатком древесины после ее перколяционного гидролиза, который проводится с целью выделения целлюлозы и гемицеллюлозы. Он представляет собой аморфное вещество от светло-кремового до темно-коричневого цвета плотностью 1,25–1,45 г/см³. Особенностью лигнина является его высокая сорбционная способность. Пищевые волокна обладают многочисленными физиологическими эффектами, что определяет их значение для нормального функционирования организма.

Пищевые волокна удерживают воду, влияя тем самым на осмотическое давление в просвете желудочно-кишечного тракта, электролитный состав кишечного содержимого и массу фекалий, увеличивая их объем и вес. Растворимые пищевые волокна, формируя гелеобразные структуры, препятствуют рефлюксам, в том числе гастроэзофагеальному, способствуют опорожнению желудка и увеличивают скорость пассажа кишечного содержимого. Перечисленные эффекты

в целом направлены на стимуляцию моторики желудочно-кишечного тракта.

Пищевые волокна обладают высокой адсорбционной способностью. Этим объясняется их детоксицирующее действие. Кроме того, они адсорбируют желчные кислоты и уменьшают их всасывание, регулируя, с одной стороны, объем пула желчных кислот в организме, а с другой стороны, оказывая гипохолестеринемический эффект.

Большое значение имеют также катионообменные свойства кислых полисахаридов и антиоксидантный эффект лигнина.

Пищевые волокна являются важными регуляторами состава кишечной микрофлоры. Поступая в кишечник, они перевариваются микрофлорой толстой кишки, которая получает энергетический и пластический материал. С другой стороны, короткоцепочечные жирные кислоты, образующиеся в результате активности микрофлоры, необходимы для нормального функционирования эпителия толстой кишки. Нормальный состав микрофлоры и функционирование колоноцитов обеспечивают физиологические процессы в толстой кишке и ее моторику.

Точная суточная потребность пищевых волокон для человека не установлена. Предполагается, что взрослый человек должен за сутки съесть 20–35 г пищевых волокон, в то время как в среднем европеец потребляет около 13 г пищевых волокон в сутки.

Отсутствие пищевых волокон в диете может приводить к ряду патологических состояний. Наиболее очевидна связь недостатка пищевых волокон в питании с развитием запоров. С дефицитом пищевых волокон в пище связывают развитие ряда заболеваний и состояний, таких как рак толстой кишки, синдром раздраженного кишечника, запоры, желчнокаменная болезнь, сахарный диабет, ожирение, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, варикозное расширение и тромбоз вен нижних конечностей и дру-

Пищевые волокна являются важными регуляторами состава кишечной микрофлоры. Поступая в кишечник, они перевариваются микрофлорой толстой кишки, которая получает энергетический и пластический материал. С другой стороны, короткоцепочечные жирные кислоты, образующиеся в результате активности микрофлоры, необходимы для нормального функционирования эпителия толстой кишки.

гие, однако фактически в большинстве случаев эта связь остается недоказанной.

Таким образом, пищевые волокна не являются лишь «балластными веществами», как трактовалось их значение ранее, и должны присутствовать в рационе как взрослого человека, так и ребенка.

Обладая высокой адсорбционной способностью, пищевые волокна хорошо известны как энтеросорбенты и широко применяются в медицине. Их можно объединить в несколько групп: 1) углеродные адсорбенты на основе активированного угля (карболен, карбоксин, гастросорб), гранулированных углей и углеволокнистых материалов (ваулен, актилен); 2) ионообменные материалы

С дефицитом пищевых волокон в пище связывают развитие ряда заболеваний и состояний, таких как рак толстой кишки, синдром раздраженного кишечника, запоры, желчнокаменная болезнь, сахарный диабет, ожирение, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, варикозное расширение и тромбоз вен нижних конечностей и др.



Энтеросорбенты на основе лигнина показали свою высокую эффективность и широко применяются в составе различных лекарственных средств, в частности, в составе препаратов Филтрум, Филтрум-Сафари и Лактофилтрум. Данные препараты содержат полифан (медицинский лигнин) – полимер растительного происхождения.

или смолы (кайексилит, холестирамин); 3) энтеросорбенты на основе лигнина (Филтрум, Филтрум-Сафари, Лактофилтрум); 4) производные поливинилпирролидона (энтеродез, энтеросорб); 5) другие (смектит, белая глина, алюминия гидроксид); 6) другие природные пищевые волокна (отруби злаковых, целлюлоза, альгинаты, пектины, хитозан).

Энтеросорбенты на основе лигнина показали свою высокую эффективность и широко применяются в составе различных лекарственных средств, в частности, в составе препаратов Филтрум, Филтрум-Сафари и Лактофилтрум. Данные пре-

*Литература
→ С. 59*

Препарат Филтрум можно принимать детям, начиная с грудного возраста, кроме того, для детей и взрослых выпускается относительно новый препарат Филтрум-Сафари, который помимо лигнина содержит в качестве пребиотика фруктоолигосахариды. Препарат связывает и выводит из организма токсины, патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности.

параты содержат полифан (медицинский лигнин) – полимер растительного происхождения, продукт переработки древесины, обладающий высокой сорбционной способностью. Препарат связывает и выводит из организма токсины, патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности. Вместе с этим, как и другие пищевые волокна, полифан способствует восстановлению микрофлоры и нормализации моторики кишечника. Лактофилтрум помимо полифана содержит лактулозу, которая обладает доказанными пребиотическим и слабительным эффектами.

На сегодняшний момент проведено более 15 клинических исследований, в которых были продемонстрированы высокая эффективность и безопасность препарата Филтрум для пациентов различных возрастных групп, включая детей [1–4].

Препарат Филтрум можно принимать детям начиная с грудного возраста, кроме того, для детей и взрослых выпускается относительно новый препарат Филтрум-Сафари, который помимо лигнина содержит в качестве пребиотика фруктоолигосахариды.

Профессор Саратовского медицинского университета им. В.И. Разумовского И.А. Зайцева и соавт. (2005) показали эффективность препарата Филтрум у детей с острыми кишечными инфекциями. В частности, комплексная терапия острых кишечных инфекций, включающая применение Филтрума, сокращает сроки проводимого лечения. Более того, в ряде случаев отказ от антибактериальных средств и использование энтеросорбции оказались эффективными и экономически обоснованными.

Авторы показали, в частности, сокращение продолжительности гипертермии, тошноты и рвоты при использовании комплексной терапии с препаратом Филтрум, хотя и без достоверных различий ($p > 0,05$), по сравнению с

больными, получавшими только базисное лечение. Вместе с тем достоверно уменьшалась продолжительность симптомов поражения желудочно-кишечного тракта в виде вздутия и урчания ($p < 0,05$), жидкого стула ($p < 0,001$), слизи в стуле ($p < 0,02$) у больных, получавших Филтрум, по сравнению с контрольной группой. Развития побочных реакций и гиперчувствительности к используемому энтеросорбенту у больных детей не зафиксировано [3].

В исследовании, проведенном на кафедре детских инфекционных болезней Российского государственного медицинского университета, была изучена клиническая эффективность энтеросорбента Филтрум-Сафари в комплексной терапии среднетяжелых форм острых кишечных инфекций. В исследование были включены 45 детей в возрасте от 3 до 13 лет с установленной ротавирусной инфекцией. Так, было установлено, что в группе больных, получавших в комплексной терапии энтеросорбент, по сравнению с группой больных, получавших только базисную терапию, средняя продолжительность симптомов интоксикации сократилась с $3,13 \pm 0,08$ до $2,26 \pm 0,09$ дня ($p < 0,001$), в том числе вялости – с $2,50 \pm 0,13$ до $1,93 \pm 0,09$ дня, сниженного аппетита – с $2,40 \pm 0,08$ до $1,73 \pm 0,04$ дня. При этом средняя продолжительность диарейного синдрома сокращалась с $3,80 \pm 0,15$ до $2,63 \pm 0,09$ дня ($p < 0,001$). Также достоверно уменьшалась средняя продолжительность рвоты и лихорадки ($p < 0,05$) [1].

В результате было показано, что включение в комплексную терапию этих форм заболеваний энтеросорбента Филтрум-Сафари способствует существенному сокращению продолжительности симптомов интоксикации, токсикоза с эксикозом, диарейного синдрома и средней продолжительности острого периода заболевания, а saniрующая эффективность базисной терапии существенно повышается. ✨

ОТРАВЛЕНИЕ? СКРУТИЛО ЖИВОТ?

со вкусом *Сафари*
всё быстро пройдет!

Фильтрум®-Сафари

жевательные пастилки для детей
со вкусом лесной ягоды

все лучшее от Фильтрума®!

**Энтеросорбент Фильтрум®
выводит патогенную
микрофлору и токсины**

- Отравления различной этиологии
- Диарея путешественника
- Острые вирусные и бактериальные кишечные инфекции
- Ротавирусная инфекция



ABBA PУC

www.filtrum.ru



Коррекция эндотоксемии при атопическом дерматите у детей препаратом Лактофильтрум

Д.м.н., проф. Е.С. СНАРСКАЯ

В статье освещаются вопросы патогенеза атопического дерматита (АД), подробно рассматривается значение эндогенной интоксикации организма в развитии заболевания и его тяжелых форм. Обсуждаются возможности применения препарата Лактофильтрум в терапии АД.

Атопический дерматит (АД) (синонимы: атопическая экзема, нейродермит, пруриго Бенье) – это зудящее воспалительное заболевание кожи, которое обычно начинается в раннем детстве. В младенческом возрасте клиническая картина развивается на третьем месяце жизни, у большинства детей с возрастом состояние улучшается, а у 50% пациентов к 18 месяцам заболевание может полностью разрешаться [7]. Неблагоприятными прогностическими факторами считаются атопический дерматит в семейном анамнезе, персистирующая сухость и зуд кожи, распространенность процесса, наличие астмы, ранний возраст начала заболевания, женский пол [16]. Устойчивая тенденция роста заболеваемости АД в мире связана с ухудшением экологии, низкими адаптационными возможностями детского организ-

ма к длительному воздействию стрессорных факторов, а также с недостаточной эффективностью существующих методов лечения. АД существенно снижает качество жизни пациента и его семьи, поэтому проблема своевременной и адекватной терапии заболевания в настоящее время приобрела особую медицинскую и социальную значимость. Обычно проблемой АД занимаются дерматологи или аллергологи, но в последнее время высокая распространенность и частые рецидивы заболевания вынуждают педиатров решать тактические задачи терапии АД. Поэтому разработка алгоритмов терапии АД является одной из актуальных междисциплинарных задач современной медицины. Клинические проявления АД многообразны, зависят от возраста и сроков возникновения заболевания. В настоящее время особенностями АД являются его

раннее начало (непосредственно с первых дней жизни) и увеличение числа тяжелых, торпидных, часто инвалидизирующих форм заболевания [3, 7].

В детской дерматологической практике наиболее часто встречаются следующие маркеры АД:

- раннее начало болезни (практически с первых дней после рождения);
- тяжелое хроническое рецидивирующее течение;
- отягощенный атопический анамнез;
- гиперпродукция IgE;
- дефицит Т-супрессоров, ингибирующих синтез реакинов, sIgA и IgA;
- эозинофилия;
- снижение чувствительности бета-2-адренорецепторов;
- нарушения функции ЖКТ;
- усиленная трансэпидермальная потеря воды и сниженная секреция сальных желез;
- ваготония.

Для оценки степени тяжести кожного процесса и динамики течения заболевания Европейским обществом дерматовенерологов в Женеве (1993 г.) был разработан и утвержден коэффициент SCORAD [16]. Этот коэффициент, учитывающий площадь поражения кожи и степень выраженности объективных и субъективных сим-



птомов, широко используется практическими врачами как за рубежом, так и в России. Ведение пациентов с АД является сложной клинической задачей. Безусловно, лечение должно быть комплексным, индивидуальным с учетом возраста ребенка, формы и стадии заболевания. Современная терапевтическая стратегия ведения пациентов с АД основана на патогенетическом подходе и направлена на устранение патологических нарушений в органах и системах, а также на предупреждение обострений болезни [1]. Огромную роль играет личный контакт родителей маленького пациента и врача, так как известно, что 90% успеха в лечении кожных заболеваний у ребенка зависит от родителей. Устойчивая тенденция роста частоты и тяжести течения АД у детей, развитие сочетанных с аллергическим контактным дерматитом (АКД) [6], бронхиальной астмой (дерматореспираторный синдром), аллергическим ринитом форм заболевания [14], а также резистентность к традиционной терапии [15, 16] обуславливают необходимость поиска возможных причин патологии и способов коррекции основных лечебно-диагностических мероприятий. Одной из очевидных причин развития тяжелой формы течения АД у детей является быстрое присоединение вторичной бактериальной и грибковой инфекции, среди возбудителей которой преобладают токсигенные штаммы стафилококка, дрожжеподобных грибов рода *Candida*, *Malassesia furfur* и мицелиарных дерматофитов [2]. Одним из факторов, индуцирующих формирование сочетанных форм АД и тяжелого варианта его течения, является эндотоксин грамотрицательных бактерий пищеварительного тракта, который имеет высокую степень токсичности, особенно для детей [14]. Продукты метаболизма бактерий, грибов или вирусных белков представ-

ляют собой суперантигены, вызывающие неспецифическую активацию Т-клеток. Число Т-клеток, взаимодействующих с суперантигенами, почти в 100 раз превосходит число Т-клеток, взаимодействующих с обычным антигеном. При этом CD4+ Т-клетки выделяют большое число цитокинов, способных оказывать токсическое действие на организм хозяина [3].

В последние годы универсальным патогенетическим механизмом развития АД считается повышение уровня эндотоксина, приводящее к развитию «эндотоксиновой агрессии» и синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). Данный механизм усугубляет течение заболевания, оказывая повреждающее действие на ткани, и определяет исход АД [4, 7, 11, 15]. В связи с этим проводятся углубленные исследования уровня токсинов (энтеротоксинов В и С, дельта-гемолизина) [1], микробной флоры кожи с определением степени ее патогенности [2], уровня маркеров системной эндотоксемии и оценки степени напряженности антиэндотоксинового иммунитета (уровень плазменного эндотоксина, антител к гликопиду и кишечной палочке) [14], состояния бронхолегочного барьера, показателей перекисного окисления липидов, уровня общей антирадикальной активности [5].

Степень эндогенной интоксикации оценивают по уровню молекул средней массы в плазме эритроцитов, показателю перекисного окисления липидов, по количеству первичных и вторичных продуктов в плазме и эритроцитах, степени сорбционной емкости эритроцитов и количеству циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в плазме [12, 13].

Эндотоксин является биологически активным соединением, содержание которого позволяет оценивать состояние антиэндотоксинового иммунитета при АД. Так, повышение уровня эндотоксина в 8 раз было отмечено у IgE-зависимых пациентов

и в 12 раз у IgE-независимых, который составил 1,69 EU/мл и 2,43 EU/мл соответственно (норма 0,19 EU/мл) [4]. При этом авторы отмечали достоверное снижение показателей антиэндотоксинового иммунитета в обеих группах больных, особенно у IgE-независимых пациентов. Полученные данные авторы расценивают как свидетельство трансформации физиологической эндотоксемии в патологический процесс эндотоксиновой агрессии [4]. Увеличение уровня эндотоксина может наблюдаться при снижении функции печени, нарушениях пристеночного пищеварения, повышенной кишечной проницаемости, дисбактериозе, а также при всех патологических процессах, приводящих к недостаточности эндотоксин-элиминирующих и эндотоксин-связывающих функций организма [4]. Токсичные продукты, проникая в неизмененные, относительно интактные клетки, вызывают нарушение метаболизма, что сопровождается массивным высвобождением внутриклеточных биологически активных веществ. Распределение в тканях этих веществ на фоне прогрессирующего увеличения в организме токсичных метаболитов способно привести к глубоким расстройствам регуляции и повреждению биологических барьеров и процесса всасывания в ЖКТ, что в конечном итоге ведет к дезинтеграции деятельности человеческого организма. По степени выраженности СЭИ можно судить о тяжести основного заболевания и прогнозировать его течение.

При СЭИ развивается иммуносупрессия, чему способствуют следующие факторы:

- накопление молекул средней массы;
- накопление продуктов перекисного окисления липидов;
- усиление транслокации эндотоксинов и микрофлоры из кишечника в кровь, приводящее к увеличению концентрации в крови липополисахаридов

недуга



грамотрицательных микроорганизмов и развитию бактериемии;

- нарушение обмена нуклеиновых кислот в клетках иммунной системы (диснуклеотидоз);
- нарушение цитокинового статуса (существенное преобладание провоспалительных цитокинов).

Представленные патогенетические факторы являются универсальными, участвующими в формировании различных патологических состояний. В клинической практике их выделение крайне важно, поскольку по выраженности этих факторов можно судить о степени СЭИ.

При СЭИ формируется комплекс метаболических расстройств, которые приводят не только к уменьшению объемов органов иммунной системы (инволюция тимико-лимфатического аппарата) и увеличению проницаемости естественных барьеров, но и к нарушению взаимодействия отдельных эффекторных звеньев иммунитета. Все это является патогенетической основой для формирования клинических проявлений иммуносупрессии и вторичной иммунной недостаточности. Перечисленные факты, на наш взгляд, свидетельствуют об актуальности внедрения комплексного исследования иммунной системы у пациентов с СЭИ в клинической практике. Исследование показателей эндогенной интоксикации одновременно с иммунологическим обследованием позволяет определить не только выраженность СЭИ при АД, но и степень формирующейся иммуносупрессии. Кроме того, эндоинтоксикация, наблюдаемая у 60–80% больных АД, способствует развитию фармакологической резистентности, что приводит к снижению эффективности любых методов терапии и необходимости ее коррекции [9]. Таким образом, наличие СЭИ является патогенетическим обоснованием применения адекватной комбинации базисной

терапии АД и препаратов со свойствами энтеросорбентов на ранних этапах, что позволяет повысить эффективность лечения как за счет активной дезинтоксикации, так и за счет повышения фармакочувствительности [12, 13, 17]. Применение энтеросорбентов устраняет интоксикацию веществами с иммуноотоксическими свойствами и явления провоспалительной гиперцитокинемии, усиливает антиотоксический потенциал печени и микрофлоры кишечника, тормозит процесс транслокации микробного содержимого кишечника, нормализует процессы перекисного окисления липидов. Применение детоксицирующих средств и энтеросорбентов в терапии аллергодерматозов у детей (Лактофилтрум, Филтрум-СТИ и др.) обеспечивает высокий уровень ремиссии процесса (до 86,6%) при снижении SCORAD в 2,5 раза, способствует уменьшению частоты обострений в 4 раза, продолжительности ремиссии в 3,5 раза [1, 11, 12, 17].

Большой интерес представляет собой отечественный препарат Лактофилтрум («АВВА РУС»). Фармакологическое действие препарата обусловлено уникальными свойствами его активных компонентов – энтеросорбента и пребиотика. В качестве энтеросорбента используется лигнин гидролизный с высоким потенциалом сорбционной активности, что позволяет связывать и выводить из организма широкий спектр высокотоксичных бактериальных токсинов, аллергены, медиаторы воспаления, патогенную микрофлору и избыток продуктов обмена в 2500 раз эффективнее активированного угля. В качестве пребиотика используется лактулоза – синтетический дисахарид, который способен избирательно стимулировать рост бифидо- и лактобактерий, не претерпевая изменений в агрессивной среде желудочного содержимого. Лактулоза ингибирует рост патогенной микрофлоры, уменьшая продукцию

токсических веществ и активируя перистальтику кишечника. За счет уникального состава Лактофилтрум восстанавливает защитную бактерицидную функцию кожи [8], повышает местный иммунитет, что приводит к быстрому регрессу клинических проявлений АД [10, 16]. Применение Лактофилтрума позволяет повысить эффективность стандартной терапии АД на 25–50% [10, 16], а при легкой и средней степени тяжести течения АД препарат Лактофилтрум эффективен даже в качестве монотерапии [10].

Лактофилтрум целесообразно использовать в комплексной терапии АД и других аллергодерматозов у детей с 12-месячного возраста [16, 17].

Мы применяли Лактофилтрум в комплексной терапии АД у 15 больных в возрасте от 6 до 13 лет с легким, средним и среднетяжелым течением процесса. Лактофилтрум назначался по 2 таблетки 3 раза в день за час до еды и приема других лекарственных препаратов, курс лечения составлял 3 недели. В процессе терапии отмечалось купирование клинических проявлений (зуд, сухость, гиперемия) в более короткие сроки, чем при стандартной терапии (7–10 и 15–20 дней соответственно). Динамика индекса SCORAD была интенсивнее, особенно при легкой и средней форме тяжести АД. Пациенты отмечали удобство применения, отсутствие побочных эффектов и неприятных ощущений при приеме препарата. Применение Лактофилтрума позволяет значительно повысить эффективность терапии АД, особенно сочетанных форм, снизить сроки пребывания пациентов в стационаре, повысить качество жизни пациентов. Препарат обладает хорошей переносимостью и комплаентностью и может быть рекомендован для применения в амбулаторных условиях с целью коррекции эндотоксемии при АД и увеличения сроков ремиссии заболевания. ☀



ЗДОРОВЫЙ КРАСИВАЯ КИШЕЧНИК КОЖА



- улучшает защитную функцию кожи
- эффективен при аллергических заболеваниях (атопический дерматит, крапивница)
- нормализует микрофлору кишечника
- восстанавливает иммунитет

ЛАКТОФИЛЬТРУМ®

ЗДОРОВЫЙ КИШЕЧНИК –
КРАСИВАЯ КОЖА

www.lactofiltrum.ru



Особенности терапии атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, у детей

Д.м.н. Е.В. ДВОРЯНКОВА, Р.О. ЖУКОВСКИЙ,
д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ

Атопический дерматит (АД) является самым распространенным заболеванием в детской дерматологической практике. В качестве местной терапии АД наиболее эффективны комбинированные препараты, одним из которых является Пимафукорт. В статье приводятся данные анализа клинической эффективности препарата по результатам наблюдения у 48 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с диагнозом «атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией». Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности крема Пимафукорт в терапии грибково-бактериальных осложнений атопического дерматита.

В настоящее время атопией страдают 6–15% населения, а у детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет диагноз атопического дерматита ставится в 20–30% случаев [1]. В дерматологической практике очень часто к различным дерматозам присоединяется вторичная инфекция, которая может быть вызвана как бактериальной, так и микотической флорой, а в некоторых случаях той и другой одновременно.

По данным кожно-венерологического диспансера № 15 (г. Москва) за 2010 г., из обратившихся за помощью 378 детей с атопическим дерматитом впервые

данный диагноз был установлен у 204 пациентов младше 5 лет; 119 пациентов с атопическим дерматитом были подростками, АД был впервые выявлен у 9 человек.

У детей до 2 лет наиболее часто встречается экссудативная форма, с 2 до 12 лет – эритематозно-сквамозная форма АД. У подростков чаще встречается лихеноидная и пруригинозная формы АД. Клинические проявления заболевания зависят как от возраста пациента, так и от наличия других дерматологических заболеваний, в частности ихтиоза.

Клинические проявления АД при младенческой форме (экссудативно-

катаральный диатез) выражены гиперемией, отечностью, микро-везикулезными высыпаниями, экссудацией, корками, трещинами и шелушением, которые, как правило, локализуются на лице, поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямках, запястьях, туловище, ягодичах и сопровождаются сильным зудом. Патологические изменения затрагивают в основном эпидермис, имеются признаки смешанного или красного дермографизма. Начальная стадия, проявляющаяся гиперемией и отечностью щек, легким шелушением, переходящей эритемой кожи щек и ягодич, при условии своевременного начатого лечения является обратимой, в противном случае заболевание переходит в следующую стадию – выраженных изменений (период обострения), которая делится на острую фазу, проявляющуюся эритемой, папулами, переходящими в везикулы, образованием эрозий, корок и шелушением, и хроническую фазу, при которой папулы сменяются шелушащейся поверхностью кожи, эксфолиацией и лихенификацией.

У таких пациентов очень тяжело протекают вирусные и бактериальные инфекции, которые часто сопровождаются генерализацией процесса, а также дерматофитии,



которые развиваются с выраженным отеком, инфильтрацией и часто резистентны к терапии. Но чаще течение АД осложняется присоединением микробной или микотической инфекции, что изменяет типичную картину заболевания.

По данным ряда авторов, микрофлора у больных АД заметно отличается от микрофлоры у здоровых лиц соответствующих возрастных групп [2].

Так, у больных АД отмечается повышенная колонизация кожи *St. aureus*, *Pityrosporum orbiculare*, *Candida* [2]. Снижение резистентности к инфекционным агентам у этих больных в большей мере связано с иммунологическими нарушениями, которые проявляются в снижении хемотаксиса нейтрофилов и моноцитов на фоне повышенной продукции гистамина [2, 3].

Инфекционные поражения кожи у больных атопическим дерматитом проявляются в виде пиодермий, которые вызывают альфа- и гамма-гемолитические стрептококки, золотистый стафилококк, грибковая инфекция, возбудителями ее в большинстве случаев являются *Candida albicans* и дрожжеподобные грибы *Pityrosporum orbiculare* [1, 3].

Появление комбинированных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды (ГКС), позволило решить ряд проблем в лечении таких пациентов. При бактериальных поражениях кожи на фоне хронической экземы используются ГКС-содержащие антибиотики, однако их применение может спровоцировать бурный рост сапрофитной кандидозной флоры, что, естественно, осложняет течение заболевания. То же самое наблюдается при лечении микозов на фоне аллергических заболеваний ГКС-содержащими антимикотиками, в этом случае процесс может осложняться присоединением бактериальной флоры.

Наиболее эффективны в качестве местной терапии комбинированные препараты, в состав которых помимо ГКС входят антибактериальные и антимикотические средства, что позволяет воздействовать

одновременно на все звенья патологического процесса [4].

Одним из представителей комбинированных ГКС-содержащих препаратов, в состав которых входит антибиотик и антимикотик, является Пимафукорт. Он представляет собой комбинацию из 1% гидрокортизона, 1% натамицина и 0,35% неомицина на кремовой или мазевой основе.

Входящий в состав препарата глюкокортикостероид гидрокортизон обладает местным противовоспалительным, противозудным действием и показан при наличии местных воспалительных явлений и зуде.

Неомицин – антибиотик широкого спектра действия, активный в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, что обеспечивает высокую эффективность препарата при местном применении для лечения первичных и вторичных инфекций кожи.

Антимикотик натамицин является синтетическим средством широкого спектра действия, влияющим на стеролы мембраны грибковой клетки, показан для местного применения при лечении микозов, вызванных грибами *Candida albicans*, *Trichophyton rubrum* и др.

На сегодняшний день Пимафукорт – единственный препарат тройного действия, который может применяться у детей до двух лет.

Под нашим наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с диагнозом «атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией». Проведенное лабораторное исследование показало, что у 56% пациентов в очагах поражения присутствовали как *Candida alb.*, так и *St. aureus* в высоких концентрациях, у 26% – *Candida alb.* и *Protea inconstans*, у 13% – *St. aureus* и *St. epiderm.*, у 5% – *St. epiderm.*, *Pantoea agglomerans*, *St. saproth.*

Всем пациентам местно назначался крем Пимафукорт на 7–10 дней 2 раза в день, после исчезновения острых проявлений пациентам назначался Локоид 1 раз в день утром и Локобейз Рипеа на ночь до полного исчезновения прояв-



Рис. 1. Атопический дерматит без лечения



Рис. 2. Атопический дерматит после лечения

лений. В дальнейшем в качестве средства для ухода использовался Локобейз Рипеа.

В качестве примера приводим историю болезни пациента С. 4 лет, обратившегося с диагнозом «атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией». Высыпания на коже беспокоят с 9 месяцев после перенесенного ОРВИ. Обострения, как правило, связаны с респираторным заболеванием. При обращении у пациента наблюдались высыпания в виде папулезных элементов, многослойных серозно-геморрагических корочек, экскориаций, которые располагались на коже туловища и конечностей на фоне выраженной гиперемии и инфильтрации (рис. 1). Местно ребенку однократно был назначен Фукорцин и крем Пимафукорт 2 раза в день, на 7-й день остро-воспалительные проявления разрешились, оставались единичные папулезные элементы и единичные геморрагические корочки (рис. 2). Ребенку рекомендован Локоид 1 раз в день до полного разрешения высыпаний.

Полученные результаты продемонстрировали высокую эффективность крема Пимафукорт в терапии микобактериальных осложнений атопического дерматита и возможность применения препарата в тех случаях, когда проведение лабораторных исследований на флору в очагах поражения невозможно или затруднительно. ✨



Лазолван® в лечении кашля у детей

Д.м.н., проф. Н.А. ГЕППЕ, к.м.н. М.Н. СНЕГОЦКАЯ

Основными целями противокашлевого лечения являются разжижение мокроты, восстановление функций реснитчатого эпителия бронхов и улучшение эвакуации мокроты. По мнению авторов статьи, оптимальный противокашлевый препарат должен сочетать свойства муколитика и мукокинетики. К этой группе фармакологических средств относится амброксол (Лазолван®), который представляет собой активный метаболит бромгексина. В статье подробно описывается применение Лазолвана® для лечения острых бронхитов, профилактики дистресс-синдрома у недоношенных детей, лечения ОРВИ и пневмоний.

Осенне-зимний период всегда связан с высоким уровнем заболеваемости вирусными инфекциями у детей, которые нередко сопровождаются длительным кашлем и развитием бронхита. Кашель – важнейший рефлекс, помогающий очистить бронхи от скопившегося секрета, но он может иногда серьезно отягощать состояние ребенка, особенно в первые дни заболевания, в период «сухого» кашля, когда тяжело откашливается мокрота. Образование мокроты является облигатным звеном при инфекционных заболеваниях дыхательной системы. В первые дни заболевания при попадании вирусов в дыхательные пути организм защищается от проникновения инфекции с помощью образования густого секрета. Накапливаясь в бронхах, мокрота мешает нормальному поступлению кислорода в альвеолы, нарушаются реакции местного иммунитета, страдает дренажная

функция легких. Эти изменения свойств мокроты приводят к появлению непродуктивного кашля, который не выполняет защитную функцию.

Механизм кашля – это сложный патофизиологический процесс, который наиболее часто развивается в ответ на попадание в просвет бронхов инородных частиц. Существует много причин возникновения кашля у детей: инфекционно-воспалительные процессы в верхних и нижних отделах дыхательных путей (ОРВИ, ангины, фарингиты, синуситы, обострение тонзиллита, ларингиты); ирритативное воспаление слизистых респираторного тракта; аллергическое воспаление респираторного тракта; бронхообструктивный синдром; аспирационный синдром; сдавление бронхов экзогенными образованиями и т.д.

Воспалительные изменения слизистой оболочки воздухоносных путей, воспалительные процессы

в плевре приводят к раздражению окончаний блуждающего нерва, афферентному возбуждению кашлевого центра и появлению кашля. Кашель, который при определенных состояниях теряет свою защитную функцию, переходя в патологический затяжной процесс, требует тщательного обследования больного и подбора адекватной терапии. Успех лечения зависит от знания врачом основных причин возникшего затяжного кашля и механизма действия противокашлевых препаратов.

Образование трахеобронхиального секрета необходимо для нормального функционирования респираторной системы. В его образовании участвуют компоненты плазмы. Значительную роль в образовании мокроты играют слизистые и серозные клетки подслизистых желез, бокаловидные клетки и клетки Клара. Трахеобронхиальный секрет содержит сурфактант альвеолярных пневмоцитов, иммуноглобулины, различные секретируемые белки, продукты дегенерации и распада собственных клеток и микроорганизмов.

К моменту рождения ребенка в его дыхательных путях образуется достаточное количество секрета, обладающего полным набором факторов защиты.

Трахеобронхиальный секрет характеризуется определенными физико-химическими свойствами: вязкостью, эластичностью (реологические характеристики секрета), а также адгезией, от которых зави-



сит его способность к текучести. По физико-химической структуре он представляет собой многокомпонентный коллоидный раствор, состоящий из двух фаз: растворимой, жидкой (золь) и нерастворимой, вязко-эластичной (гель).

Золь слоем толщиной 2–4 мкм обволакивает непосредственно слизистую оболочку, в нем «плавают» и сокращаются реснички клеток эпителия слизистой оболочки бронхов. В состав золя входят электролиты, сывороточные компоненты, местно-секретируемые белки, биологически активные вещества, ферменты и их ингибиторы. По мере продвижения слизи от терминальных бронхиол к бронхам секрет смешивается с содержимым бокаловидных клеток и мукоидных желез, формируя гель.

Гель – верхний, наружный слой бронхиального секрета толщиной 2 мкм – состоит из капель и комков слизи, осевших на поверхности золя. Гликопротеины геля формируют фибриллярную структуру, представляющую собой ячеистую сеть, «прошитую» водородными связями. Гель способен перемещаться только после превышения предела текучести, т.е. когда разрываются связанные между собой ригидные цепи (поперечные дисульфидные и водородные связи).

В дыхательных путях взрослого человека продуцируется от 10–15 до 100–150 мл бронхиального секрета. В норме процесс образования секрета связан с его адекватным выведением, в механизме которого участвуют многочисленные компоненты очистительной системы бронхов. Важнейшим механизмом, обеспечивающим санацию дыхательных путей, является мукоцилиарный клиренс. Он реализуется с помощью цилиарных клеток, каждая из которых содержит около 200 ресничек, совершающих до 260 колебательных движений в минуту. Скорость мукоцилиарного транспорта у здорового человека варьирует от 4 до 20 мм/мин. Реснитчатый эпителий выводит частицы, осевшие в воздухоносных путях, в течение

нескольких часов, в то время как частицы, достигшие альвеол, удаляются через несколько дней или месяцев. В последнем случае имеет значение их фагоцитоз альвеолярными макрофагами. Очищающая функция эпителия может быть усилена кашлевыми толчками, удаляющими избыток слизи под давлением до 300 мм рт. ст. и при скорости потока воздуха 5–6 л/с. Слизь, выброшенную кашлевыми толчками, маленькие дети обычно проглатывают.

Совокупность образования бронхиального секрета и его транспорта – одна из важнейших функций органов дыхания. Нарушение любого звена этой системы приводит к дезадаптации и развитию заболевания.

Первый ответ слизистой трахеобронхиального дерева на внедрение повреждающего инфекционного или неинфекционного агента – воспалительная реакция с гиперсекрецией слизи бокаловидными клетками и железами подслизистого слоя. При этом развивается гиперплазия бокаловидных клеток, причем увеличивается не только количество клеток, но и площадь их распространения. При инфекционных процессах в дыхательных путях механизмы фагоцитоза и функция реснитчатого эпителия могут оказаться недостаточными. В этом случае активная деятельность желез приводит к развитию бронхореи, вырабатывается секрет с низким уровнем гликопротеинов. Хронизация воспаления приводит к перестройке слизистой оболочки и эпителия.

Хронический воспалительный процесс сопровождается продукцией вязкой слизи, повышением вязкоэластичных свойств бронхиального секрета, качественным изменением его состава: снижением содержания IgA, интерферона, лактоферрина, лизоцима – основных факторов местного иммунитета, обладающих противовирусной и противомикробной активностью. Скопление измененной слизи нарушает местный иммунологический ответ, т.е. происходит ослабление защитно-

Эффективность применения Лазолвана® для лечения острых бронхитов доказана в ходе проведения многих клинических исследований, а опыт его применения насчитывает уже более 30 лет. Лазолван® восстанавливает нарушенную функцию слизистых оболочек дыхательных путей, ускоряет выведение мокроты и слизи, способствует разжижению застойной и вязкой мокроты, а также синтезу сурфактанта.

го комплекса органов дыхания. Избыточное слизеобразование нарушает дренажную функцию бронхов и приводит к их обструкции. Трансформация слизистой мокроты в слизисто-гнойную и гнойную сочетается с еще большим повышением вязкости, обусловленным увеличением количества нейтральных муцинов при снижении продукции кислых, чему также способствует возникновение дисульфидных водородных связей между молекулами муцина. Все эти процессы ведут к повышению гидрофобности мокроты и преобладанию фракции геля над золем. Наряду с объемом и вязкостью меняются эластические и адгезивные свойства мокроты, что связано с активностью протеолитических ферментов бактерий и собственных лейкоцитов, а также нарушением целостности слизистой оболочки бронхов.

При любом бронхолегочном заболевании необходимо прежде всего определить его причины и назначить этиотропную терапию. Необходимость в лечении собственно кашля, т.е. в назначении так называемой противокашлевой терапии, возникает главным образом при наличии у ребенка непродуктивного, сухого, навязчивого кашля. Особенность его заключается в том, что он не при-



водит к эвакуации скопившегося в дыхательных путях секрета и/или не освобождает рецепторы слизистой респираторного тракта от раздражающего воздействия, например, при ирритативном, инфекционном или аллергическом воспалении. В связи с этим очень важно выбрать оптимальный вариант проведения муколитической терапии, основными задачами которой являются стимуляция выведения слизи, ее разжижение, уменьшение ее внутриклеточного образования и регидратация. Таким образом, эффективность противокашлевой терапии заключается в усилении кашля при условии перевода его из сухого, непродуктивного во влажный, продуктивный. В конечном счете это приводит к выполнению санитарной функции кашля и выздоровлению.

При лечении продуктивного кашля с обильной мокротой главная задача заключается в изменении физико-химических свойств секрета (снижении вязкости и адгезивности). Такая терапия необходима в тех случаях, когда очень интенсивный кашель сопровождается рвотой или имеется риск развития аспирации, например, у детей с тяжелой патологией центральной нервной системы, миопатией, у новорожденных и недоношенных детей. Для правильного выбора противокашлевого лечения необходимо на основании анамнестических, физикальных и – при необходимости – дополнительных лабораторных и/или инструментальных данных оценить характер кашля (продуктивность, интенсивность, степень влияния на состояние больного) и бронхиального секрета (слизистый или гнойный, степень вязкости, «подвижности», количество и т.д.), выявить причину кашля, оценить возможность наличия бронхоспазма, а также хорошо понимать механизмы действия противокашлевых препаратов.

Среди препаратов с противокашлевым эффектом можно выделить:

- 1) противокашлевые средства (центрального и периферического действия);

- 2) препараты с опосредованным противокашлевым эффектом (бронхорасширяющие, противовоспалительные, противоаллергические, противоотечные и др.);

- 3) комбинированные препараты. Препараты противокашлевого действия принято делить на две основные группы: центрального действия и периферического (афферентные, эфферентные и сочетанные).

Наиболее эффективными противокашлевыми препаратами с эфферентным периферическим действием являются муколитические. Препараты этой группы в настоящее время широко применяются при лечении бронхолегочных заболеваний у детей. Муколитические препараты показаны при заболеваниях органов дыхания, сопровождающихся продуктивным кашлем с густой, вязкой, трудноотделяемой мокротой. По механизму действия муколитические препараты подразделяют на 3 основные группы:

- 1) муколитики, влияющие на реологические свойства слизи (вязкость, эластичность):
 - синтетические (бромгексин, амброксол, ацетилцистеин и карбоцистеин);
 - природного происхождения (ферменты, растительные средства);
- 2) мукокинетики, ускоряющие транспорт слизи;
- 3) мукорегуляторы, уменьшающие образование слизи (карбоцистеин, глюкокортикостероиды, М-холинолитики).

Эффективность проводимой муколитической терапии оценивается по изменению характера кашля или его уменьшению, а также по улучшению аускультативной картины. Оценить уменьшение количества отделяемого секрета у детей, как правило, не представляется возможным.

В настоящее время в педиатрической практике для лечения заболеваний органов дыхания, сопровождающихся образованием вязкой трудноотделяемой мокроты (острые и хронические бронхиты, ларингиты, обструктивный

бронхит, пневмония, бронхоэктазы, бронхиальная астма, бронхиолиты, муковисцидоз), широко применяется муколитик Лазолван® (амброксол).

При приеме Лазолвана® происходит стимуляция продукции серозного компонента бронхиального секрета. Таким образом, Лазолван® способствует образованию качественно измененного секрета. По данным ряда авторов, применение Лазолвана® улучшает показатели функции внешнего дыхания у больных с бронхообструкцией и способствует уменьшению гипоксемии.

Лазолван® играет важную роль в местном иммунитете: стимулирует образование сурфактанта, что улучшает процесс обволакивания микроорганизмов и таким образом препятствует проникновению их в клетки эпителия легких (фагоцит уничтожает микробы только в таком виде). Таким образом, Лазолван® активизирует фагоциты через стимуляцию выработки сурфактанта. Сурфактант усиливает хемотаксис альвеолярных макрофагов к бактериальным агентам в легочном лаваже. Применение Лазолвана® при повторных бронхитах не только приводит к улучшению функции внешнего дыхания, но и сопровождается повышением концентрации фосфатидилхолина в выдыхаемом воздухе, что свидетельствует об улучшении продукции сурфактанта.

Сурфактант способствует уменьшению застоя бронхиального содержимого, нормализации вязко-эластических свойств секрета и скорости мукоцилиарного транспорта. Результатом является уменьшение бронхообструкции. В педиатрической практике Лазолван® применяется в ходе лечения широкого спектра патологий бронхолегочной системы.

Применение Лазолвана® для лечения острых бронхитов

Острый бронхит является одним из наиболее широко распространенных осложнений гриппа и прочих острых респираторных



заболеваний вирусной либо бактериальной этиологии. Одним из основных симптомов острого бронхита является кашель. Течение острого бронхита сопровождается увеличением количества выделяемой мокроты, а также изменениями ее свойств. Скопление мокроты в просвете бронхов вызывает снижение их дренажной функции, приводит к нарушениям мукоцилиарного клиренса и местных защитных реакций иммунитета. Все эти факторы приводят к тому, что кашель становится малопродуктивным, снижается выполняемая им защитная функция.

Принимая во внимание данные особенности течения острых бронхитов, включение в состав комплексного лечения лекарственных средств, снижающих вязкость мокроты, является важным компонентом терапии.

Эффективность применения Лазолвана® для лечения острых бронхитов доказана в ходе проведения многих клинических исследований, а опыт его применения насчитывает уже более 30 лет.

Лазолван® восстанавливает нарушенную функцию слизистых оболочек дыхательных путей, ускоряет выведение мокроты и слизи, способствует разжижению застойной и вязкой мокроты. Лазолван® оказывает непосредственное стимулирующее действие на движение ресничек эпителиальных клеток бронхов и препятствует их слипанию, что способствует выведению мокроты. Максимальный положительный эффект Лазолвана® отмечается обычно на вторые – третьи сутки приема препарата.

Результаты исследований показывают, что Лазолван® хорошо переносится больными различных возрастных групп. Преимуществами препарата являются практически полное отсутствие побочных эффектов и удобство применения.

На фоне лечения Лазолваном® у больных наблюдается уменьшение интенсивности кашля, происходит снижение вязкости мокроты и улучшение процесса

ее откашливания. У пациентов с острыми бронхитами, принимающих Лазолван®, отмечается положительная динамика функции внешнего дыхания.

Применение в клинической практике Лазолвана® способствует восстановлению функционирования слизистой оболочки всех отделов дыхательных путей и текучести бронхиального секрета. Назначение Лазолвана® в комбинации с антибиотиками способствует повышению эффективности проводимой антибиотикотерапии вследствие того, что амброксол способствует увеличению концентрации антибиотиков в бронхах и бронхиальном секрете.

Высокая распространенность среди населения заболеваний органов дыхания, сопровождающихся нарушением бронхиальной секреции и мукоцилиарного клиренса, обуславливает целесообразность назначения Лазолвана® в составе комплексного лечения острых бронхитов.

Лазолван® в профилактике дистресс-синдрома у недоношенных детей

Респираторный дистресс-синдром новорожденных – это комплекс симптомов тяжелой дыхательной недостаточности, возникающих преимущественно в первые часы жизни новорожденных из-за малого количества сурфактанта в альвеолах легких. Сурфактант представляет собой активное вещество сложной структуры, которое вырабатывается специальными клетками (альвеолоцитами II типа) и выстилает альвеолы легких изнутри, препятствуя их спаданию.

Дистресс-синдром развивается преимущественно у недоношенных либо незрелых новорожденных, а также у детей, родившихся путем кесарева сечения. Высокая частота развития данной патологии объясняется тем, что при преждевременных родах легкие новорожденных детей являются еще незрелыми и количество сурфактанта в них недостаточно для полноценного расправления стенок альвеол.

Лазолван® оказывает стимулирующее влияние на синтез сурфактанта и угнетает процесс его распада, что является препятствием для проникновения в эпителиальные клетки дыхательных путей патогенных микроорганизмов. Кроме того, Лазолван® оказывает противовоспалительный и антиоксидантный эффекты.

Профилактика развития дистресс-синдрома у недоношенных детей заключается в проведении мероприятий, направленных на стимуляцию созревания легких у плода. С этой целью применяется Лазолван® в форме концентрированного раствора для инфузий, который обладает способностью проникать через плацентарный барьер, благодаря чему его можно использовать в родовом периоде, начиная с 28-й недели беременности.

Большое значение имеет тот факт, что Лазолван® оказывает стимулирующее влияние на синтез сурфактанта и угнетает процесс его распада, что является препятствием для проникновения в эпителиальные клетки дыхательных путей патогенных микроорганизмов. Кроме того, Лазолван® оказывает противовоспалительный и антиоксидантный эффект.

Лазолван® стимулирует пренатальное (внутриутробное) развитие легких за счет увеличения синтеза и секреции сурфактанта, оказывает секретомоторный, секретолитический эффекты. Именно благодаря способности оказывать стимулирующее влияние на образование сурфактанта Лазолван® является одним из основных лекарственных препаратов, применяемых с целью профилактики и лечения дистресс-синдрома у недоношенных детей. Лазолван® также увеличивает двигательную активность реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов, увеличивая мукоцилиарный клиренс.



Использование Лазолвана® позволяет эффективно уменьшить вероятность или полностью отказаться от применения гормональных препаратов в терапии дистресс-синдрома. Особое значение данный факт приобретает в тех случаях, когда гормональная терапия необходима у недоношенных детей либо у беременных женщин, которые имеют противопоказания для проведения глюкокортикоидной терапии. Таким образом, применение Лазолвана® представляет собой одно из эффективных мероприятий профилактики дистресс-синдрома у недоношенных детей и свидетельствует о высокой безопасности препарата.

Лазолван® в лечении ОРВИ

Болезни органов дыхания – одна из серьезнейших проблем во всем мире. Примерно половину из них составляют так называемые ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции), которые возникают преимущественно в осенне-зимний период.

Лазолван® снижает вязкость бронхиального секрета путем расщепления кислых мукополисахаридов мокроты, а также способствует высвобождению лизосомальных ферментов бронхиальными железами. Препарат улучшает работу ресничек мерцательного эпителия бронхолегочного дерева, что приводит к эффективному очищению дыхательных путей от патологического секрета.

ОРВИ и грипп особенно опасны своими осложнениями – пневмонией и бронхитом. Ведущий симптом этих заболеваний – мучительный кашель. При инфекционных заболеваниях легких мокрота выделяется в большом количестве, она становится более вязкой и менее текучей. В этих

случаях проводится комплексная терапия заболевания, в которую обязательно включают лекарственные препараты, облегчающие отхождение мокроты.

Преимущество Лазолвана® заключается в том, что он, в отличие от других муколитиков, стимулирует выработку сурфактанта. Сурфактант способствует удалению из бронхов вирусов и бактерий, регулирует функции всех отделов дыхательных путей, особенно нижних. Данное свойство Лазолвана® имеет важное значение при лечении пневмоний и предупреждении закупорки бронхов при обструктивном бронхите и бронхиальной астме.

Лазолван® разрешается применять длительно при лечении острого бронхита и как средство профилактики обострений хронического бронхита. Кроме того, использование Лазолвана® значительно уменьшает признаки клинических проявлений такого тяжелого состояния, как респираторный дистресс-синдром.

В ежеквартальном международном справочнике IMS DATA отмечается, что при хроническом бронхите в фазе обострения, а также при остром бронхите в 80% случаев муколитики назначают вместе с антибиотиками. Лазолван® потенцирует действие антибиотиков и способствует более выраженному и стабильному клиническому эффекту антибактериальной терапии. Лазолван® положительно влияет на оксигенацию крови в легких при дистресс-синдроме, который возникает на фоне искусственной вентиляции легких (ИВЛ). После оперативных вмешательств в органах брюшной полости часто приходится использовать ИВЛ. Доказано, что длительная ИВЛ нарушает нормальное функционирование легких: дренаж бронхов ухудшается, растяжимость легочной ткани уменьшается, возникает гиповентиляция. Лазолван® помогает устранить эти явления, поскольку разжижает бронхиальный секрет и способствует его отхождению.

К особым достоинствам Лазолвана® относится высокий профиль безопасности и удобство приме-

нения в клинической практике благодаря наличию различных лекарственных форм (сироп двух видов для детей и взрослых, раствор для ингаляций и приема внутрь, таблетки).

Лазолван® в лечении пневмоний

Пневмонии по-прежнему относятся к одной из наиболее острых проблем современной практической медицины.

Наиболее важной задачей патогенетического комплексного лечения пневмонии является нормализация так называемого эндобронхиального гомеостаза. Наряду с проведением антибактериальной терапии такое лечение включает применение препаратов, направленных на восстановление мукоцилиарного клиренса, разжижение мокроты и ее последующее выведение из дыхательных путей. В клинической практике в составе комплексного лечения пневмонии наряду с другими муколитическими лекарственными средствами широко применяют Лазолван®, который обладает также выраженным противовоспалительным и антиоксидантным эффектом.

В заключение следует отметить, что муколитическая терапия является важной составной частью комплекса терапевтических мероприятий у детей с респираторными заболеваниями. Эти препараты используются наряду с противоинфекционными средствами и другими симптоматическими лекарствами, значительно облегчая состояние больного. Основным показанием к применению муколитиков является интенсивный кашель вследствие скопления в дыхательных путях вязкой мокроты, нарушающей вентиляционную и дренажную функции респираторной системы. Необходимо учитывать, что применение муколитических средств должно сопровождаться применением методов кинезиотерапии (массаж, дренаж), улучшающих эвакуацию бронхиального секрета, и обязательной гидратацией в достаточном объеме, что особенно важно у детей младшего возраста. ❀

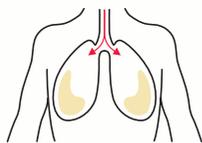


1-2-3: кашлю не место в груди!

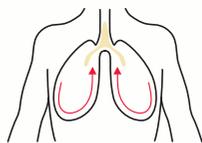


СО ВКУСОМ МАЛИНЫ

- Лечит кашель при острых и хронических заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей у взрослых и детей
- Безопасность препарата подтверждена клиническими исследованиями и многолетним опытом применения
- Может применяться с осторожностью у беременных (II и III триместр) и новорожденных
- Обладает результативным муколитическим и мукорегуляторным эффектом
- Способствует проникновению антибиотиков в очаги инфекции и усиливает их действие
- Является оригинальным препаратом



1. Разжижает



2. Очищает



3. Защищает



Сироп 15 мг/5 мл 100 мл П N014992/03 от 17.03.2010. Сироп 30 мг/5 мл 100 мл П N014992/02 от 04.03.2010. Реклама
Таблетки П N014992/01 от 04.03.2010. Раствор для приема внутрь и ингаляций 7,5 мг/мл 100 мл – П N016159/01 от 06.05.2010



**Boehringer
Ingelheim**

125 years more health

000 «Берингер Ингельхайм»
тел.: (495) 411-78-01, факс: (495) 411-78-02;
119049 г. Москва, ул. Донская, д. 29/9, стр. 1

www.lasolvan.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.



Актуальное интервью

С.И. ПЕТРОВА: «Не занимайтесь самолечением!»



– Светлана Ивановна, с какими детскими заболеваниями Вам как педиатру чаще приходится сталкиваться?

– К нам в отделение поступают дети с острой и хронической патологией органов дыхания, много детей раннего возраста, которые являются наиболее проблемной категорией по тяжести и длительности заболеваний дыхательных путей. Как пульмонолог я работаю в амбулаторной практике с часто болеющими детьми. Занимаюсь проблемой хронического кашля в детском возрасте, инфекциями нижних дыхательных путей, обструктивными болезнями легких. В нашем отделении уже более 10 лет изучается этиология респираторных инфекций и ведется мониторинг антибактериальной терапии больных с инфекциями нижних дыхательных путей, в частности с пневмонией. В 2000 г. мы зафиксировали и опубликовали данные по подъему заболеваемости пневмонией на фоне

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп являются самыми распространенными инфекциями, с которыми сталкиваются как врачи общей практики, так и инфекционисты. Причины этого – многообразие этиологических факторов заболевания и легкость инфицирования. Вопросы профилактики и лечения респираторных инфекций у детей стали темой интервью с доцентом кафедры факультетской педиатрии, врачом отделения пульмонологии Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии Светланой Ивановной ПЕТРОВОЙ.

респираторного хламидиоза. В течение последних двух лет наблюдалось увеличение частоты респираторного микоплазмоза, а с зимнего периода этого года вновь намечается подъем респираторного хламидиоза.

Однако чаще всего причиной острых респираторных инфекций являются не атипичные возбудители, а пневмококк. Именно на него должна быть направлена антибактериальная терапия, в первую очередь бета-лактамами антибиотиками с высокой антипневмококковой активностью. К сожалению, некоторые врачи не очень хорошо знают структуру назначаемых антибиотиков, пользуются лишь рекламными сведениями. По этой причине антибиотики назначаются без учета их спектра действия, строгого выполнения рекомендаций (оптимальные дозы, кратность приема), что приводит к формированию устойчивости к антибиотикам. Детская категория пациентов вызывает особую тревогу, и у некоторых педиатров сложилось мнение, что при первых же симптомах ОРВИ, повышении температуры, кашле следует назначать антибиотики, что чаще является неоправданным.

У врачей амбулаторного звена недостаточно знаний об этиологии респираторных инфекций. Сейчас много публикаций по этой теме, но в основном они касаются взрослых пациентов. Это связано с трудностью получения мокроты, особенно у детей раннего возраста, недостаточным оснащением лабораторий. Наша академия является мощным научным центром, имеющим большие возможности изучения этиологического спектра, и не только респираторных инфекций. Еще одна важная проблема, которой занимается наша академия, – это связь аллергии с ОРЗ. Современный образ жизни ведет к росту числа атопиков, аллергиков. Эта тенденция наблюдается даже среди детей, чьи родители не страдают атопическими заболеваниями. Основными причинами этого признаны снижение инфекционных заболеваний, в первую очередь бактериальных, чрезмерное использование антибиотиков во всех сферах нашей жизни (медицине, ветеринарии, средствах гигиены), изменение характера питания. Дети первых 3–5 лет жизни могут болеть в среднем не чаще 6–8 раз в год нетяжелыми управляемыми



Актуальное интервью

неосложненными респираторными инфекциями. Это способствует переключению иммунитета в сторону повышения противовирусной защиты и снижению аллергического иммунного ответа. Именно формирование атопического иммунного ответа является причиной роста заболеваемости бронхиальной астмой в детском возрасте.

– Какова динамика детской заболеваемости в вашем регионе?

– Болезни органов дыхания всегда лидировали, и в последние десятилетия отмечается некоторый подъем респираторных заболеваний у детей. Сейчас наметился рост числа больных бронхиальной астмой, может быть, это связано с лучшей диагностикой обструктивных состояний у детей младшего возраста. На мой взгляд, рост заболеваемости ОРЗ у детей младшего возраста связан и с распространенностью курения среди девочек-подростков, беременных женщин и кормящих матерей, а также курением в семьях (пассивное курение еще более опасно). Мы, медики, недостаточно пропагандируем вред курения. А между тем это доказанный факт – курение беременной и кормящей матери неизбежно приводит к частым ОРЗ у ребенка, формированию гиперреактивности, а значит, гарантированной обструкции дыхательных путей. Обструктивные заболевания бронхолегочной системы становятся сейчас лидирующими в мире. Это может быть связано и с негативными изменениями окружающей среды, в первую очередь в крупных городах.

– Какова специфика вашего региона по заболеваниям и как решаются вопросы профилактики?

– Уровень респираторных заболеваний в северных регионах страны всегда несколько выше. Сейчас начали говорить о проблеме гиповитаминозов, которая в предыдущие годы серьезно изучалась. Дефицит таких витаминов и микроэлементов, как витамины групп С и D, йод, железо, цинк, магний, отражается

на формировании иммунной системы, увеличении хронических инфекций, росте аллергических заболеваний у детей.

– Проводится ли в связи с особенностями региона профилактика заболеваемости?

– Если говорить о профилактике, то она проводится точно. Взять, к примеру, питание. Мы вернулись к тому, что самое полезное, самое экологически правильное – это грудное вскармливание, при этом обязательное условие – полноценный и сбалансированный рацион питания матери. Если грудное вскармливание невозможно, то должны использоваться только специализированные адаптированные смеси, при риске аллергической патологии – гипоаллергенные смеси. Такое питание – основной фактор формирования нормального иммунитета. И важная составляющая – получение полного набора витаминов и микроэлементов. Еще раз повторюсь, очень важна профилактика курения. Это регулируемые процессы, через которые можно повлиять на состояние здоровья детей.

– На Ваш взгляд, какими должны быть предпочтительные источники информации об антибактериальных препаратах?

– К сожалению, при опросах врачей об источниках информации часто выясняется, что врачи получают данные из аннотаций к препаратам и из рекламы. Конечно, врачам необходимо обучение на курсах повышения квалификации. Можно и нужно пользоваться сведениями, размещенными на сайте www.antibiotic.ru. На каждом медицинском конгрессе уделяется большое внимание действию антимикробных препаратов. Но эти конгрессы посещают в основном ведущие специалисты, поэтому необходимо регулярное проведение региональных конференций. Еще один важный источник информации – специализированные независимые периодические издания. Наряду с понятиями внешней и внутренней

политики государства существует понятие «антибактериальная политика». Так, в развитых странах запрещена продажа антибиотиков без рецепта. У нас пока такой практики нет, и родители, к сожалению, могут заниматься самолечением, приобретая, в частности, и антибиотики.

– Сегодня в медицине используются в основном препараты импортного производства, но есть российские фармацевтические компании, такие, например, как «Фармстандарт», которые выходят на рынок с достойной продукцией. Ваше мнение по этому поводу?

– У нас на рынке огромное количество препаратов. На западных рынках нет такого разнообразия однотипных препаратов, имеющих только различные торговые названия. К сожалению, не все врачи знают и используют имеющиеся отечественные рекомендации по лечению тех же острых респираторных заболеваний, где четко прописаны инструкции по применению стартовых и альтернативных антибиотиков, противовирусных и иммуномодулирующих препаратов. Кроме эффективности врач должен учитывать доказанную безопасность препарата. Сейчас много говорят о соотношении эффективности и безопасности лекарственного средства. Не всегда врачи хорошо информированы о безопасности препарата, возможности нежелательных реакций при его применении, особенно у детей. Появление у нас на рынке российских компаний, продукция которых безопасна, – это огромное достижение. Что касается «Фармстандарта», то компания выпускает инновационные препараты, проводит достойные обширные исследования, результатам которых можно доверять. Это выделяет «Фармстандарт» среди российских компаний. На мой взгляд, фармацевтическая промышленность – стратегическая отрасль государства, и такие компании достойно занимают пустующую пока нишу. ✨

Беседовала Н. Прокопович

медиа



Современные подходы к терапии кашля

28 марта в рамках III Всероссийского конгресса по инфекционным болезням при поддержке компании «Фармстандарт» состоялся сателлитный симпозиум «Грипп и острые респираторные вирусные инфекции – актуальность проблемы на современном этапе». На симпозиуме были представлены доклады, посвященные проблемам этиологии и патогенеза кашля у детей при респираторных инфекциях и хронической патологии, а также освещены современные подходы к терапии кашля при различных патологиях.



Профессор
Н.А. Геппе

Эта тема была отражена в докладе профессора, доктора медицинских наук, заведующей кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Н.А. ГЕППЕ. Более подробно она остановилась на современных аспектах терапии кашля у детей, протекающего на фоне респираторных инфекций.

У детей кашель развивается, как правило, на фоне острой респираторной инфекции, вызванной различными вирусными агентами. Нередко это происходит в сочетании с аллергическими воздействиями или действием неблагоприятных факторов окружающей среды.

Новый подход в лечении кашля при ОРВИ у детей

В результате возникают повышенная секреция слизи, воспалительные изменения бронхов, бронхоконстрикция, а также целый комплекс разнообразных реакций, среди которых важнейшее значение имеет повреждение эпителия и рецепторного аппарата бронхов. Причины мукостаза в детском возрасте связаны со многими процессами. Это анатомо-физиологические возрастные особенности респираторного тракта, которые благоприятствуют, особенно в раннем возрасте, формированию сухого или влажного кашля при обструкции нижних дыхательных путей; хронические заболевания, протекающие с постоянным кашлем; бронхиты, бронхиолиты, пневмонии и изменения со стороны верхних дыхательных путей.

В настоящее время использование в клинической практике муколитических препаратов является основной тенденцией при лечении заболеваний дыхательных путей как у детей, так и у взрослых, что нашло отражение в зарубежных руководствах, например, в тезисах Европейского респираторного общества 2010 года.

Выделяют четыре основные группы муколитических препаратов, которые имеют разные механизмы действия. Препараты из группы амброксола обладают секретомоторным, секретолитическим и отхаркивающим действием, увеличивают секрецию сурфактанта; ацетилцистеины оказывают влияние на разрушение полисахаридных связей и обладают антиоксидантным эффектом, карбоцистеины влияют на секрецию слизи.

Средства растительного происхождения (корень солодки, термопсис, чабрец и др.) оказывают муколитическое действие и имеют минимальные побочные эффекты.

Однако на сегодняшний день, подчеркнула Н.А. Геппе, предпочтение отдается использованию комбинированных препаратов, в составе которых содержатся как растительные, так и химические компоненты. К ним относятся препараты Коделак Бронхо и Коделак Бронхо с чабрецом. Они содержат амброксол, глицирризин, экстракт термопсиса и чабреца. Коделак Бронхо используется для лечения взрослых и детей старше

Сухой Влажный кашель?



ФИТО

эликсир



Препарат для лечения сухого кашля при любом ОРВИ у взрослых и детей с 2-х лет.

Сухой кашель — это кашель без мокроты.

Эликсир «Коделак Фито» разработан для быстрого облегчения приступов сухого кашля у детей и взрослых.



www.pharmstd.ru

ОАО «Фармстандарт», тел.: (495) 970-00-30
Производитель: ОАО «Фармстандарт «Лексредства»

БРОНХО

таблетки



Препараты для лечения кашля с затрудненным отхождением мокроты у взрослых и детей с 2-летнего возраста.

Влажный кашель — это кашель с мокротой, возникающий из-за воспалительного процесса в легких.

Благодаря уникальной комбинации амброксола и глицирризиновой кислоты в составе препараты «Коделак Бронхо» (таблетки) и «Коделак Бронхо с чабрецом» (эликсир) оказывают тройное действие: отхаркивающее, муколитическое и противовоспалительное.

«Коделак Бронхо» снижает интенсивность влажного кашля уже на 3 день приема*, очищает бронхи и уменьшает воспаление.

*Сравнительное изучение эффективности и безопасности применения препаратов Коделак Бронхо в составе комплексной терапии пациентов с обострением хронического бронхита» РГМУ, д.м.н., профессор А.С. Белевский

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ВНИМАТЕЛЬНО
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ОБРАТИТЕСЬ К ВРАЧУ.**



Сателлитный симпозиум компании «Фармстандарт»

12 лет и выпускается в виде таблеток. Коделак Бронхо с чабрецом выпускается в виде эликсира для взрослых и детей старше 2 лет. Компоненты, входящие в состав этих препаратов, влияют одновременно на несколько звеньев патологического процесса. Амброксол усиливает продукцию сурфактанта в легких, активизирует гидролизующие ферменты, снижает вязкость мокроты, улучшает мукоцилиарный транспорт. Глицирризиновая кислота обладает выраженной противовоспалительной активностью, иммуномодулирующим и противовирусным действием, а также способствует регенера-

ции эпителия. Экстракт термопсиса обладает отхаркивающим действием, оказывая умеренное раздражающее действие на рецепторы слизистой оболочки желудка, рефлекторно повышает секрецию бронхиальных желез. Одним из компонентов препарата Коделак Бронхо с чабрецом является чабрец, который наряду с отхаркивающим и муколитическим действием обладает бактерицидной и бактериостатической активностью в отношении различных микробов, вирусов и грибов.

В ходе доклада были представлены результаты исследования эффективности препаратов Коделак

Бронхо с чабрецом и Амбробене у детей 2–12 лет с малопродуктивным кашлем при острых респираторных заболеваниях. Было показано, что изученные препараты сравнимы по своей эффективности и безопасности, однако в группе пациентов, получавших Коделак Бронхо с чабрецом, наблюдалось более быстрое регрессирование симптомов кашля. Были сделаны выводы, что при данной патологии Коделак Бронхо с чабрецом имеет преимущество перед монопрепаратом Амбробене, которое обусловлено его комплексным отхаркивающим и противовоспалительным механизмом действия.



С.И. Петрова

Опытом в лечении ОРВИ поделилась на симпозиуме доцент кафедры факультетской педиатрии Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии С.И. ПЕТРОВА.

В начале своего выступления она отметила, что кашель как симптом является мощным защитным механизмом, направленным на восстановление дренажной функции бронхов. Так, у детей до 10 кашлевых толчков в день считается физиологическим очищением дыхательных путей. Однако

на фоне различных заболеваний может возникать патологический кашель.

У взрослых основными причинами кашля являются постинфекционное бронхиальное воспаление (особенно это касается курящих пациентов), формирующаяся ХОБЛ, проблемы со стороны верхних дыхательных путей, а также бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс, который занимает четвертое место среди причин возникновения кашля.

У детей чаще всего кашель является симптомом острых респираторных инфекций, большое значение в этиологии кашля имеет постинфекционное бронхиальное воспаление. У детей раннего возраста патология верхних дыхательных путей чаще является причиной кашля, чем проблемы со стороны нижних дыхательных путей. Место бронхиальной астмы среди причин кашля в раннем возрасте не столь велико.

Оптимальными препаратами для лечения кашля можно считать мукоурегуляторы, которые влияют

на качество и количество секрета, что очень важно при лечении кашля у детей. С.И. Петрова напомнила слушателям, что при назначении препаратов необходимо учитывать лекарственные взаимодействия. Так, при сочетании амброксола с антибиотиками уменьшается их концентрация в бронхах, ацетилцистеин разрушает антибиотики основных классов: амоксициллин, некоторые цефалоспорины, поэтому совместное их назначение категорически исключено.

В докладе доцента Петровой была также отмечена эффективность современных комбинированных препаратов Коделак Бронхо и Коделак Бронхо с чабрецом у пациентов с хроническими заболеваниями дыхательных путей. Применение этих препаратов способствует быстрому облегчению и прекращению симптомов кашля, улучшению дренажной функции бронхов, а также снижению уровня медиаторов воспаления. 72% детей и их родителей указывали на положительный эффект при приеме этих препаратов. 🌸

Кашель как симптом ОРВИ: когда и чем лечить



Научно-практическая конференция с международным участием

«ФАРМАКОТЕРАПИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ»

VIII Конференция «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе»,

II Конференция педиатров-нефрологов Приволжского федерального округа,

IX Форум «Дети и лекарства»,

V Форум «Питание и здоровье детей»,

II Форум «Актуальные проблемы детской хирургии, анестезиологии-реаниматологии»

20 – 22 сентября 2011 года

г. Казань, ул. Ершова, д. 1, Гостиничный комплекс «Корстон-Казань», Бизнес-центр

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем вас принять участие в конференциях, форумах и 13-й Медицинской специализированной выставке «Охрана здоровья детей – новые технологии-2011».

В ходе работы Конференции будут комплексно рассмотрены вопросы организации службы охраны здоровья детей, обсуждены наиболее актуальные проблемы современной педиатрии. В их числе:

- Лекарственное обеспечение и модернизация системы оказания медицинской помощи детям
- Организационные проблемы педиатрии. Первичная медико-санитарная помощь детям
- Современные подходы в работе реанимационно-консультативных центров в регионах
- Применение стандартов, протоколов и клинических рекомендаций в диагностике и лечении детских болезней
- Новости Национального календаря вакцинопрофилактики
- Актуальные проблемы детской хирургии, уроandroлогии, ортопедии и травматологии детского возраста
- Новые концепции в детском питании
- Актуальные проблемы детских инфекций

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ И ФОРУМОВ:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Российская академия медицинских наук, Союз педиатров России, Научный центр здоровья детей РАМН, Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России, Казанский государственный медицинский университет Росздрава, Казанская государственная медицинская академия Росздрава, ВК «Меткомцентр».

Заявки на доклады и симпозиумы принимаются до 15 мая 2011 г., тезисы для публикации – до 15 июня 2011 г., работы на Конкурс молодых ученых – до 15 июня 2011 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конференциях, Форумах, выставке, Конкурсе работ молодых ученых и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 783-27-93, 134-30-83; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65, 631-14-12 и на вебсайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru. Адрес оргкомитета Конференции: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62 – Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: orgkomitet@nczd.ru



**МЕДИЦИНСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
«ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ - 2011»**

21 – 22 сентября 2011 года,

г. Казань, ул. Ершова, д. 1,

Гостиничный комплекс «Корстон-Казань», Бизнес-центр

Параллельно с Конференциями и Форумами пройдет 13-я Медицинская специализированная выставка «Охрана здоровья детей – новые технологии-2011», на стендах которой будет представлено свыше 50 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 20 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 2000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Лабораторное оборудование и приборы
- Медицинские инструменты
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник
- Детское питание
- Витамины и гомеопатические средства
- Средства по уходу за детьми
- Специализированные издания и литература

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВКИ: Выставочная компания «Меткомцентр»

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конференциях,

Форумах и выставке можно получить по телефонам: (495) 681-76-65, 631-14-12, e-mail: zmir@sumail.ru



Диагностика аллергических заболеваний

Инновационная научно-исследовательская компания MSD работает над решением актуальных проблем здравоохранения и ведет разработки самых современных препаратов. В преддверии XV Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», проходившего в Москве 14–17 февраля 2011 года, компания MSD провела симпозиум, состоящий из мастер-классов по педиатрии, аллергологии и пульмонологии.



Профессор
Жан Буске

Вопросы особенностей разных степеней тяжести бронхиальной астмы и современные международные рекомендации по лечению затронул в своем выступлении Жан БУСКЕ (проф., Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии). В 1995 г. бронхиальная астма была классифицирована по степени тяжести, за основу была взята функция легких. В настоящее время различают интермиттирующую бронхиальную астму, легкую персистирующую, персистирующую астму средней степени тяжести и тяжелую персистирующую бронхиальную астму. Интересная классификация была предложена в документе GINA. Степень тяжести заболевания определялась по уровню контроля заболевания в отношении симптоматики, функциональных ограничений в течение

2–4 недель и наличию осложнений в течение 6–12 месяцев. Докладчик отметил, что, несмотря на очевидные успехи в достижении контроля астмы, необходимы более высокий уровень терапии и совершенные методы диагностики. Особое внимание следует обращать на обучение пациентов технике ингаляции: некоторые больные вдыхают, но не выдыхают препарат, есть и те, кто просто разбрызгивает его в воздухе.

Ж. Буске упомянул, что он осведомлен об актуальности проблемы доступности терапии в России. Если пациент с тяжелой степенью астмы не получает необходимой терапии, увеличиваются как краткосрочные риски – учащение обострений, так и долгосрочные – опасность ремоделирования, т.е. структурной перестройки, легких. Выступавший сделал акцент на том, что врачам необходимо проверять правильность диагноза, а также выяснять, нет ли у пациента сопутствующих заболеваний, увеличивающих риски. Он привел пример: пациентка обратилась к врачу с диагнозом «тяжелая персистирующая астма», подтвержденным четырьмя специалистами. Она жаловалась на охриплость,

Клинические рекомендации: догма или инструмент мастера?

вызванную высокими дозами ингаляционных кортикостероидов. Объем форсированного выдоха составлял 1,72%, а после применения бета-2-агонистов на 5% увеличился. В результате обследования у пациентки была выявлена эмфизема легких.

Серьезной проблемой, отягчающей течение астмы, является курение, отметил французский пульмонолог. В этом случае важен вопрос о комплаенсе, о выполнении требований врача.

Ж. Буске подчеркнул, что, если у пациента удастся контролировать тяжелую степень бронхиальной астмы, не стоит сокращать объем терапии из-за очень высокого риска развития обострения.

Докладчик рассказал, что после 1997 г. обострения заболевания стали подразделять на тяжелые и легкие. Выяснилось, что в случаях тяжелого обострения более эффективна комбинированная терапия, нежели монотерапия ингаляционными кортикостероидами в тех же дозах. Таким образом, была сформулирована новая концепция терапии.

Очевидно, отметил Ж. Буске, что целью ведения пациентов с бронхиальной астмой должно быть



«Актуальные проблемы педиатрии»

установление контроля над болезнью, который означает отсутствие симптоматики, обострений и нормальное качество жизни, у детей – отсутствие ночного кашля.

Профессор Буске рассказал коллегам, какие вопросы должен задавать врач пациенту при постановке диагноза и оценке уровня контроля астмы. Необходимо выяснить, были ли у больного в течение последних 2–4 недель астматические симптомы ночью. Положительный ответ свидетельствует, что астма у пациента недостаточно контролируется. Следующий вопрос: наблюдаются ли у пациента какие-либо дневные симптомы, включая ограничения нормальной деятельности? Третий вопрос: как часто больной использует ингалятор с бета-2-агонистом для купирования симптомов? Если больше раза в день – болезнь плохо контролируется. Эти вопросы позволяют быстро оценить уровень контроля астмы. Затем необходимо проверить функцию легких – причем обязательно нужно помимо обычной спирометрии сделать пробу с бронходилататором: даже при нормальных показателях функции легких проба часто помогает выявить скрытый бронхоспазм. Важно также выяснить регулярность приема препаратов пациентом.

Следующий вопрос, освещенный докладчиком, касался применения монтелукаста: этот препарат эффективен как монотерапия у пациентов с легкой персистирующей астмой, в комбинациях с другими препаратами для лечения астмы, а также при астме физического усилия. Были рассмотрены рекомендации GINA. На первой ступени пациенту назначаются бета-2-агонисты быстрого действия в режиме «по необходимости». На второй ступени назначаются низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), альтернативой которым являются антилейкотриеновые препараты (АЛТР). На третьей и четвертой ступенях первой линии терапии являются ингаляционные корти-

костероиды, которые назначаются либо в более высоких дозах, либо в комбинациях с бета-2-агонистами длительного действия или с антилейкотриеновыми препаратами. Ингаляционные бета-2-агонисты пролонгированного действия, согласно рекомендациям GINA, нельзя использовать в качестве монотерапии.

Профессор рассказал о большом исследовании, посвященном эффективности комбинации монтелукаста и беклометазона. Оно показало, что если пациент прекращает прием ингаляционных кортикостероидов, то происходит рецидив, если же продолжать терапию – болезнь стабилизируется. Оптимальный ответ на терапию наблюдается при назначении ингаляционных кортикостероидов и монтелукаста.

В исследовании COMPACT приняли участие 889 пациентов, они получали будесонид по 800 мкг 2 раза в сутки (удвоенная доза) и плацебо. Вторая группа получала 800 мкг будесонида и монтелукаст. Выяснилось, что сочетание монтелукаста с кортикостероидом так же эффективно, как удвоенные дозы. При этом у пациентов, одновременно страдающих аллергическим ринитом, ответ на комбинированную терапию будесонидом и монтелукастом был лучше, чем на терапию удвоенной дозой.

Выступавший обратил внимание, что у детей, больных астмой, антилейкотриеновые препараты эффективны при любой степени тяжести заболевания либо в виде монотерапии, либо в комбинациях с другими препаратами. В одном из исследований больные утром принимали флутиказон вместе с сальметеролом, вечером – сальметерол или монтелукаст. Было доказано, что эффективность монтелукаста может быть продемонстрирована по уровню выдыхаемого оксида азота. Однако это интересное исследование лишено практической пользы, поскольку астматики не могут измерить уровень выдыхаемого оксида азота.

Ж. Буске рассказал о рекомендациях для детей дошкольного возраста, болеющих бронхиальной астмой. Он подчеркнул, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов имеют доказанную эффективность у детей старше 5 лет, а также сокращают частоту обострений вирусной и интермиттирующей астмы у детей от 2 до 5 лет. У детей младше 5 лет нужно контролировать бытовые условия (гипоаллергенный быт), при необходимости назначать бета-2-агонисты быстрого действия. Если болезнь частично контролируется, рекомендуются низкие дозы ИГКС или антилейкотриеновые препараты. В случае неконтролируемой астмы или частично контролируемой на фоне ИГКС следует либо удваивать дозу ИГКС, либо использовать низкую дозу ИГКС в сочетании с антилейкотриеновым препаратом. Бета-2-агонисты пролонгированного действия не назначают. В случае тяжелого обострения нужно назначать системные кортикостероиды.

Профессор рассказал об истории применения бета-2-агонистов, вокруг которых четыре десятилетия велась дискуссия. Уже в 1960 г. специалисты начали сомневаться в безопасности этих препаратов. 10 июня 2010 г. было опубликовано новое предложение FDA, в котором говорится, что при лечении астмы применение бета-2-агонистов пролонгированного действия в качестве монотерапии без долгосрочного приема контролирующего препарата, такого как ИГКС, противопоказано. В следующей рекомендации говорится, что бета-2-агонисты длительного действия не следует назначать пациентам, у которых астма нормально контролируется при низкой или средней дозе ИГКС. Бета-2-агонисты длительного действия могут использоваться только как дополнительная терапия у астматиков, которые принимают контролирующие препараты ИГКС в качестве длительной терапии, но в том случае, если они не дают полного контроля над заболеванием.

недлительная



Сателлитный симпозиум компании MSD

ем. У детей бета-2-агонисты пролонгированного действия следует применять только по показаниям в качестве дополнительного к ИГКС препарата.

Далее французский пульмонолог отметил, что у большинства пациентов наблюдается сочетание астмы и ринита, и если назначать им только противоастматическую терапию, то качество жизни будет

снижено. Сейчас антилейкотриеновые препараты можно использовать на всех этапах терапии, а интраназальные ГКС являются первой линией терапии для пациентов со средней или тяжелой степенью астмы. Препарат монтелукаст эффективен в отношении всех симптомов ринита, заложенности носа, зуда, чихания.

Ж. Буске отметил, что группа

экспертов ARIA рекомендует обследовать на наличие астмы пациентов с персистирующим ринитом и, наоборот, пациентов с персистирующей астмой – на ринит. Врачи, подчеркнул Ж. Буске, должны использовать единую стратегию лечения как для нижних дыхательных путей, так и для верхних, с целью обеспечения эффективности и безопасности терапии.



Профессор
Г.А. Новик

В рамках мастер-класса по педиатрии с докладом «Место антилейкотриеновых препаратов в лечении бронхиальной астмы у детей» выступил Г.А. НОВИК (д.м.н., проф., заведующий кафедрой педиатрии им. И.М. Воронцова ФПК и ПП). Геннадий Айзикович отметил, что в настоящее время публикуется огромное количество информации по лечению бронхиальной астмы – до 150 статей в день. В этом информационном потоке сложно разобраться и понять, как диагностировать астму и наиболее эффективно лечить пациентов. Г.А. Новик считает, что ориентироваться нужно на основные документы для практикующих врачей (GINA и Консенсус по педиатрической астме Practical Allergology (PRACTALL)).

Поскольку морфологической основой заболевания является хроническое аллергическое воспаление, препараты, используемые для базисной терапии, должны обладать мощным противовоспалительным действием. Базисными средствами в лечении бронхиальной астмы являются ингаляционные глюкокортикосте-

роиды (ИГКС) и антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР). В то же время продолжается разработка новых препаратов, которые могут воздействовать на другие механизмы воспаления дыхательных путей. Г.А. Новик подчеркнул, что введение в клиническую практику критериев GINA и использование базисной терапии как основы профилактики обострений позволили контролировать течение астмы. Но, к сожалению, полный контроль над заболеванием пока не достигнут.

Причин неконтролируемого течения бронхиальной астмы много. Одна из них – неправильный выбор тактики лечения. В то время как патогенез атопической астмы хорошо известен, механизмы развития неконтролируемой формы заболевания не совсем ясны. Нет точного представления, какие клетки участвуют и являются ведущими в этом процессе. Возможно, это не эозинофилы и не тучные клетки, а другие клетки и медиаторы воспаления.

В 1995–1996 гг. Колгейт и Дэвис выдвинули теорию о наличии двух путей формирования хронического аллергического воспаления: путь, который контролируется глюкокортикостероидами, и альтернативный путь, не зависящий от глюкокортикостероидов. Это был революционный момент, когда появилось понятие гетерогенности бронхиальной астмы. Следующим важным этапом в изучении патогенеза заболевания стала

Базисная терапия – основы профилактики

попытка разделения тяжелой астмы на эозинофильную и нейтрофильную. Пытаясь понять причины неудач при подборе базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы, специалисты выяснили, что аллергическое воспаление может иметь разный характер и быть не только эозинофильным, но и нейтрофильным.

Значительную роль в понимании механизмов бронхиальной астмы у детей сыграл PRACTALL (2008) – первый документ, в котором были дифференцированы эозинофильный и нейтрофильный фенотипы бронхиальной астмы. Эозинофильный фенотип у детей с бронхиальной астмой является ведущим. Для него характерны тяжелое течение заболевания и более высокий риск фатальных исходов. При нейтрофильном фенотипе в развитии воспаления участвуют другие типы клеток. Самая высокая концентрация оксида азота в выдыхаемом воздухе отмечается у больных с эозинофильным фенотипом, для него характерна очень высокая гиперреактивность бронхов. Нейтрофильный фенотип характеризуется низкой концентрацией оксида азота. Ведущим механизмом развития бронхиальной астмы любой формы и фенотипа является хроническое аллергическое воспаление, в котором участвуют разные типы клеток и медиаторы. Воспаление приводит к гиперреактивности бронхов и, что



«Актуальные проблемы педиатрии»

наиболее важно, ремоделированию бронхов. Оно характеризуется массовой гибелью эпителиальных клеток, наличием большого количества слизистых пробок, обязательным утолщением базальной мембраны, гипертрофией и гиперплазией бокаловидных клеток, гипертрофией гладкой мускулатуры бронхов (до 200% и больше), активным ангиогенезом. Возможность влияния на процесс ремоделирования бронхов является ключевым вопросом в терапии бронхиальной астмы, от которого напрямую зависит уста-

новление контроля над течением заболевания, подчеркнул докладчик. Ремоделирование может быть обратимым и необратимым, в зависимости от стадии процесса. У детей процесс ремоделирования обратим, и в этом заключается принципиальное различие между детской и взрослой бронхиальной астмой.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов могут использоваться для достижения более эффективного контроля над течением заболевания благодаря их противовоспалительному эффекту, но при этом надо

учитывать особенности больного и период течения болезни. Применение монтелукаста возможно в качестве монотерапии у больных легкой персистирующей бронхиальной астмой. Если больному среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой старше 12 лет назначают монотерапию препаратом монтелукаст, то это является врачебной ошибкой, при астме средней степени тяжести и тяжелой астме оптимальным является назначение комбинаций препаратов, например, ИГКС и АЛТР, считает Г.А. Новик.

Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы

Аллергический ринит и бронхиальная астма – два взаимосвязанных воспалительных аллергических заболевания, о чем свидетельствуют эпидемиологические данные, общность патофизиологических механизмов и клинических проявлений. Аллергический ринит у пациентов с бронхиальной астмой приводит к ухудшению течения астмы, и на это следует обращать особое внимание при назначении лекарственной терапии. Это стало темой выступления О.М. КУРБАЧЕВОЙ (к.м.н., отделение аллергологии и иммунотерапии Института иммунологии МЗ РФ). Международные руководства GINA и ARIA, которые необходимо использовать при лечении бронхиальной астмы и аллергического ринита, постоянно уточняются и совершенствуются. Однако принципы, заложенные в них изначально, остались неизменными. Главный позитивный момент руководства ARIA 2008 года, отметила О.М. Курбачева, в том, что в документе уделяется особое внимание изучению причин возникновения заболевания. Если у пациента имеет место сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы, возможно, речь идет об идиопатической форме, отметила выступающая.

О.М. Курбачева рассказала, что пациенты с патологией дыхатель-

ной системы очень часто страдают аллергическим конъюнктивитом, причем в последнее время наблюдается тенденция к более тяжелому его течению, и часто именно поражение глаз становится главным фактором, ухудшающим качество жизни больного.

ARIA рекомендует обследовать пациентов с аллергическим ринитом на наличие астмы. Кроме того, маловероятно, что пациент, страдающий астмой, будет жаловаться на симптомы ринита, поэтому необходимо рассматривать и другую ситуацию, т.е. активно обследовать пациента с астмой на наличие аллергического ринита.

О.М. Курбачева рассказала, что при лечении аллергического ринита любой степени тяжести в качестве фармакологических средств применяются топические глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, антилейкотриеновые средства. Системные глюкокортикостероиды в схеме лечения аллергического ринита тоже имеют место, но они применяются в последнюю очередь при самых тяжелых, не поддающихся лечению другими препаратами формах. Если быстрого эффекта от их применения не наступает, следует пересмотреть диагноз. Антилейкотриеновые препараты применимы на



О.М. Курбачева

всех стадиях развития и при любой степени тяжести аллергического ринита.

Аллерголог отметила, что, если состояние больного с бронхиальной астмой ухудшилось, необходимо разобраться, почему это произошло. Часто обострение связано с сопутствующими заболеваниями либо с побочным действием терапии этих заболеваний, которое влияет на состояние и реактивность бронхов.

Начиная со второй ступени терапии бронхиальной астмы антилейкотриеновые препараты используются в качестве дополнительных средств лечения. В первые десять лет после появления антагонистов лейкотриеновых рецепторов предпринимались попытки заменить этими препаратами ингаляционные глюкокортикостероиды, однако эти попытки потерпели неудачу. Монотерапия антагонистами лейкотриеновых рецепторов не дава-



Сателлитный симпозиум компании MSD

ла должного эффекта при лечении обострений бронхиальной астмы. На сегодняшний день антилейкотриеновые препараты применяются в качестве стартовой терапии только при легкой степени бронхиальной астмы, в том числе при ее сочетании с аллергическим ринитом.

В случаях изолированного аллергического ринита или сочетания ринита с бронхиальной астмой, когда классическая терапия не дает выраженного эффекта, добавлять антилейкотриеновые препараты можно и нужно, заметила ведущая мастер-класса.

О.М. Курбачева затронула вопрос о роли лейкотриенов в развитии патологического процесса в бронхах и слизистой оболочке полости носа. Лейкотриены увеличивают проницаемость кровеносных сосудов, вызывая отечность и приводя к развитию бронхиальной обструкции и заложенности носа; стимулируют секрецию слизи и ухудшают мукоцилиарный транспорт, а также транспорт мокроты у пациентов с бронхиальной астмой; действуя на сенсорные волокна, они провоцируют развитие зуда в полости носа. Кроме того, лейкотриены провоцируют сокращение и пролиферацию гладкомышечной ткани бронхов.

Профилактическое действие антилейкотриеновых препаратов при бронхиальной астме О.М. Курбачева оценивает очень высоко. Антилейкотриеновые препараты более эффективны в профилактике ремоделирования бронхов, чем все остальные противоастматические препараты, поскольку предотвращают пролиферацию гладкомышечной ткани бронхов.

После возникновения патологической реакции на провоцирующий фактор, которая развивается в первые полчаса, действие лейкотриенов продолжается и даже усиливается в течение нескольких часов. Именно поэтому лейкотриенам отводится ведущая роль в развитии поздней фазы аллергического ответа и хронизации аллергического воспаления. Аллерголог рассказала, что был изучен уровень лейкотриенов в мокроте у пациентов с бронхиальной астмой. На фоне лечения ингаляционными кортикостероидами уровень лейкотриенов изменялся незначительно.

Обострения бронхиальной астмы хорошо контролируются ингаляционными кортикостероидами при назначении адекватных доз, но если нет адекватного ответа на терапию,

можно добавить антилейкотриеновые препараты, которые блокируют механизмы, участвующие в развитии воспалительной реакции. Поэтому назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов О.М. Курбачева считает необходимым и обоснованным.

Она отметила, что существуют исследования эффективности монотерапии монтелукастом (Сингуляр®) у пациентов с бронхиальной астмой и сезонным аллергическим ринитом в стадии обострения в период цветения растений. Общая оценка симптомов аллергического ринита и качества жизни больных статистически достоверно улучшалась в группе терапии Сингуляром. Мнение пациентов, лечившихся монтелукастом, при оценке симптомов полностью совпало с мнением врачей. Вывод, сделанный в исследовании: применение монтелукаста в лечении пациентов, страдающих бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, является обоснованным, поскольку приводит к значительному улучшению течения обоих заболеваний и позволяет заметно улучшить качество жизни больных, отметила О.М. Курбачева.



Профессор
А.В. Емельянов

Термин «неконтролируемая бронхиальная астма» подразумевает отсутствие контроля над симптомами болезни по любым причинам. Что представляет собой это заболевание и какие имеются возможности профилактики и лечения? Этим во-

Неконтролируемая астма. Что это такое и что делать?

просам посвятил свое выступление А.В. ЕМЕЛЬЯНОВ (д.м.н., проф., заведующий кафедрой пульмонологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования). В первую очередь докладчик остановился на международном определении контроля астмы и тяжести течения болезни, которое было опубликовано в виде совместного документа Американского торакального общества и Европейского респираторного общества. Понятие «контроль астмы» подразумевает степень уменьшения или исчезновения различных клинических проявлений заболевания

под влиянием лечения. Оно применимо к тем больным, которые лечатся лекарственными препаратами. При этом в документе не идет речь о пациентах, у которых астма диагностируется впервые. А.В. Емельянов подчеркнул, что на сегодняшний день контроль астмы означает отсутствие симптомов и ограничений активности, минимальное использование бета-2-агонистов короткого действия, наличие нормальных показателей спирометрии, что в результате приводит к улучшению качества жизни пациентов. Контроль астмы включает обязательную оценку и снижение рисков в буду-



«Актуальные проблемы педиатрии»

щем: частоты обострений, нежелательных реакций на лекарственные препараты. В конечном итоге это попытка достижения снижения частоты обращений за медицинской помощью и госпитализаций, а также уменьшения использования ресурсов здравоохранения.

Следующий вопрос, рассмотренный А.В. Емельяновым, касался возможности прогнозировать состояние больного на год вперед на основании того, как контролировалась бронхиальная астма. Практика показывает, что почти у 75–80% больных с контролируемой бронхиальной астмой состояние остается стабильным и в будущем. Примерно у 20% больных заболевание частично контролируется, но часть пациентов может перейти в группу с неконтролируемой астмой. К сожалению, российские пациенты, использующие лекарственные препараты, спустя некоторое время по разным причинам прекращают их прием. Между тем при неукоснительном приеме препаратов существенно снижается риск развития обострения болезни. Докладчик подчеркнул, что достижение контроля астмы у больных является чрезвычайно важным моментом. В группе больных с неконтролируемой бронхиальной астмой самый высокий риск развития обострений, отчего страдает качество жизни. Необходима профилактика последующих обострений, что приведет к улучшению качества жизни больных, сокращению расходов на их лечение, уменьшению количества случаев госпитализации пациентов и увеличению запланированных обращений за медицинской помощью. Исследования, которые были проведены как за рубежом, так и в России, рассказал А.В. Емельянов, показывают, что в реальной клинической практике контроль бронхиальной астмы остается недостаточным. Несколько лет назад почти у 95% больных астмой заболевание не контролировалось. Исследования, выполненные в группе больных, получающих лекарственные препараты, показали, что примерно у 51% из них не достигается контроль

астмы, несмотря на применение ингаляционных кортикостероидов и комбинированных препаратов. При этом частота госпитализаций у таких больных возрастает, снижается качество жизни, увеличиваются расходы на лечение и использование ресурсов здравоохранения. Связано это с тем, что врачи и пациенты в первую очередь обращают внимание на симптоматику, связанную с нижними дыхательными путями, проблемам верхних дыхательных путей часто не придается значения. Поэтому нужно всегда помнить, что отсутствие лечения аллергического ринита в последующем приводит к существенному снижению результатов лечения бронхиальной астмы. Инструменты, которые используются для оценки контроля астмы, подчеркнул докладчик, должны быть простыми, и сам процесс должен занимать минимум времени. Оценка контроля астмы не должна основываться на субъективном восприятии пациента и должна быть универсальной для различных форм заболевания, а также выполнима для врачей первичного звена, учитывая, что в России сейчас по ряду причин сокращается число специалистов. Следовательно, врачам первичного звена должна быть предложена наиболее простая оценка контроля больных, страдающих бронхиальной астмой.

Далее профессор Емельянов упомянул, что для оценки контроля астмы существуют критерии GINA, которые можно и нужно использовать в реальной клинической практике. Они подразумевают оценку показателей функции внешнего дыхания, хотя в условиях практического здравоохранения это не всегда выполнимо из-за отсутствия необходимого оборудования (спирографов). Поэтому были сделаны попытки оценить контроль бронхиальной астмы с помощью специального вопросника. Существует несколько таких вопросников. Один из них – Asthma Control Test – содержит пять вопросов, на которые отвечает больной. Вопросник очень удобен в клинической практике, подчеркнул специа-

лист, потому что больной может сам его заполнить. Он позволяет оценить контроль астмы быстро, доступен и удобен для врачей первичного звена здравоохранения.

Второй вопросник также широко используется в мировой клинической практике, в России – реже. Это Asthma Control Questionnaire. Как заметил А.В. Емельянов, оценивать контроль астмы можно, используя оба вопросника, – получаемые результаты эквивалентны. Это позволяет сократить количество затрачиваемого времени. Вопросники переведены на русский язык, благодаря чему их можно широко использовать в клинической практике.

Профессор Емельянов подчеркнул, что контроль бронхиальной астмы зависит от правильно поставленного диагноза. К сожалению, нередко случаи диагностических ошибок. Было обращено внимание на то, что вопросники не позволяют установить диагноз бронхиальной астмы.

Следующий важный вопрос, который рассмотрел выступавший, – сопутствующие заболевания, которые влияют на достижение контроля бронхиальной астмы. К ним относятся аллергический ринит, синусит и ожирение. Затрудняет достижение контроля над заболеванием также курение – с этой проблемой приходится сталкиваться врачам самых разных специальностей, в том числе и педиатрам. В Великобритании, например, дети начинают курить в 7 лет, а иногда и раньше, в возрасте 4–5 лет, сообщил докладчик. Доказано, что курение снижает эффективность проводимого лечения, у курящих больных снижается эффективность глюкокортикостероидов. Другим фактором, влияющим на достижение контроля астмы, является то, что очень часто больные не выполняют назначения врачей по разным причинам, одна из которых – боязнь побочных эффектов, в частности, от применения ингаляционных ГКС. Очень многие родители не хотят использовать эти препараты для своих детей, потому что боятся их влияния на рост и развитие ребенка.

неддиагностика



Сателлитный симпозиум компании MSD

Безусловно, правильность назначения лекарственных препаратов имеет очень большое значение. В этом плане допускается много ошибок, например, больные часто лечатся неадекватными дозами ингаляционных глюкокортикостероидов. Наиболее часто это происходит с больными аллергической бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. Нелеченый аллергический ринит способствует более тяжелому течению астмы, существенно снижает качество жизни больных и увеличивает вероятность развития обострений, обращений за неотложной помощью и госпитализаций. К сожалению, отметил докладчик, эта проблема очень часто игнорируется.

Большой интерес представляют результаты анализа, демонстрирующие, у каких пациентов вероятность достижения контроля над течением болезни меньше. Это курильщики в настоящем и прошлом, чаще мужчины, что связано с личной дисциплиной. На втором месте больные с низкой функцией легких.

Затем докладчик перешел к рассмотрению вопросов лечения бронхиальной астмы у детей. Существует несколько вариантов комбинированной терапии, которая особенно показана детям до 4 лет при сочетании астмы и аллергического ринита, поскольку механизмы развития этих заболеваний схожи между собой. Затруднено достиже-

ние контроля над заболеванием у пациентов с диагнозом «аспириновая бронхиальная астма», а также у больных с сердечно-сосудистой патологией.

А.В. Емельянов особо подчеркнул, что в случаях, когда астма контролируется плохо, необходимо получить ответ на три вопроса. Во-первых, следует определить, правильно ли поставлен диагноз «бронхиальная астма»? Во-вторых, узнать, получает ли больной адекватную терапию? И наконец, выяснить, принимает ли пациент препарат, назначенный врачом? «Лечащий врач должен быть уверен в том, что все эти три пункта выполнены», – в заключение сказал докладчик.



Н.П. Княжская

В нашей стране антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) очень часто используются в лечении пациентов с бронхиальной астмой. Проблема заключается в том, что врачи не назначают эту группу препаратов, так как не верят в их эффективность. Поэтому большой интерес слушателей вызвал доклад Н.П. КНЯЖСКОЙ (к.м.н., кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ) «Место антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) в рекомендациях по лечению астмы». Если рассматривать лечение бронхиальной астмы с точки зрения концепции GINA, очевидно, что лейкотриеновые препараты следует назначать как можно раньше после установления диагноза бронхиальной астмы, требующей

базисной противовоспалительной терапии. Как только речь идет об астме, которая требует назначения базисной терапии, пояснила выступавшая, лейкотриеновые препараты могут использоваться в качестве монотерапии у пациентов с легкой степенью астмы.

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) принято назначать в низких дозах или подбирать индивидуальную дозировку. Первоочередная и наиболее важная задача лечащего врача – не только правильно поставить диагноз, но и назначить пациенту препарат по потребности. Тяжелая бронхиальная астма может контролироваться различными способами, в том числе без использования ингаляционных глюкокортикостероидов. Рекомендуется добавление бронхолитиков или антагонистов лейкотриеновых рецепторов. При тяжелой неконтролируемой форме астмы добавление АЛТР может существенно улучшить контроль над заболеванием.

Выступавшая рассмотрела вопрос о сочетании ингаляционных глюкокортикостероидов и антагани-

стов лейкотриеновых рецепторов. Применение комбинированной терапии оправдано и обосновано многообразием патогенетических механизмов бронхиальной астмы с участием различных клеток и медиаторов воспаления. Образуется порочный круг тяжелых воспалительных реакций. Около 50 лет назад был открыт механизм эффектов лейкотриенов. Реагирующая субстанция представляет из себя цепочку лейкотриенов (C4, D4, E4), которая является ведущим механизмом формирования реакции на холодный воздух, нестероидные противовоспалительные препараты, физическую нагрузку. Те же механизмы были расшифрованы при хроническом аллергическом рините. Лейкотриены как факторы воспаления играют заметную, а в ряде случаев и ведущую роль.

В первую очередь необходимо убедиться в правильности диагноза, в том, что пациент действительно страдает бронхиальной астмой, отметила Н.П. Княжская. Затем необходимо определить фенотип бронхиальной астмы, чтобы назначить эффективное лечение. ✨

Кому и почему показаны АЛТР

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Доводим до вашего сведения, что
с 18 по 20 октября 2011 года в гостиничном комплексе «Космос»
по адресу: г. Москва, проспект Мира, д. 150 состоится



X РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ■ МОСКОВСКИЙ НИИ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ■ РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ■ РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ ■ РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ■ СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ ■ ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» ■ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН ■ НИИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ РОНЦ им. Н.Н. БЛОХИНА ■ НИИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ ■ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ДЕТСКИЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. Г.И. ТУРНЕРА ■ ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ ■ РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ ■ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ ■ АССОЦИАЦИЯ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ■ МЕДИНФОСЕРВИС ■ ООО «СТО Групп»

ВКЛЮЧЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

САТЕЛЛИТНЫЕ КОНГРЕССЫ:

- КОНГРЕСС ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ СОЮЗНОГО ГОСУДАРСТВА
- IX РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ НЕФРОЛОГИИ
- V РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ

ВСЕРОССИЙСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ:

- IX НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Актуальные проблемы хирургии детского возраста»
- III НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Генетическое здоровье детей и современные возможности диагностики и лечения наследственных заболеваний детского возраста»
- IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
по нервно-мышечным болезням у детей «Метаболические миопатии»
- III НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Отдаленные медико-биологические последствия влияния радиации на детский организм»
- VII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЛОР-патология в практике врача-педиатра»
- VII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Стоматологическое здоровье ребенка»

ШКОЛЫ:

- ШКОЛА-СЕМИНАР по детской нутрициологии
- ШКОЛА по детской гастроэнтерологии им. А.В. Мазурина

РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Диагностика и лечение детей с расстройствами мочеиспускания»
(Russian Symposium Diagnostics and treatment of children's incontinence)
Website: www.radh.ru

ПОСТЕРНАЯ СЕССИЯ

молодых ученых в области педиатрии, детской хирургии
и стоматологии

X ВСЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА

«Современные диагностические, лекарственные и нутрициологические технологии в педиатрии и детской хирургии» (новые лекарственные препараты, биологические активные добавки, современные нутрициологические средства, новейшее лабораторное, диагностическое и лечебное оборудование).

Приглашаются для участия в Конгрессе: руководители служб охраны материнства и детства субъектов Федерации и территорий, главные специалисты органов управления здравоохранения и регионов России, главные врачи детских больниц, поликлиник, детских диагностических центров, ведущие ученые в области педиатрии, детской хирургии, стоматологии, а также практические врачи – педиатры, неонатологи, детские хирурги и стоматологи.

Вход для всех желающих свободный.

**Информация о Конгрессе, регистрация и прием тезисов –
на сайте Конгресса www.congress2011.pedklin.ru**

Реклама

Адрес оргкомитета:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2
Московский НИИ педиатрии и детской хирургии
Оргкомитет Конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Контактные телефоны:

тел./факс: (495) 484-58-02
(секретариат, Калашникова Татьяна Викторовна)
(495) 487-05-69 (зам. директора института,
профессор Османов Исмаил Магомедович)
(495) 488-30-00 (зам. директора института, ответственный
секретарь, профессор Длин Владимир Викторович).
E-mail: congress@pedklin.ru



Школа детского аллерголога-иммунолога

Аллергические заболевания на сегодняшний день занимают 3–4-е место в мире среди патологических состояний человека. Аллергическими заболеваниями часто болеют дети, что связано со слабостью иммунной системы. На XV Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», прошедшем в феврале 2011 года, в рамках сателлитного симпозиума компании MSD была проведена Школа детского аллерголога-иммунолога «Диагностика аллергических заболеваний и современные рекомендации по лечению».



К.Е. Эфендиева

Этой актуальной теме был посвящен доклад врача аллерголога-иммунолога К.Е. ЭФЕНДИЕВОЙ (к.м.н., Научный центр здоровья детей РАМН). Она обратила внимание коллег на то, что атопический дерматит (АД) распространен в разных возрастных группах во всех странах мира. В РФ, по данным международного эпидемиологического исследования, распространенность АД составляет от 6,2 до 15,5%. Однако повторные исследования в рамках данной программы выявили, что распространенность атопического дерматита увеличилась почти в 2 раза.

Атопический дерматит у детей

Согласно клиническим рекомендациям для педиатров по аллергологии, иммунологии 2011 года, АД классифицируется как хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, которое сопровождается зудом, характеризуется возрастной морфологией высыпаний и рецидивирующим течением. Атопический дерматит является ранним и самым первым проявлением атопического марша. Начавшись в раннем возрасте, нередко это заболевание прогрессирует, и его симптомы сохраняются на протяжении всей жизни. В более позднем возрасте присоединяются симптомы бронхиальной астмы и аллергического ринита. Симптомы атопического дерматита у 60% детей с возрастом исчезают, у оставшихся 40% заболевание сохраняется на протяжении всей жизни и часто имеет непрерывное рецидивирующее течение. Чем раньше началось заболевание, тем тяжелее оно протекает.

Атопический дерматит существенно снижает качество жизни как пациентов, так и их родителей. По негативному влиянию на качество жизни АД превосходит диабет, псориаз и астму. В лечении атопического дерматита принимают участие педиатры, аллергологи, дерматологи, диетологи. Немаловажная роль отводится родителям и самим пациентам. В комплексной терапии АД обязательным является соблюдение элиминационных мероприятий. Комплексная терапия включает топическое и системное лечение, коррекцию сопутствующей патологии. В медикаментозной терапии атопического дерматита необходимо использовать ступенчатый подход. На всех ступенях терапии обязательными являются проведение элиминационных мероприятий, использование увлажняющих и смягчающих средств, которые восстанавливают целостность рогового слоя эпидермиса и водно-липидной



«Актуальные проблемы педиатрии»

мантии. Эти препараты необходимо применять ежедневно, как правило, 2 раза в день, не только в период ремиссии, когда имеется сухость кожных покровов, но и во время обострения.

В настоящее время рекомендуется сочетать использование увлажняющих препаратов и топических кортикостероидов. По скорости наступления эффекта и активности противовоспалительного действия топические кортикостероиды не имеют терапевтической альтернативы. Они быстро устраняют острые воспалительные изменения, такие как отек, эритема и мокнутие; уменьшают или устраняют субъективные симптомы – зуд и жжение; сочетаются со всеми видами системной или наружной терапии. Однако необходимо обращать внимание на безопасность этих препаратов, поскольку речь идет о применении их у детей.

Механизм действия топических кортикостероидов может быть геномным, когда глюкокортикостероиды действуют на ДНК, приводя к активации синтеза противовоспалительных белков, а также внегеномным, что является предпочтительным. Глюкокортикостероиды, обладающие внегеномным механизмом действия, уменьшают синтез провоспалительных медиаторов, что обеспечивает высокую противовоспалительную активность применяемых средств. Например, мометазона фуруат (Элоком®) – наиболее активный топический стероид, который обладает внегеномным механизмом действия. Он активно угнетает синтез провоспалительных медиаторов, таких как IL-6.

В Европе все топические стероиды разделяют на 4 класса, в США – на 7 классов, которые, в свою очередь, объединены в 4 группы – слабые, средние, сильные и очень сильные стероиды. При тяжелом обострении atopического дерматита, а также при локализации процесса на

конечностях и туловище для лечения применяются сильные топические стероиды. Очень сильные топические стероиды в педиатрической практике не используются. При локализации процесса на чувствительных участках кожи, лице, кожных складках применяются слабые топические кортикостероиды. В рутинной практике обычно бывает достаточно применения умеренных средств для купирования обострений atopического дерматита. Выбор лекарственной формы зависит от фазы заболевания. Как правило, в острой фазе применяют эмульсии, лосьоны и гели, особенно если процесс локализуется на волосистой части головы. Кремы применяются и при острой фазе, в подострой фазе возможно использование как крема, так и мази. При хронической фазе рекомендуется применение мази. Топический стероид Элоком® (мометазона фуруат) выпускается в трех лекарственных формах: крем, мазь и лосьон. Эффективность и безопасность препарата была продемонстрирована в двойном слепом плацебоконтролируемом многоцентровом исследовании, в которое были включены 662 ребенка в возрасте от 0 до 6 лет. Было выявлено, что при применении мометазона фуруата (МФ) уже на 5-е сутки у детей значительно уменьшались симптомы atopического дерматита. На 14-е сутки зуд у пациентов отсутствовал. Эффективность терапии была выявлена в 93% случаев: у 98% детей было уменьшение зуда, у 95% снизилась выраженность эритемы. Мометазона фуруат так же безопасен, как гидрокортизона ацетат, несмотря на то что по силе действия МФ значительно его превосходит. Кроме того, данный топический стероид обладает низкой системной абсорбцией: для крема – 0,4%, для мази – 0,7% по сравнению с 2,5% для метилпреднизолона ацетата.

Мометазона фуруат можно применять длительно: в ходе исследования было выявлено, что его применение не приводило к атрофии кожи при ежедневном использовании в течение 12 месяцев. В исследование были включены 6 добровольцев, которые применяли мометазона фуруат 1 раз в сутки в течение 1 года, при этом дозировка в 3 раза превышала терапевтическую. Кроме того, исследование показало, что препарат не влиял на уровень кортизола в плазме крови.

Важной составляющей терапевтического эффекта является основа препарата.

Таким образом, можно сделать вывод, что мометазона фуруат (Элоком®) соответствует всем требованиям, предъявляемым к современным топическим глюкокортикостероидным препаратам.

При существенном уменьшении интенсивности клинического проявления заболевания топические глюкокортикостероиды можно применять в настоящее время интермиттирующим курсом. Обычно это 2 раза в неделю в сочетании с питательными, увлажняющими средствами для поддержания длительного контроля заболевания. Такой курс позволяет уменьшить частоту развития обострений atopического дерматита и увеличить сроки ремиссии. Уже развившиеся обострения даже на фоне интермиттирующего режима применения топических стероидов менее выражены.

Одним из факторов неэффективности и недостаточности контроля над симптомами atopического дерматита (АД) является неадекватное количество применяемых топических кортикостероидов. Например, у взрослого человека при распространенной форме АД необходимо ежедневное применение около 30 г средства для адекватного лечения. Для детей была

неадекватна



Сателлитный симпозиум компании MSD

разработана единица FTU – это количество крема, которое выдавливается из тюбика на концевую фалангу указательного пальца. Существуют таблицы,

содержащие рекомендации по применению топических стероидов в указанных объемах в зависимости от возраста ребенка. Правильно выбранные,

грамотно назначенные и применяемые топические стероиды позволяют достичь контроля над симптомами атопического дерматита.



Профессор
Ф.И. Петровский

Медицинскому и социальному значению аллергического ринита у детей, а также современным возможностям лечения этого заболевания была посвящена лекция Ф.И. ПЕТРОВСКОГО (д.м.н., проф., ректор Ханты-Мансийской государственной медицинской академии). Докладчик подчеркнул, что проблема аллергического ринита обусловлена тем, что это заболевание чрезвычайно распространено и оказывает значительное влияние на качество жизни, трудоспособность и когнитивные функции у детей. Основные его симптомы хорошо известны: ринорея, затруднение носового дыхания, чихание и зуд в полости носа.

Современная классификация аллергического ринита претерпела изменения: эксперты отошли от деления аллергического ринита на круглогодичный и сезонный, хотя подобная классификация часто используется в клинических исследованиях. Предлагается выделять аллергический ринит интермиттирующий и персистирующий, легкого и тяжелого течения. К сожалению, клинических исследова-

ний, которые бы проводились с четким разделением аллергического ринита на интермиттирующий и персистирующий, относительно немного.

Аллергический ринит отличается достаточно большим количеством сопутствующих заболеваний. Аллергический конъюнктивит сопровождается ринит в 50% случаев, до 40% пациентов имеют бронхиальную астму, тогда как симптомы аллергического ринита отмечаются у 80% больных бронхиальной астмой. Более чем у 50% пациентов с аллергическим ринитом высока частота аллергического риносинусита, экссудативного отита. Необходимо также отметить снижение слуха у 20% детей в период поллинозиса тех растений, пыльца которых вызывает у них аллергию. Очень большой проблемой является нарушение сна, его структуры, которое отмечается у 90% детей с аллергическим ринитом: ночные кошмары, поверхностный прерывистый сон и дневная сонливость. У детей также отмечаются отставание в росте, замедление физического развития, снижение успеваемости в школе, нарушение поведения, беспокойство, тревога, низкая самооценка, неудовлетворенность собой, снижение настроения и мотивации, раздражительность, нервозность. Все это может привести к социальной дезадаптации.

Лечение аллергического ринита преследует следующие цели: контроль симптомов, профи-

лактика осложнений, отсутствие ограничений в повседневной активности и влияния симптомов на обучение, профилактика сопутствующих заболеваний, отсутствие побочных эффектов от препаратов. В зависимости от степени тяжести и характера течения аллергического ринита предлагается схема лечения, отражающая общие принципы фармакотерапии этого заболевания: элиминация аллергенов, применение антигистаминных препаратов, интраназальных стероидов, антилейкотриеновых препаратов.

Какова эффективность препаратов, которые используются в лечении аллергического ринита? Наиболее выраженным эффектом обладают интраназальные кортикостероиды. Как и антигистаминные препараты для приема внутрь, они эффективно влияют на глазные симптомы, сопровождающие АР.

Интраназальные кортикостероиды отличает быстрое начало действия и высокая продолжительность эффекта, выраженное влияние на все симптомы аллергического ринита, включая глазные. Интраназальные глюкокортикостероиды (ИГКС) показаны в качестве монотерапии аллергического ринита. Назначаются они 1 раз в сутки и являются препаратами первого выбора у больных интермиттирующим аллергическим ринитом среднего и тяжелого течения и при любой тяжести персистирующего аллергического ринита.

Аллергический ринит – не просто насморк



«Актуальные проблемы педиатрии»

В России зарегистрировано несколько интраназальных кортикостероидов для лечения аллергического ринита у детей: мометазона фуруат и флутиказона фуруат применяются с 2 лет, флутиказона пропионат – с 4 лет, беклометазона дипропионат и будесонид – с 6 лет. Требования, предъявляемые к интраназальным кортикостероидам: быстрое и длительное действие в отношении максимального количества симптомов; безопасность; удобство применения; наличие широкого спектра показаний.

Среди интраназальных кортикостероидов следует отметить мометазона фуруат (Назонекс®). Важное преимущество препарата Назонекс® – широкий спектр показаний, включающий лечение и профилактику АР, лечение острых синуситов или обострений хронического синусита с 12 лет, а также полипоз носа, сопровождающийся нарушением носового дыхания или обоняния, у взрослых с 18 лет.

Каковы особенности фармакологического действия мометазона фуруата? Этот препарат отличается очень высокой противовоспалительной активностью. Отличительной особенностью всех фуруатов является их высокая липофильность, которая играет важную роль в механизме местного эффекта лекарственных средств. Это быстрое проникновение в слизистую, быстрое достижение кортикостероидного рецептора, длительное удержание в слизистой оболочке и быстрый клинический эффект. С точки зрения большей приверженности к терапии важна длительность действия препарата, который применяется 1 раз в сутки. Назонекс® имеет высокую конечную вязкость, которая обеспечивает длительное нахождение препарата в носоглотке. Очень важно отметить, что помимо влияния на назальные симптомы мометазона фуруат

значимо уменьшает выраженность глазных симптомов: жжения, покраснения глаз и слезотечения.

Существуют данные изучения динамики назальных симптомов на фоне применения препарата Назонекс® у детей 6–18 лет при среднетяжелом и тяжелом персистирующем рините. Это первое исследование, в котором была применена современная классификация с выделением персистирующего и интермиттирующего аллергического ринита. Продолжительность терапии составила 21 день. По сравнению с контрольной группой через 21 день выраженность зуда, ринореи, заложенности носа и чихания у принимавших Назонекс® значимо не отличалась от контрольной группы, в которой дети не имели проявлений аллергического ринита. Кроме того, применение мометазона фуруата приводило к значительному увеличению объема назального потока.

Достаточно серьезной проблемой при аллергическом рините являются сопутствующие заболевания, прежде всего аденоидиты и экссудативные средние отиты. Результаты исследования эффективности мометазона фуруата у детей 3–15 лет при экссудативном среднем отите и сопутствующем аденоидите свидетельствуют, что через 6 недель его применения симптомы экссудативного среднего отита наблюдались значительно реже, отмечалось статистически значимое изменение размеров самих аденоидных вегетаций.

Также применение интраназальных кортикостероидов важно при сочетании аллергического ринита и бронхиальной астмы (БА). Было проведено исследование, в ходе которого установлено, что применение интраназальных кортикостероидов при аллергическом рините сопровождается уменьшением риска госпитализации на 44% и числа

обращений за неотложной помощью на 25% у пациентов, страдающих БА.

Мометазона фуруат (Назонекс®) – на сегодняшний день один из самых изученных интраназальных кортикостероидов. В настоящее время база данных клинических исследований применения интраназального мометазона фуруата содержит более 6000 пациентов. Безопасность препарата у детей и подростков изучалась в популяции более 1000 пациентов. Дозы варьировали от 25 до 200 мкг. Не было установлено влияния интраназального МФ на уровень кортизола в крови. Также было показано, что у подавляющего большинства детей (98%) мометазона фуруат при применении в дозе 100 мкг в сутки в системной циркуляции не определяется.

Еще одно доказательство системной безопасности препарата было получено в ходе исследования терапии МФ в течение 12 месяцев, которое показало, что препарат не оказывает влияния на темпы линейного роста. Назонекс® обладает также высокой местной безопасностью: терапия МФ приводит к нормализации гистологической картины эпителия слизистой.

Из нежелательных эффектов, которые зарегистрированы при применении мометазона фуруата у детей, чаще всего регистрируются носовые кровотечения, чихание, головная боль и кашель. При небольшой продолжительности применения (4 недели) частота этих побочных эффектов не отличалась от частоты в группе плацебо. Проводилось исследование оценки удобства применения и свойств препарата самими пациентами. Вне зависимости от преобладающих симптомов подавляющее число пациентов оценили мометазона фуруат как наиболее предпочтительный препарат, в том числе в отношении удобства применения.

недугам



Профессор Л.С. Намазова-Баранова

Вопросы диагностики бронхиальной астмы у детей рассматривала в своем выступлении Л.С. НАМАЗОВА-БАРАНОВА (д.м.н., проф., директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН).

Она рассказала о последнем европейском эпидемиологическом исследовании, в котором принимали участие два российских медицинских центра. Распространенность бронхиальной астмы по результатам опросника была существенно выше, чем по данным официальной статистики, – около 10%. Но по результатам углубленного обследования оказалось, что астма была верифицирована не у всех опрошенных, а только у 5% – тех, кто на вопросы о наличии симптомов астмы ответил положительно, и у 4,7% тех, кто ответил отрицательно. В среднем подтвержденная распространенность астмы была около 5%. При этом, по данным официальной статистики, этот показатель не превышал 1%. То есть разница между официально зарегистрированной заболеваемостью и заболеваемостью, определенной в ходе эпидемиологического обследования, является пятикратной.

Астма у детей – трудный диагноз

Распространенность симптомов и болезни – две разные вещи. У детей от рождения до 13 лет превалируют те или иные аллергические заболевания. Если в раннем возрасте наблюдается атопический дерматит, впоследствии появляется астма. У детей школьного возраста возрастает заболеваемость аллергическим ринитом.

Существуют данные опроса 637 детей до 14 лет, которые регулярно принимали базисную терапию, но тем не менее жаловались на те или иные ограничения в повседневной активности. Это говорит о том, что астма у них полностью не контролируется.

Что является проблемой диагностики астмы в детском возрасте? Если заболевание манифестирует в раннем возрасте (до 5 лет), диагностика чаще затруднена, необходимо подтверждение диагноза по показателям ФВД, а соответствующее оборудование есть далеко не во всех лечебных учреждениях.

Факторы риска развития астмы известны давно: это наличие аллергии и астмы в анамнезе родителей или других близких родственников.

Группой риска являются дети, у которых на первом году жизни наблюдались кожные проявления аллергии, имеются положительные кожные пробы, анамнез астмы, 3 или более обструктивных эпизода, особенно на фоне ОРВИ при аллергическом анамнезе. Чаще всего развитию астмы предшествует атопический дерматит, в том числе пищевая аллергия на молоко, лекарственная аллергия, круглогодичный или сезонный аллергический ринит.

Особенностями астмы у детей раннего возраста являются воспаление слизистой оболочки бронхов и изменение слизистой верхних, более высоко расположенных, отделов респираторного тракта. У детей первых трех лет жизни, по разным данным, упоминаются следующие отягчающие факторы: респираторная инфекция, употребление продуктов с высокой сенсибилизирующей активностью, контакт с домашними животными, клещи домашней пыли, пыльца растений, иногда упоминается связь с введением вакцин.

Респираторная инфекция, несомненно, является запускающим фактором и для первого, и для последующих приступов. Доказано, что некоторые респираторные вирусы имеют отношение к тем или иным проявлениям обструкции. В частности, очень большую роль играет респираторный вирус, вирус парагриппа 1, 3 типов, коронавирус у детей раннего возраста. Сезонность появления тех или иных вирусов разная, не для всех характерен осенне-зимний период. Например, для риновируса характерна манифестация в весенне-летний период. Если у ребенка отмечаются свистящее дыхание, хрипы, длительный кашель, нужно узнать, имеются ли у него реакции на другие триггеры. У детей младше 2 лет следует выявлять шумное дыхание, расспрашивать родителей, бывает ли у ребенка рвота, связанная с кашлем, есть ли трудности с кормлением. У родителей детей старше 2 лет необходимо выяснять, есть ли у ребенка одышка, возникающая днем или ночью, утомляемость, плохое самочувствие, снижение интенсивности при физической



«Актуальные проблемы педиатрии»

нагрузке. Диагностика у детей младше 5 лет основывается на данных анамнеза и результатах клинического обследования.

Недавно было проведено исследование, продемонстрировавшее интересный феномен. У детей второго полугодия жизни с уже развившимися симптомами атопического дерматита из семей с отягощенным аллергическим анамнезом при введении прикорма четко наблюдалось нарушение проходимости дыхательных путей. Возможно, это первые симптомы астмы.

Считается, что если у детей грудного возраста было 3 или более эпизода свистящих хрипов, связанных с действием триггеров, имеются другие проявления аллергии, аллергический ринит или эозинофилия в крови, то следует заподозрить астму и провести дифференциальную диагностику. Если при осмотре выявляются одышка,

дистанционные хрипы, изменение грудной клетки, врач, скорее всего, подумает о диагнозе «астма». Однако подобные симптомы во время осмотра могут отсутствовать в связи с вариабельностью обструкции. Такой ребенок внешне может выглядеть вполне здоровым.

Диагноз астмы фактически объединяет несколько патологических состояний, в основе которых лежат разные механизмы и которые могут иметь разный исход. Ребенок раннего или дошкольного возраста, у которого проявления возникают на фоне ОРВИ, скорее всего, в более позднем возрасте «перерастет» эти состояния. Другое дело – очень ранние свистящие хрипы на фоне имеющихся аллергических проявлений у ребенка с отягощенным семейным аллергоанамнезом. Такой ребенок, скорее всего, останется астматиком на всю жизнь. Более того,

последние исследования свидетельствуют о том, что даже если астма диагностируется в возрасте 7–8 лет, то тяжелое течение сохранится и в 15 лет, и в более старшем возрасте.

При постановке диагноза нужно обратить внимание на возраст первого эпизода бронхообструктивного синдрома, аллергический анамнез у родственников, сопутствующие атопические проявления, одышку при нагрузке, ночной кашель, длительный кашель при ОРВИ, эозинофилию в крови, отчетливо положительный эффект от бронхолитической и противовоспалительной терапии. У детей старше 5 лет нужно проводить спирометрию, пробу с бронхолитиком при спирометрии, вести дневник самоконтроля, можно назначать противовоспалительную терапию для подтверждения диагноза.

Лечение бронхиальной астмы у детей

Выступление Л.М. ОГОРОДОВОЙ (д.м.н., проф., член-корр. РАМН, проректор Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск) было посвящено роли антилейкотриеновых препаратов в лечении бронхиальной астмы у детей.

Применение антилейкотриеновых препаратов обусловлено тем, что существует лейкотриеновый путь воспаления. Лейкотриены, содержащие цистеин, приводят к обструкции дыхательных путей за счет стимуляции специфических рецепторов – так называемых рецепторов цистеиновых лейкотриенов 1-го типа. Они расположены на всех клетках-эффекторах и регуляторах воспаления, на моноцитах, макрофагах и эозинофилах. Су-

ществуют иммуногистохимические подтверждения того, что в крупных бронхах и дистальных альвеолярных путях имеются рецепторы цистеиновых лейкотриенов. Стимуляция этих рецепторов вызывает миграцию эозинофилов в ткань бронхов. Эозинофилы, в свою очередь, действуют на гладкомышечные клетки, вызывая их сокращение, стимулируют сенсорные волокна, что приводит к увеличению выброса тахикининов из гипореактивных дыхательных путей, увеличивают секрецию слизи. Таким образом, применение антилейкотриеновых препаратов патогенетически обусловлено. Каковы результаты применения разных групп препаратов? Кортикостероиды не снижают



Профессор
Л.М. Огородова

уровня содержания цистеиновых лейкотриенов в выдыхаемом воздухе у детей с астмой. Монтелукаст уменьшает уровень цистеиновых лейкотриенов не только в тканях дыхательных путей, но и в выдыхаемом воздухе у детей с бронхиальной астмой.

Каковы преимущества Монтелукаста при лечении бронхиаль-



Сателлитный симпозиум компании MSD

ной астмы у детей? Во-первых, комплаентность. Таблетированную форму препарата дети воспринимают лучше, чем ингалятор. Исследование доказывает, что приверженность к терапии монтелукастом выше по сравнению, например, с ингаляционными кортикостероидами.

Существует исследование, подтверждающее эффективность монтелукаста при астме, спровоцированной ОРВИ. У детей, особенно маленьких, обострение бронхиальной астмы происходит на фоне ОРЗ. Сравнение эффективности плацебо и монтелукаста 4 мг (после 6 лет – 5 мг) показывает, что при легкой бронхиальной астме с предшествующими эпизодами ОРЗ монтелукаст приводит к снижению частоты обострений на 32%. Эффективное влияние монтелукаста на число обострений выражено в осенне-зимний

период, когда ОРЗ преобладает. Монтелукаст снижает частоту обострений (но не степень их тяжести и продолжительность), уменьшает количество эозинофилов. Препарат безопасен. Как показывает исследование, монтелукаст 4 мг является эффективным, удобным, хорошо переносимым, с его помощью достигается контроль над астмой у детей в возрасте 2–5 лет, спровоцированной ОРЗ.

Доказана эффективность монтелукаста у детей в возрасте 6–14 лет в сравнении с флутиказоном пропионатом (оба препарата хорошо переносятся пациентами). Количество пациентов без обострения астмы при лечении флутиказоном – 7,4%, при лечении монтелукастом – 67%. Это очень хороший показатель, особенно для детей, которые не привержены к терапии ингаляционными глюкокортикостероидами. Не-

обходимость использования бета-2-агонистов более значительно уменьшается при лечении флутиказоном, однако на фоне монтелукаста она также снижается. Показатель качества жизни у детей увеличивается, практически достигая единицы.

Монтелукаст улучшает функцию легких у детей 6–14 лет и предупреждает бронхоконстрикцию, связанную с физической нагрузкой. Различия с плацебо достоверны. Доказано пролонгированное действие монтелукаста даже после окончания его применения. На 4–8-й неделе приема монтелукаст уменьшает снижение ОФВ1 и на 39% сокращает время восстановления показателей ФВД.

Монтелукаст может назначаться как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированной терапии в дополнение к ингаляционным кортикостероидам.



Л.И. Мазур

В Самаре, где проживает около 176 тыс. детей, были проведены исследования с целью проанализировать стандартные клинические рекомендации по ведению детей с астмой и выяснить, насколько они актуальны в условиях крупного промышленного центра. Результатами этой работы поделилась с коллегами Л.И. МАЗУР (к.м.н., зав. кафедрой госпитальной педиатрии Самарского ГМУ).

Анализ заболеваемости астмой в Самаре

Оказалось, что заболеваемость астмой выросла практически с 1% в 2000 г. до 1,43% к 2005 г. и, по данным отчетов, до 1,75% в 2010 г. Рост заболеваемости есть, но показатели его низкие, они отличаются от данных эпидемиологических исследований. В структуре степени тяжести заболевания преобладают следующие изменения: вначале отмечалось достаточно большое количество пациентов со среднетяжелым течением болезни, затем увеличилось количество детей с легкой степенью астмы (очевидно, это было связано с внедрением национальной программы, более интенсивным использованием ингаляционных кортикостероидов). Продолжает уменьшаться количество детей со среднетяжелым и тяжелым течением болезни. Количество пациентов с легкой астмой остается неизменным.

Можно сделать вывод, что клинические рекомендации по ведению пациентов с астмой – это реально работающие рекомендации в условиях крупного промышленного центра. Остаются относительно низкими показатели распространенности астмы у детей, отмечено увеличение доли ингаляционных кортикостероидов в терапии и снижение количества детей-инвалидов по астме.

Перспективными направлениями являются диагностика астмы у детей дошкольного возраста; профилактика перехода легкой персистирующей астмы в среднетяжелую у подростков; наблюдение детей, практически не получающих терапию, с легкой интермиттирующей астмой, которая может давать очень тяжелые приступы. 🌸

Назонекс®

(мометазона фуолат)

назальный спрей на водной основе

эксперт в устранении
заложенности носа



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

- ✓ Назонекс® быстро* и эффективно уменьшает заложенность носа¹
- ✓ Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита²
- ✓ Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР³
- ✓ Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов^{3,4}
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
 - Самая низкая системная биодоступность ($\leq 0,1\%$) в группе назальных стероидов⁸
 - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа⁵
- ✓ Назонекс® — интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет⁸
- ✓ Назонекс® прост и удобен в применении^{6,7}:
 - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении.

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

Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

НАЗОНЕКС® — мометазон (mometasone), спрей назальный дозированный.

Фармакологическое действие: Мометазон — синтетический глюкокортикостероид (ГКС) для интраназального введения с противовоспалительным и противоаллергическим действием в дозах, при которых не возникает системных эффектов, имеет пренебрежимо малую биодоступность ($\leq 0,1\%$). **Показания к применению:** Сезонный и круглогодичный аллергические риниты у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста. Острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками. Профилактическое лечение сезонного аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления). Полипоз носа, с нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). **Противопоказания:** Гиперчувствительность к какому-либо из веществ, входящих в состав препарата. Присутствие нелеченной местной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны (в связи с ингибирующим действием ГКС на процессы заживления). Детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергических ринитах — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. **С осторожностью** при туберкулезной инфекции (активной или латентной) респираторного тракта, нелеченной грибковой, бактериальной, системной вирусной инфекции или инфекции, вызванной *Herpes simplex* с поражением глаз (в виде исключения возможно назначение препарата при перечисленных инфекциях по указанию врача). **Применение во время беременности и лактации:** НАЗОНЕКС® следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. **Способ применения:** Лечение сезонного или круглогодичного аллергического ринита. Взрослые и подростки с 12 лет: профилактическая и терапевтическая доза — 2 ингаляции (50 мкг каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день (200 мкг/сутки). По достижении эффекта возможно уменьшение дозы до 100 мкг в сутки. При недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 400 мкг/сутки. После уменьшения симптомов — снижение дозы. Дети 2–11 лет: рекомендуемая суточная доза — 100 мкг. **Вспомогательное лечение острого синусита или обострения хронического синусита.** Взрослые и подростки с 12 лет: рекомендуемая суточная доза — 400 мкг. При необходимости — до 800 мкг. После уменьшения симптомов заболевания рекомендуется снижение дозы. **Лечение полипоза носа.** Взрослые от 18 лет: рекомендуемая терапевтическая доза 400 мкг в сутки. После уменьшения симптомов — снижение — до 200 мкг в сутки. **Побочное действие:** головная боль, носовые кровотечения, фарингит, жжение в носу, раздражение слизистой оболочки носа, изъязвление слизистой оболочки носа. Редко — реакции повышенной чувствительности немедленного типа (бронхоспазм, одышка), очень редко — анафилаксия, ангионевротический отек, нарушения вкуса и обоняния. Очень редко при интраназальном применении ГКС отмечались случаи перфорации носовой перегородки и повышения внутриглазного давления. **Взаимодействие с другими препаратами.** Не было отмечено.

Список литературы

1. Berkowitz RB, Roberson S, Zora J, et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor (park), acute exposure setting. *Allergy Asthma Proc* 1999;20:167-172. 2. Schenkel E, LaForce C, Gates D: Mometasone furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Clin Immunol Int* 2007;19:50-53. 3. Small at all. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; vol 116(6): 1275-81. 4. Stjärne P, Olsson P. Efficacy of Mometasone Furoate Nasal Spray in the Postsurgical Treatment of Nasal Polyposis. *EAACI*, 2008. 5. Minshall E, Ghaffar O, Cameron L, et al. Assessment by nasal biopsy of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118(5):648-654. 6. Nasonex Claims Evaluation. *Synovate Market Research*, 2006. 7. www.arthritis.org. 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс®. Регистрационный номер — ПН014474/01



ООО «МСД Фармасьютикалс»

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



Муколитики в педиатрии

Одной из наиболее часто встречающихся проблем в педиатрии являются воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух. Современные подходы к лечению ЛОР-патологии у детей были рассмотрены на сателлитном симпозиуме, посвященном 15-летнему опыту применения препарата Ринофлуимуцил® в России, который состоялся 17 февраля 2011 года в Москве в рамках XV Конгресса педиатров России с участием ведущих оториноларингологов страны.



Профессор
М.Р. Богомильский

С вступительным словом об актуальности мукоактивной терапии в детской практике выступил М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ (д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН). Он рассказал, что заболеваемость синуситами до настоящего времени достаточно высока. По данным различных авторов, заболеваниями носа и околоносовых пазух страдает от 17 до 22% детского населения. Одним из существенных факторов патогенеза острых и особенно хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух является нарушение механизма мукоцилиарного транспорта. Это чаще всего связано с отеком слизистой оболочки, избыточным образованием и повышением вязкости носового секрета, что влечет за собой расстройство дренажной, дыхательной, секреторной и обонятельной функций. Наиболее распростра-

Мукоактивная терапия в лечении риносинуситов

ненный метод лечения синуситов – пероральное или внутримышечное назначение антибиотиков. Так как поступление антибиотика из кровяного русла в очаг воспаления ограничено, лечение синуситов должно носить комплексный характер. В первую очередь это должно касаться улучшения вентиляции, а также дренажа околоносовых пазух и носоглотки.

Врачи-оториноларингологи не всегда включают в схему терапии больных синуситами мукоактивирующие препараты, которые, разжижая густой вязкий секрет и улучшая мукоцилиарный транспорт, способствуют удалению секрета из пазух. К этой группе относится N-ацетилцистеин – прямой муколитик, действие которого связано со способностью свободной сульфгидрильной группы N-ацетилцистеина расщеплять межмолекулярные дисульфидные связи агрегатов гликопротеинов слизи, оказывая сильное разжижающее действие и уменьшая вязкость в отношении любого вида секрета. В группе муколитиков большой интерес представляют комбинированные препараты, а именно Ринофлуимуцил®, в состав которого кроме N-ацетилцистеина, разжижающего секрет, входит симпатомиметик – туаминогептана сульфат, обладающий мягким сосудосуживающим действием и не

вызывающий излишней сухости слизистой оболочки. После разрыва дисульфидных мостиков слизь и мокрота теряют вязкость, начинают впитывать в себя воду и мягко удаляются при высмаркивании, чихании, кашле. Ринофлуимуцил® эффективен в лечении затяжных гнойных синуситов с вязким густым секретом; хронических ринитов с образованием корок в полости носа и носоглотки на всех стадиях развития заболевания.

Оценка эффективности препарата производилась в группе из 75 пациентов в возрасте от 6 до 14 лет; терапия Ринофлуимуцилом проводилась курсом 7 дней. Состояние детей оценивали по их субъективным ощущениям до и после применения препарата, а также по объективным критериям (уменьшение гиперемии и застойных явлений в слизистой оболочке, улучшение носового дыхания, уменьшение слизи, изменение ее реологических свойств).

Уже после 6–8 ингаляций Ринофлуимуцила у детей отмечалась положительная динамика. Побочных явлений при применении препарата не отмечено. Достоинство Ринофлуимуцила в том, что он воздействует на поверхность слизистой оболочки и, разжижая слизь, уменьшает ее вязкость и способствует продуктивному физиологическому акту очищения полости носа.



15-летие применения препарата Ринофлуимуцил® в России

Вопросы мукорегулирующей терапии

По мнению Т.И. ГАРАЩЕНКО (д.м.н., профессор, главный детский оториноларинголог г. Москвы), одним из чрезвычайно важных направлений лечения заболеваний респираторного тракта является включение в протоколы стандарта лечения мукорегулирующей терапии.

В детской пульмонологии включение в протокол муколитиков и отхаркивающих препаратов наряду с антибиотиками является обязательным, тогда как в оториноларингологии практически этой проблемой ранее не занимались. За последние 10 лет предпринимались единичные попытки ввести муколитические препараты в протоколы лечения заболеваний среднего уха, хронических заболеваний околоносовых пазух. При этом замечено, что, если детям в стационаре к стандартному лечению синуситов антибиотикотерапией добавлялись муколитические препараты, они выздоравливали примерно на неделю раньше, чем дети, получавшие стандартную антибактериальную терапию. Также при длительном применении муколитической терапии не возникало рецидивов заболевания. Т.И. Гаращенко отметила, что в разные фазы развития заболевания существуют различные степени нарушения самой мукоцилиарной системы, и практически весь спектр мукорегулирующих препаратов может применяться по определенной схеме или же в логичной целесообразности в зависимости от стадии развития такого процесса.

Любой риносинусит проходит несколько классических фаз, как и насморк, который обязательно имеет стадию густого насморка, нагноения с последующей стадией разрешения. Стадия густого насморка не всегда заканчивается

выздоровлением, часто она затягивается, создаются условия для колонизации бактериальной микрофлоры, что рождает предпосылки для затяжного или хронического течения заболевания. Густые массы, формирующиеся в полости носа и узких отверстий околоносовых пазух, создают блоки. В пазухе нарушается вентиляция, а значит, создаются предпосылки для развития бактериального воспаления. Эта фаза заболевания является чрезвычайно ответственной, поскольку именно здесь необходимо активно управлять процессом мукорегуляции, добиваясь кратковременного пребывания плотных масс в полости носа – не более 3–4 дней.

Профессор отметила, что для эффективного лечения в этой стадии, предотвращения перехода острого насморка, острого риносинусита в бактериальный процесс целесообразным является применение препаратов прямого муколитического действия.

В настоящее время существует известная группа препаратов прямого действия – это группа N-ацетилцистеина (Флуимуцил® и Ринофлуимуцил®). Их применение является чрезвычайно целесообразным, потому что они способны предотвращать процесс развития биомасс, биопленок, когда создаются условия для колонизации на слизистой оболочке большого количества бактерий. Эти бактерии затем приобретают свойства биопланктонов и обладают совершенно особыми биологическими свойствами, в отличие от единичных возбудителей: образуется достаточно агрессивное бактериальное сообщество с низкой чувствительностью к антибактериальным препаратам. Если с небольшим количеством бактерий возможно справиться



Профессор
Т.И. Гаращенко

с помощью антибиотиков, то образование биопленок снижает доступность к ним не только для системных, но и для топических препаратов, что приводит к формированию хронических процессов.

Для того чтобы устранить биопланктон, используют различные способы хирургической обработки, производится ультразвуковая дезинтеграция поверхности или иссечение биопланктонов.

Альтернатива хирургической санации – применение N-ацетилцистеина, поскольку после тщательного промывания полости носа препаратами N-ацетилцистеина восстанавливается процесс носового дыхания, сокращается необходимость в оперативном вмешательстве и снимается прецедент самого присутствия возбудителя, его длительной персистенции в области верхних дыхательных путей. Конечно, большое значение здесь приобретают местные формы N-ацетилцистеина.

Если удастся добиться альтернативного эффекта в применении прямых муколитиков, которые будут биологически производить обработку поверхности, на которой происходит воспаление, это станет большим достижением в продвижении новых технологий в развитии патологий верхних дыхательных путей и среднего уха.



Профессор
Е.П. Карпова

Эта проблема стала темой выступления детского врача-оториноларинголога Е.П. КАРПОВОЙ (д.м.н., профессор).

Аденоидиты – распространенная патология, занимающая одно из первых мест в детской оториноларингологии. Самые частые заболевания – это аденотонзиллиты, около 70% заболеваний детей приходится на эту патологию.

Лечение аденоидита в детском возрасте невероятно важно. И хирургическое лечение – это отчаянный шаг, признание в собственной беспомощности. Поэтому необходимо искать альтернатив-



Профессор
Г.Л. Балясинская

С докладом по данной проблеме выступила Г.Л. БАЛЯСИНСКАЯ (д.м.н., профессор). Она поделилась собственным опытом применения топических муколитиков в лечении детей с патологией носа и ОНП в амбулаторных условиях.

Актуальной проблемой на сегодняшний день остается огромное число осложнений после острых респираторно-вирусных заболеваний у детей младшего возраста (до 80%). Из них 10–20% приходится на риносинуситы, часть которых протекает с орбитальными осложнени-

Аденоидит и экссудативный отит у детей. Современный взгляд на проблему

ные пути лечения этой патологии. При этом очень важна диагностика, необходимо эндоскопическое исследование носоглотки, и это должно быть повседневным методом исследования, которым может воспользоваться любой врач.

Если говорить о патогенезе среднего отита, то прежде всего необходимо обратить внимание на лечение инфекций верхних дыхательных путей, аденоидитов.

В настоящее время рассматриваются позиции лечения экссудативного среднего отита, но ни в коем случае не хирургического лечения. Европейские стандарты лечения этой патологии включают антибиотики, антисептики, а также мукоактивные препараты. *Еще одна новая технология, введенная в протокол лече-*

ния аденоидитов, – применение прямых муколитиков группы N-ацетилцистеина, которая может стать хорошим подспорьем врачам и альтернативой антибактериальной санации.

В отношении мукоактивной терапии нельзя не отметить, что в протокол лечения включен один из наиболее популярных в педиатрии препаратов – оригинальный топический муколитик и деконгестант Ринофлуимуцил®. Проводились исследования, показавшие высокую безопасность Ринофлуимуцила без развития медикаментозного ринита. Препарат устраняет отек полости носа и слуховой полости, предупреждая развитие тубоотита. Мукоактивную терапию необходимо включать в протокол лечения детей с патологией носоглотки и среднего уха.

Применение топических муколитиков

ями. Острые синуситы составляют 10–24% от всех ЛОР-заболеваний в детском возрасте, хронические – от 16 до 34%. Алгоритм терапевтического лечения средней и тяжелой степеней заболеваний заключается в своевременной разгрузочной терапии сосудосуживающими средствами, а также местной и системной антибактериальной терапии. Кроме того, имеют огромное значение системная противовоспалительная терапия и муколитическая терапия.

В лечении ринитов у детей младшего и старшего возраста особую роль играет оригинальный назальный препарат Ринофлуимуцил®. Он обладает муколитическим, вазоконстрикторным и антиоксидантным действием, оказывает репаративный, противоотечный, а также противовоспалительный эффекты.

Специальный распылитель в упаковке Ринофлуимуцила обеспечивает точное дозирование и равномерное орошение слизистой оболочки носа, что особенно важно для использования у детей, у которых слизистая носа очень ранима. Оценка эффективности препарата проводилась на базе кафедры детской оториноларингологии РГМУ. Ринофлуимуцил® применялся при острых экссудативных средних отитах (ЭСО) – состояниях, когда ушная барабанная полость заполнена экссудатом. В этом случае у детей резко снижается слух, возникает отек слуховой трубы. При использовании Ринофлуимуцила в лечении ЭСО наблюдается снижение отека в области слуховой трубы, а его мукорегуляторные и мукоактивные свойства позволяют разжижать и эвакуировать экссудат. Слух у больных восста-



15-летие применения препарата Ринофлуимуцил® в России

навивается, что подтверждено результатами отоневрологического и аудиологического исследований. Ринофлуимуцил® применяет-

ся у детей с диагнозами «ринит», «подострый гнойный гайморит», «хронический катаральный гайморит», «хронический гнойный гай-

морит», а также «экссудативный средний отит». Ни в одном случае у детей не наблюдалось побочных реакций.

N-ацетилцистеин: новые горизонты клинического опыта

С заключительным словом по этой проблеме выступил главный оториноларинголог Московской области В.М. СВИСТУШКИН (д.м.н., профессор).

Муколитики востребованы не только в лечении острой хронической патологии верхних дыхательных путей, особенно полости носа, околоносовых пазух, заболеваний носоглотки, но и при лечении заболеваний слуховой трубы и среднего уха у детей.

Огромный опыт применения Ринофлуимуцила уже подтвердил его высокую эффективность в лечении различных заболеваний верхних дыхательных путей, это препарат, который врачи давно и очень хорошо знают, и тем не менее речь сегодня идет о новых возможностях клинического применения N-ацетилцистеина.

Большим преимуществом N-ацетилцистеина является то, что он, будучи муколитиком прямого действия, является еще и местным препаратом, то есть может быть донесен непосредственно до отделов полости носа и околоносовых пазух, которые более всего нуждаются в этом средстве. Муколитический эффект – это одно из главных его свойств, но помимо этого муколитики обладают и антиоксидантным действием, принимают участие в борьбе с так называемым оксидативным стрессом, который развивается практически при каждом воспалении, в том числе и при воспалении полости носа, околоносовых пазух, носоглотки.

Присутствие в Ринофлуимуциле такого компонента, как сосудосуживающее вещество, очень полезно в лечении патологий носа



Профессор
В.М. Свистушкин

и пазух. Муколитики оказывают влияние на секреторную способность слизистой оболочки полости носа, уменьшают адгезию вирусов и бактерий. В частности, важным аспектом является способность муколитиков влиять на биологические пленки. В настоящее время исследования такого действия муколитиков уже проводятся, и в этом видятся перспективы дальнейшего использования этой группы препаратов. 🌸

Ринофлуимуцил®

15 лет в России

Двойное действие для свободного дыхания

Zambon

ООО «Замбон Фарма»
119002 Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31, www.zambon.ru



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



Литература

А.Б. МАЛАХОВ, М.Н. СНЕГОЦКАЯ, И.А. ДРОНОВ

Совершенствование программ вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний в России

1. Vaccines. 5th Edition / Plotkin S.A., Orenstein W.A., Offit P.A., eds. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2008. P. 441–469.
2. Приказ МЗ РФ от 27.06.01 № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (отменен с 31.01.2011).
3. Приказы Минздравсоцразвития России от 17.01.2006 № 27, от 30.10.2007 № 673 и от 09.04.2009 № 166 «О внесении изменений в Приложение № 1 к Приказу Минздрава России от 27 июня 2001 года № 229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (отменен с 31.01.2011).
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
5. Малахов А.Б. Вакцинопрофилактика гепатита В // Лечащий врач. 2006. № 9. С. 57–61.
6. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович В.А. Современные эпидемиологические особенности и состояние вакцинопрофилактики гепатита В в Российской Федерации // Детские инфекции. 2005. Т. 4. № 2. С. 3–10.
7. CDC. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Part II: Immunization of Adult // MMWR. 2006. Vol. 55. № R16. P. 1–25.
8. Шамшева О.В. Национальный календарь прививок // Детские инфекции. 2007. Т. 6. № 2. С. 3–9.
9. Горбунов С.Г., Орлова Е.В., Захарова Н.И. и др. Результаты динамического наблюдения за детьми раннего возраста в закрытом коллективе, иммунизированными вакциной АКТИХИВ // Вакцинация. 2003. № 2. С. 6–7.
10. Малахов А.Б., Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Ревакина В.А. Современные аспекты профилактики респираторных инфекций у детей с атопией // Лечащий врач. 2007. № 7. С. 91–93.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vaccine preventable deaths and the Global Immunization Vision and Strategy, 2006–2015 // MMWR (Morb Mortal Wkly Rep.). 2006. Vol. 55 (18). P. 511–515.
12. Платонов А.Е., Николаев М.К. Заболеваемость гнойными менингитами у детей в возрасте до 5 лет в регионах России // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2007. № 3. С. 10–17.
13. Conjugate vaccines for preventing Haemophilus influenzae type B infections // Cochrane Database Syst. Rev. 2007. Apr. 18 (2). CD001729.
14. Куртасова Л.М., Рузаева Л.А., Зарянко Г.А. и др. Специфическая иммунопрофилактика респираторной инфекции, вызванной Haemophilus influenzae типа В, у детей группы риска // Инфекционные болезни. 2004. Т. 2. № 3. С. 20–24.
15. Вакцинация детей с проблемами в состоянии здоровья. В помощь практическим врачам / С.М. Харит, Е.А. Лакоткина, Т.В. Черняева. СПб.: Феникс, 2007. 129 с.
16. Герасимова А.Г., Петрова М.С., Тихонова Н.Т. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика современного коклюша // Вакцинация. 2004. № 5. С. 9–13.
17. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика-2011: Справочник. 11-е изд., доп. М.: ИПК КОНТИНЕНТ-ПРЕСС, 2011. 198 с.
18. Харит С.М. Изменения в отечественном календаре прививок // Практика педиатра. 2007. декабрь, С. 14–17.
19. Vidor E., Plotkin S.A. Immunogenicity of a two-component (PT & FHA) acellular pertussis vaccine in various combinations // Human vaccines. 2008. Vol. 4. P. 328–340.
20. Пневмококковая инфекция респираторной системы в детском возрасте: Практическое руководство для врачей / Под ред. Н.А. Геппе, А.Б. Малахова. М., 2005. 84 с.
21. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Бурцева Е.И. и др. Возрастные особенности противогриппозного иммунитета и эффективность вакцинопрофилактики гриппа у детей и подростков // Вакцинация. 2005. № 4. С. 9–10.
22. Grabowska K., Hogberg L., Pentinnen P. et al. Occurrence of invasive pneumococcal disease and number of excess cases due to influenza // BMC. Infect. Dis. 2006. Vol. 6. P. 58.
23. Sun K., Metzger D.W. Inhibition of pulmonary anti-bacterial defense by IFN-gamma produced during recovery from influenza virus infection // Nature Med. 2008. № 14. P. 558–564.
24. Макинтош Д.Г. Пневмококковая инфекция: опасная и непредсказуемая. Можно ли предотвратить беду? // Материалы XII Конгресса педиатров России. М., 2008.
25. Таточенко В.К. Пневмококковая инфекция: современный взгляд на проблему и профилактику // Вопросы современной педиатрии. 2007. № 5 (1). С. 107–112.
26. Козлов Р.С. Пневмококковая инфекция: современные подходы к профилактике и терапии // Здоровье человека. 2006. С. 219–234.
27. Donalizio M.R., Rodriques S.M.C.P., Mendes E.T. et al. Adverse events after pneumococcal vaccination // J. Bras. Pneumol. 2007. Vol. 33 (1). P. 51–56.
28. Alter S.J. Pneumococcal infections // Pediatr. Rev. 2009. Vol. 30 (5). P. 155–164.
29. Invasive Pneumococcal Disease in Children 5 Years After Conjugate Vaccine Introduction – Eight States, 1998–2005.
30. WHO Weekly epidemiological record. 2008. № 42. P. 373–384.
31. Иммунизация полисахаридной поливалентной вакциной для профилактики пневмококковой инфекции: Методические рекомендации (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 8 февраля 2008 г. № 01/816-8-34).
32. Костинов М.П., Тарасова А.А. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции и гриппа при аутоиммунных заболеваниях. М.: МДВ, 2009. 252 с.



Литература

33. Grijalva C.G., Nuorti J.P., Arbogast P.G. et al. Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunization with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time-series analysis // *Lancet*. 2007. Vol. 369. № 7.
34. Diggle L. et al. Effect of needle size on immunogenicity of vaccines in infants: Randomized controlled trial // *BMJ*. 2006. Vol. 16. № 333. P. 571–574.
35. Lucero M.G., Dulalia V.E., Parreno R.N. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and pneumonia with consolidation on x-ray in children under two years of age // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004. Oct. 18 (4). CD004977.
36. Lucero M.G., Dulalia V.E., Nillos L.T. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and X-ray defined pneumonia in children less than two years of age // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009. Oct. 7 (4). CD004977.
37. Рулева А.А., Харит С.М., Снегова Н.Ф., Вавилова В.П. Опыт применения пневмококковой конъюгированной 7-валентной вакцины в ряде регионов России // *Вопросы современной педиатрии*. 2010. Т. 9. № 1. С. 121–123.
38. Инструкция по применению пневмококковой конъюгированной полисахаридной адсорбированной 7-валентной вакцины Превнар. ЛСР 000556/09-290109.
39. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization // *Weekly Epidemiological Record*. 2007. Vol. 82. № 12. P. 93–104.
40. Харит С.М. и др. Ревакцинация детей старше 1,5 лет против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции // *Вопросы современной педиатрии*. 2009. Т. 8. № 6. С. 10–15.
41. Календарь рекомендованных прививок США для детей от 0 до 6 лет, 2011 г. // <http://cdc.gov/vaccines/recs/schedule/downloads/child/0-6yrs-schedule-pr.pdf>.
42. Аксенова В.А. и др. Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией. Новая медицинская технология № ФС-2007/137, Москва.
43. Prevention of Pneumococcal Disease Among Infants and Children — Use of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine and 23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2010. Vol. 59. № RR-11.

Н.А. ГЕППЕ, М.Н. СНЕГОЦКАЯ
Лазолван® в лечении кашля у детей

1. Генне Н.А., Снегоцкая М.Н. Место мукорегуляторов в терапии бронхолегочных заболеваний у детей // *Фарматека*. 2004. № 17. С. 35–39.
2. Государственный реестр лекарственных средств МЗ РФ. М., 2004.
3. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Место муколитических препаратов в комплексной терапии болезней органов дыхания // *Рос. мед. вести*. 1997. Т. 2. № 4. С. 9–18.
4. International consensus report on diagnosis and management of rhinitis. International rhinitis management group // *Allergy*. 1994. Vol. 49 (Suppl. 19). P. 1–34.
5. Van Kempen M., Bachert K., Van Cauwenberge P. // *Rhinology*. 1999. Vol. 37 № 3. P. 97–10.
6. Reas H. The effect of N-acetylcysteine // *J. Cell. Biochem*. 1993. Vol. 62. P. 31–35.
7. De Flora S., Cesarone C.F., Balansy R.M. et al. N-acetylcysteine. The experimental background // *J. Cell. Biochem*. 1995. Vol. 22. P. 33–41.
8. Moldeus P., Cotgreave I.A., Berddern M. Lung protection by a Thiol-containing antioxidant N-acetylcysteine // *Respiration*. 1986. Vol. 50. P. 31–42.
9. Генне Н.А., Малахов А.Б. Муколитические и противокашлевые средства в практике педиатра (лекция) // *Детск. докт-ор*. 1999. № 4. С. 42–45.

Т.В. ГАСИЛИНА, С.В. БЕЛЬМЕР
Полимеры растительного происхождения в составе лекарственных препаратов

1. Новокионов А.А., Соколова Н.В., Бережкова Т.В., Сахарова А.А. Клиническая эффективность нового энтеросорбента в комплексной терапии острых кишечных инфекций вирусной этиологии у детей // *Лечащий врач*. 2009. № 7. С. 78–80.
2. Новокионов А.А., Портных О.Ю., Соколова Н.В. Изучение клинической эффективности орального сорбента Фильтрум при ОКИ у детей // В кн.: *Применение метода энтеросорбции в практической медицине*. М., 2002. С. 24–31.
3. Зайцева И.А., Кошкин А.П., Левин Д.Ю. Применение энтеросорбента Фильтрум в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей // *Детские инфекции*. 2005. № 1. С. 61–62.
4. Ватутина О.В., Лучшев В.И., Бутова С.В. Влияние энтеросорбента Фильтрум на уровень специфической эндотоксимии у больных шигеллезом Флекснера // *Материалы XIV конгресса «Человек и лекарство»*. М., 2007. С. 536.
5. Preuss H.G., Echard B., Enig M., Brook I., Elliott T.B. Minimum inhibitory concentrations of herbal essential oils and monolaurin for gram-positive and gram-negative bacteria // *Mol. Cell. Biochem*. 2005. Vol. 272 (1–2). P. 29–34.
6. Kitahara T., Koyama N., Matsuda J., et al/ Antimicrobial activity of saturated fatty acids and fatty amines against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* // *Biol. Pharm. Bull.* 2004. Vol. 27 (9). P. 1321–1326.
7. Johansen K., Schröder U., Svensson L. Immunogenicity and protective efficacy of a formalin-inactivated rotavirus vaccine combined with lipid adjuvants // *Vaccine*. 2003. Vol. 21 (5–6). P. 368–375.
8. Aderem A.A. Protein myristoylation as an intermediate step during signal transduction in macrophages: its role in arachidonic acid metabolism and in responses to interferon gamma // *J. Cell. Sci. Suppl.* 1988. Vol. 9. P. 151–167.



Литература

Е.С. ШАРСКАЯ

Коррекция эндотоксемии при atopическом дерматите у детей препаратом Лактофильтрум

1. Батыршина С.В., Хаертдинова Л.А., Сабынина Е.Е. // Сборник тезисов докладов на XI Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов. Екатеринбург, 9–12 ноября 2010. С. 39.
2. Белоусова Т.А., Филиппова В.А., Горячкина М.В. // Consilium medicum. Дерматология. 2002. № 2. С. 34–38.
3. Бурместер Г.-Р., Пецутто А. Наглядная иммунология. Пер. с англ. Т.П. Молосовой / Под ред. Л.В. Козлова. М.: Бино, 2007. С. 50–52.
4. Васенова В.Ю., Федорова Ю.С., Бутов Ю.С. // Сборник тезисов докладов на XI Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов. Екатеринбург, 9–12 ноября 2010. С. 44.
5. Дубняк Н.С., Юцковский А.Д., Палагина М.В., Дубняк И.Н. и др. // Рос. журн. кожных и венер. болезней. 2010. № 4. С. 30–32.
6. Землякова С.С., Иванов О.Л., Львов А.Н., Феденко Е.С. // Рос. журн. кожных и венер. болезней. 2010. № 4. С. 47–50.
7. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Белова А.В. // Педиатрия. 2003. № 6. С. 55–58.
8. Молочков В.А., Караулов А.В., Николаева С.А. // Эффективная фармакотерапия в дерматологии и дерматокосметологии. 2010. № 1. С. 32–34.
9. Сидельникова В.И., Лифициц В.М. // Клин. лаб. диагностика. 1998. № 8. С. 37.
10. Смирнова Г.И. // Лечащий врач. 2009. № 1. С. 23–26.
11. Трофимова И.Б., Мишурина Л.А., Гевондян В.С. и др. // Вестник дерматол. и венерол. 2001. № 2. С. 9–13.
12. Химкина Л.Н., Пантелеева Г.А., Копытова Т.В. Эндоинтоксикационный синдром в клинике, патогенезе хронических дерматозов, методы коррекции: Пособие для врачей. Н. Новгород, 2000. С. 11.
13. Химкина Л.Н., Пантелеева Г.А. и др. // Эксперим. и клин. дерматокосметология. 2005. № 6. С. 61–64.
14. Шапов Б.А., Газиев А.Р., Шамова А.Г. // Рос. журн. кожных и венер. болезней. 2006. № 6. С. 16–20.
15. Darsow V., Ring J. // Allergy Clin. Immunol. Int. 2002. Vol. 14. P. 170–173.
16. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Новые возможности комплексной терапии аллергодерматозов // Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматоонкологии. 2010. № 3. С. 16–20.
17. Ревякина В.А. Энтеросорбенты в комплексной терапии atopического дерматита у детей // Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматоонкологии. 2010. № 2. С. 14–16.
18. Katsambas A.D., Lotti T.M. // European Handbook of Dermatological Treatments. Springer 2008. P. 52–59.

Е.В. ДВОРЯНКОВА, Р.О. ЖУКОВСКИЙ, И.М. КОРСУНСКАЯ

Особенности терапии atopического дерматита, осложненного вторичной инфекцией, у детей

1. Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей. М., 1998. 300 с.
2. Нобл У.К. Микробиология кожи человека. М.: Медицина, 1986. С. 375–378.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения: Руководство для врачей. М.: Медицинская книга, 2001. С. 54–77, 189–206.
4. Михайлов И.Б., Зверькова Ф.А., Горланов И.А. Основы клинической фармакологии при лечении дерматозов у детей. СПб.: Сотис, 1999. С. 56–57.

В библиотеку специалиста

В данном руководстве (2011 г.), посвященном детской ревматологии, представлен широкий спектр ревматических заболеваний, отмечено существенное «омоложение» нозологий данной группы, указаны возрастные особенности течения и освещены редкие формы ревматических заболеваний. Рассматриваются аспекты влияния на патогенез ревматических заболеваний и инфекционных, генетических, эндокринных, средовых факторов, новые методы диагностики и лечения этой патологии.

Руководство предназначено для педиатров, кардиоревматологов, врачей общей практики, а также может быть использовано в качестве учебного пособия для студентов лечебного и педиатрического факультетов медицинских вузов.

Книга содержит 200 авторских иллюстраций. Прилагается компакт-диск со стандартами ведения детей с ревматическими заболеваниями.



Книжный Магазин

ТОЛЬКО НОВИНКИ!

ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ!

ТОЛЬКО У НАС!

Мы выбрали для вас самые популярные книги по педиатрии.
Не тратьте время на поиск книг в магазинах своего города,
воспользуйтесь нашим предложением или, СКОРО,
виртуальным магазином на сайте www.webmed.ru.

Приобрести книгу у нас быстро и просто –
позвоните по телефону (495) 234-07-34 доб. 195, 190
или отправьте бланк заказа по факсу: (495) 234-07-34 доб.194
или по электронной почте: medbooks@webmed.ru

ДОСТАВКА:

- ✓ курьером (для Москвы)
- ✓ курьером (для регионов, данная услуга
предоставлена EMS-Почта России)
- ✓ почтой (для регионов)

ОПЛАТА:

- ✓ наличными курьеру (для Москвы)
- ✓ наличными курьеру (для регионов)
- ✓ предоплата (оплата квитанции в любом
отделении Сбербанка России)

Стоимость доставки рассчитывается индивидуально
в зависимости от веса книги и региона.

• Бланк заказа •



Плательщик: юридическое лицо физическое лицо

Выберите способ оплаты:

наличными (для Москвы) наличными (для регионов) предоплата

ФИО/ Полное название организации _____

ФИО и должность руководителя для оформления договора

(заполняется юр. лицами) _____

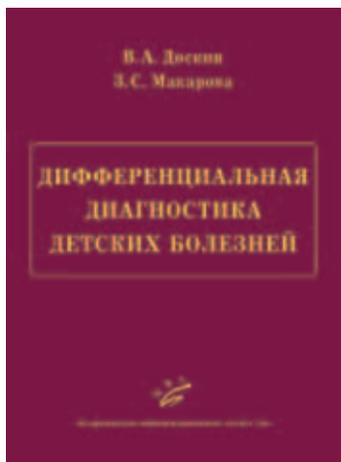
ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____

Почтовый адрес для доставки с индексом _____

Телефон, факс (с кодом города) _____

Адрес электронной почты (e-mail) _____

Заказ _____



Дифференциальная диагностика детских болезней
Доскин В.А., Макарова З.С., изд-во «МИА». 2011 г., 600 стр., переплет

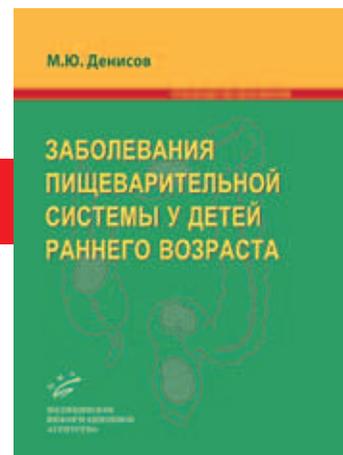
Книга была задумана более 20 лет назад, и понадобилась большая и кропотливая работа для завершения издания. Авторы намеренно сделали акцент лишь на отечественной литературе и адаптированных переводных изданиях, поскольку в зарубежной практике обычно используются другой диагностический арсенал, другие критерии и принципы диагностики. Данное издание носит характер справочника, в котором авторы представили оригинальную классификацию диагностических таблиц.

Цена: 1200 руб. (без учета доставки)

Заболевания пищеварительной системы у детей раннего возраста: Руководство для врачей
Денисов М.Ю., изд-во «МИА». 2010 г., 304 стр., переплет

Издание написано как практическое руководство для врачей, которое должно всегда находиться на столе или книжной полке в кабинете педиатра. Руководство иллюстрировано клиническими примерами из реальной жизни с анализом и сопоставлениями, рисунками, фотографиями. Представляемые темы основательно рассмотрены с практической точки зрения, представлены нюансы клиники, особенности диагностики и лечения пациентов грудного и раннего возраста.

Цена: 500 руб. (без учета доставки)



Фармакотерапия детских болезней: Руководство для врачей
Царегородцев А.Д., изд-во «МИА». 2010 г., 880 стр., переплет

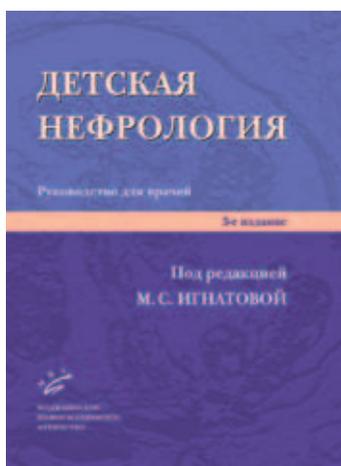
Арсенал лекарственных средств в педиатрии весьма широк и постоянно пополняется новыми препаратами и схемами терапии. Однако практические врачи не успевают за теми новшествами, которые предлагают фармакологи. С другой стороны, они нередко забывают о широко известных препаратах, зарекомендовавших себя на протяжении десятилетий применения. В руководстве обобщен многолетний опыт научных сотрудников и практических врачей при лечении заболеваний, наиболее часто встречающихся в практике врача-педиатра.

Цена: 1750 руб. (без учета доставки)

Питание здорового и больного ребенка. Пособие для врачей
Под редакцией В.А. Тутельяна, И.Я. Коня, Б.С. Каганова, изд-во «Династия». 2010 г., 316 стр., обложка

Теоретические и практические вопросы, связанные с питанием здоровых и больных детей с момента рождения до старшего школьного возраста.

Цена: 500 руб. (без учета доставки)



Детская нефрология. 3-е изд.
Игнатова М.С., изд-во «МИА». 2011 г., 696 стр., переплет

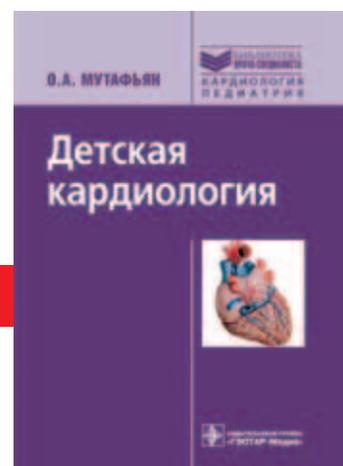
В руководстве на современном уровне освещены вопросы диагностики и лечения заболеваний почек у детей. Включены такие новые разделы, как радионуклеидные методы исследования, трансплантация почки, рефлюкс-нефропатия и др. Даны современные представления о физиологии, геномике и протеиномике почки, генетических заболеваниях почек у детей. Подробно изложены особенности терапии заболеваний почек при системной патологии, методы лечения острой и хронической почечной недостаточности у детей. Рассмотрены основные аспекты этики и деонтологии, организации нефрологической службы, инвалидности по заболеваниям органов мочевой системы. Руководство написано коллективом ведущих нефрологов, представляющих научно-исследовательские, учебные и лечебные учреждения России, как на основе собственного опыта, так и на основе обобщения отечественных и зарубежных трудов. Для педиатров, нефрологов, врачей общей практики, аспирантов, ординаторов, студентов медицинских вузов.

Цена: 1750 руб. (без учета доставки)

Детская кардиология
Мутафьян О.А., изд-во «Гэотар-Медиа». 2009 г., 504 стр., переплет

В книге представлены основные аспекты особенностей физического и современного инструментально-рентгенологического обследования детей и подростков с патологией сердца и сосудов. Рассмотрены практически все разделы патологии кровеносной системы.

Цена: 1050 руб. (без учета доставки)





Национальное руководство. Педиатрия + CD. В 2-х томах.
Под ред. А.А. Баранова, изд-во «Гэотар-медиа». 2009 г., 2048 стр., переплет

Самое полное руководство для врача-педиатра. Разработано и рекомендовано ведущими специалистами в области педиатрии при участии специализированных учреждений и институтов. В книгу вошли общие и частные вопросы педиатрии, отражающие объединенную, согласованную позицию ведущих отечественных специалистов. К каждому тому прилагается компакт-диск с дополнительными главами и материалами.

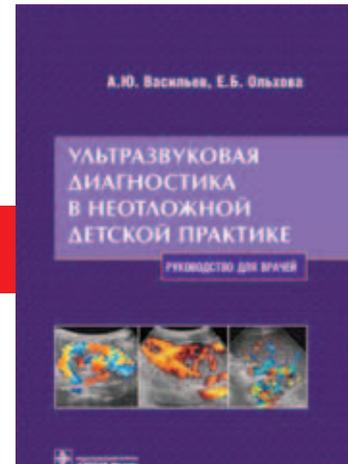
Цена: 4000 руб. (без учета доставки)

ХИТ ПРОДАЖ!

Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике
Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б., изд-во «Гэотар-Медиа». 2010 г., 832 стр., переплет

В руководстве представлена ультразвуковая диагностика неотложных заболеваний у детей всех возрастных групп, за исключением периода новорожденности. Руководство хорошо иллюстрировано, содержит множество клинических примеров и образцы протоколирования ультразвуковых исследований.

Цена: 1500 руб. (без учета доставки)



Детская неврология
Кохен М.Э., Даффнер П.К. Перевод с англ. Хайбуллин Т.И./
Под ред. А.С. Петрухина, изд-во «Гэотар-Медиа». 2010 г., 352 стр., обложка

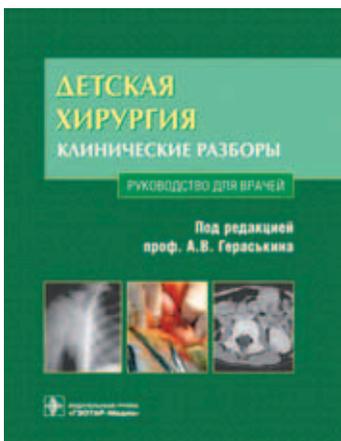
В карманном руководстве представлена наиболее полная информация по диагностике и лечению болезней нервной системы у детей и подростков. Четкое структурирование, диагностические и лечебные алгоритмы, а также прекрасный вспомогательный аппарат помогают быстро отыскать ответы на практически значимые вопросы, что делает издание особенно полезным врачу-клиницисту.

Цена: 400 руб. (без учета доставки)

Карманный справочник участкового педиатра
Под ред. В.А. Доскина, изд-во «Литтерра». 2010 г., 352 стр., переплет

Цель издания – не только оказать педиатру помощь при подготовке к аттестации и сертификационному экзамену, но и стать руководством в его повседневной профилактической работе с детьми. Структура справочника позволяет врачу ознакомиться с основными методическими материалами по наиболее важным разделам профилактической педиатрии, проверить и дополнить свои знания. Кроме того, обобщающие схемы диагностики отдельных параметров и уровня здоровья в целом могут быть полезны при обучении и усовершенствовании педиатров.

Цена: 500 руб. (без учета доставки)



Детская хирургия. Клинические разборы + CD
Под ред. А.В. Гераськина, изд-во «Гэотар-Медиа». 2010 г., 216 стр., переплет

Представлены разборы клинических случаев из различных областей детской хирургии. Разборы важны с точки зрения как дифференциальной диагностики и выбора тактики обследования, так и выбора способа лечения. Всего в руководстве представлено 50 клинических разборов. В руководству прилагается компакт-диск с видеофрагментами операций.

Цена: 700 руб. (без учета доставки)

Справочник детского эндокринолога
Дедов И.И., Петеркова В.А., Ширяева Т.Ю. и др., изд-во «Литтерра». 2011 г., 528 стр., обложка

Настоящее издание подготовлено ведущими специалистами Института детской эндокринологии. В нем освещены все известные и необходимые практикующим врачам в области детской эндокринологии методы диагностики, лечения и нормативы различных методов исследования в соответствии с национальными стандартами диагностики и лечения и с учетом мирового опыта.

Цена: 700 руб. (без учета доставки)



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Теперь вы можете оформить подписку в редакции по льготной цене.

Редакционная подписка – это:

- подписка с любого номера (после оплаты счета вы будете получать журнал с ближайшего номера)
- доставка журнала заказной бандеролью
- лучшая цена (по сравнению с ценой в каталоге «Роспечать»)
- обратная связь с редакцией (вы всегда можете узнать о сроках выхода, доставке и пр., а также оставить свои пожелания относительно содержания журнала)

Чтобы оформить подписку, достаточно оплатить данный счет или позвонить по телефону (495) 234-07-34 доб. 195 и заказать счет по факсу или электронной почте.

ВНИМАНИЕ!!!! В платежном поручении в графе «Назначение платежа» ОБЯЗАТЕЛЬНО указывайте точный почтовый адрес для доставки журнала!

ООО «Медфорум-Медиа»

Адрес: 127422, г. Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7713716953	КПП 771301001	Сч. №	40702810487810000500
Получатель ООО «Медфорум-Медиа»			
Банк получателя ОАО АКБ «РОСБАНК»		БИК Сч. №	044552272 3010181020000000272

СЧЕТ № 2-ОГ от «__» _____ 2011 г.

Заказчик:

Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакоterapia в педиатрии»	шт.	6	200-00	1200-00
Итого:					1200-00
Без налога (НДС):					-
Всего к оплате:					1200-00

НДС не облагается.

Всего к оплате: Одна тысяча двести рублей 00 копеек.

Руководитель предприятия

(Синичкин А.А.)

Главный бухгалтер

(Синицына С.А.)



ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ

Группа компаний
«Медфорум»
работает
на фармацевтическом
рынке России
с 1997 года
и является
экспертом
в области
образовательных
программ
(конференций, лекций,
тренингов),
освещения спутниковых
симпозиумов
на конгрессах,
консалтинга
и промоакций
для врачей
основных
специализаций.

- ◆ В рамках национального проекта «Здоровье» Группой компаний «Медфорум» совместно с Министерством здравоохранения и социального развития России, ведущими медицинскими научно-исследовательскими институтами и вузами страны создан постоянно действующий оргкомитет по проведению профессиональных образовательных программ.
- ◆ К сфере реализации данного проекта относится организация профессиональных медицинских форумов с международным участием в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России.
- ◆ Издательский дом «Медфорум» с 2005 года выпускает журналы «Вестник семейной медицины» для практикующих врачей, «Аптечный бизнес» для провизоров и фармацевтов, а также линию журналов «Эффективная фармакотерапия», которые выходят по всем направлениям медицины. В 2010 году запущен новый проект «Hi+Med. Высокие технологии в медицине».
- ◆ Солидный научный уровень изданий, актуальная тематика, доступность изложения, современная форма подачи материала помогают практикующему врачу всегда находиться на высоком профессиональном уровне.

Профессионалы выбирают высокий уровень услуг Группы компаний «МЕДФОРУМ»!

КОНТРОЛЬ АСТМЫ ВО ВСЕ СЕЗОНЫ^{3*}

НОВОЕ: СИНГУЛЯР^{®†}

для пациентов с астмой и аллергическим ринитом^{1,2}



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

ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ СИНГУЛЯР[®] (монтелукаст натрия, MSD)

Инструкция для специалистов по медицинскому применению лекарственного препарата СИНГУЛЯР^{®†} / SINGULAIR^{®†}
Торговое название: СИНГУЛЯР[®].

Международное непатентованное название: монтелукаст.

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой / таблетки жевательные.

Состав. 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит:

Активное вещество: монтелукаст – 10 мг, 5 мг, 4 мг.

Фармакотерапевтическая группа: лейкотриеновых рецепторов блокатор.

Код АТХ: R03DC03.

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

Противопоказания. Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Детский возраст до 2 лет.

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

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

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

Назначение СИНГУЛЯРА одновременно с другими видами лечения астмы.

СИНГУЛЯР можно добавлять к лечению пациента бронходилататорами и ингаляционными кортикостероидами.

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

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

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. СИНГУЛЯР можно назначать вместе с другими лекарственными средствами, традиционно применяемыми для профилактики и длительного лечения бронхиальной астмы.

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

Влияние на способность управлять автомобилем или движущимися механизмами. Данные, свидетельствующие о том, что прием СИНГУЛЯРА влияет на способность управлять автомобилем или движущимися механизмами, не выявлено.

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

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

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

ООО «МСД Фармасьютикалс»: Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94. www.merc.com
Copyright © Merc Sharp & Dohme Corp., подразделение Merc & Co., Inc., Уайтхаус-Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

†СИНГУЛЯР[®] – зарегистрированная торговая марка Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, 02-2013-SGA-02-2011-RUS-014-JA